

Dauerbaustelle KRANKENHAUS

Das Gesundheitswesen ist eine ewige Baustelle. Das zeigt mal wieder das jüngst in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Auch dieses ist weit davon entfernt, Probleme – vor allem der Klinikfinanzierung – dauerhaft zu lösen. Um es vorweg zu nehmen: Der große Wurf ist das KHSG, wie andere Krankenhausgesetze zuvor, wieder nicht. Die Kliniken in Berlin werden weiterhin auf Millionen Euro warten müssen, die sie für Sanierungen oder Neubauten dringend bräuchten.

Von Julia Frisch



KKH Am Urban



KKH Friedrichshain



Jüdisches Krankenhaus



Martin-Luther-KKH



Park-Klinik Weißensee



Schlosspark-Klinik

Gibt es Gewinner, gibt es Verlierer durch das Krankenhausstrukturgesetz? Da kommt es natürlich darauf an, welche Seite man dazu befragt. Für die Krankenkassen ist die Sache eindeutig. „Gewinner der Reform sind in erster Linie die Krankenhäuser“, sagt Michael Domrös, Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin-Brandenburg. So sieht es auch die AOK Nordost mit Blick auf die finanziellen Zugeständnisse an die Kliniken, die der Gesetzgeber mache.

Ein bisschen als Gewinner sieht auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kliniken. Ihre Kampagnen und das laute Trommeln gegen den ursprünglichen Gesetzentwurf, das im September 2015 in bundesweiten Demonstrationen von Klinikmitarbeitern gipfelte, hatte Erfolg. Das KHSG wurde noch einmal überarbeitet, einige in den Augen der Krankenhäuser kritische Punkte flogen wieder raus oder wurden abgeschwächt. So wurde der Versorgungszuschlag bspw. nicht gestrichen, sondern in einen dauerhaften Pflegezuschlag umgewandelt. Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlags bei Mehrleistungen wurde von fünf auf drei Jahre reduziert, eine Tarifausgleichsrate eingeführt und absenkende Maßnahmen beim Landesbasisfallwert einkassiert. 900 Millionen Euro zusätzliche Mehreinnahmen bringe das Gesetz dieses Jahr den Krankenhäusern im Vergleich zu 2015, rechnet das Bundesgesundheitsministerium vor. 2017 belaufe sich das Plus sogar auf 1,8 Milliarden Euro, 2018 auf 1,9 Milliarden Euro und 2020 bereits auf über zwei Milliarden Euro.

Die Finanzierung der Betriebskosten werde auf eine deutlich verbesserte Grundlage gestellt, schrieb die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach der Überarbeitung des Gesetzentwurfes. Besonders die Umwandlung des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag ab 2017, der bundesweit rund 500 Millionen Euro und in Berlin etwa 25 Millionen Euro ausmacht, wird von den Kliniken begrüßt.

Das Problem der Investitionskosten wurde dagegen zum Bedauern aller Beteiligten vom KHSG völlig ausgeklammert. Die Finanzsituation der Krankenhäuser in der Hauptstadt bleibe weiterhin problematisch, so die BKG. Die Investitionsmittel, die das Land den Kliniken zur Verfügung stelle, seien unzureichend. 107 Millionen Euro sieht der Doppelhaushalt 2016/2017 für dieses Jahr vor, im kommenden Jahr sollen es 109 Millionen Euro sein. Nötig, so die BKG, wären allerdings rund 240 Millionen Euro pro Jahr.

Mit seinen Krankenhaus-Investitionsmitteln erreiche Berlin nicht einmal den Bundesdurchschnitt, der bei etwa 140 Millionen Euro liegt. „Im Bund-Ländervergleich ist das Land Berlin Schlusslicht bei der seit Jahren anhaltenden unzureichenden Investitionsfinanzierung, die zu einem erheblichen Investitionsstau geführt und den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu Lasten der Beschäftigten und der Versorgung deutlich erhöht hat“, kritisiert die BKG.



Foto: ©Schlosspark-Klinik

Dipl.-Kfm. Mario Krabbe

Kritik von den Kliniken

„Die Krankenhäuser sind baufällig und sanierungsbedürftig“, sagt Mario Krabbe, Geschäftsführer der Park-Klinik in Weißensee und der Schlosspark-Klinik in Charlottenburg, die über 319 und 359 Betten verfügen und zusammen 1.600 Mitarbeiter beschäftigen. Über die der-

Zu- und Abschläge

- **Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse:** Um Mehrkosten zu berücksichtigen, die durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entstehen und die noch nicht im Landesbasisfallwert oder bei der DRG-Kalkulation berücksichtigt sind, können zeitlich befristet und individuell für Krankenhäuser Zuschläge vereinbart werden.
- **Sicherstellungszuschläge:** Hierzu wird der G-BA bis Ende 2016 einheitliche Vorgaben festlegen. Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren aufgrund dieser Vorgaben, ob einzelne Kliniken überhaupt einen Zuschlag erhalten. Defizite in einzelnen Abteilungen oder bei einzelnen Leistungen sollen künftig keine Rolle mehr spielen, das Krankenhaus insgesamt muss rote Zahlen schreiben. Länder können abweichende Regeln für den Zuschlag erlassen, dann wirken sich die Mehrkosten aber absenkend auf den Landesbasisfallwert aus.
- **Zuschlag für besondere Aufgaben** (beispielsweise Tumor- oder geriatrische Zentren): Diese müssen im Krankenhausplan festgehalten werden. Vertragspartner sollen Einzelheiten abstimmen und besondere Aufgaben bis Ende März 2016 konkretisieren.
- **Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung:** Zu- oder Abschläge sind bis Ende Juni 2017 festzulegen. Bis Ende 2016 muss der G-BA Notfallstrukturen festlegen.



St. Hedwig-Mitte



Park-Klinik, Weißensee



Schlosspark-Klinik

zeitige Pauschalförderung erhält er schätzungsweise rund 1,7 Millionen Euro für jedes Haus. „Für die Park-Klinik Weißensee ist das in Ordnung, die Klinik ist relativ neu und baulich noch in einem hervorragenden Zustand. Für die Schlosspark-Klinik in Charlottenburg, die 1970 erbaut wurde, reichen diese Mittel nicht annähernd aus, um notwendige Instandhaltungs- und Erweiterungsarbeiten durchzuführen“, so Krabe. „Hier würden wir grob geschätzt 27 Millionen Euro benötigen, um die nötigen strukturell-baulichen Veränderungen durchzuführen.“

Das Gesetz biete keinen Ansatz für die Auflösung des bestehenden Investitionsstaus, bedauert auch die Geschäftsführung von Vivantes. Den Investitionsbedarf „für die nächsten Jahre“ beziffert der mit über 5.500 Betten und 15.000 Mitarbeitern größte kommunale Klinik-Konzern Deutschlands auf rund 110 Millionen Euro pro Jahr. Zusätzlich zu den bisherigen Fördersummen vom Land (2016 erhält Vivantes rund 33 Millionen Euro) und zu den Eigenmitteln wären 42 Millionen Euro nötig. „Das Gesetz hätte die Länder bei der Investitionsquotenförderung mehr in die Pflicht nehmen müssen“, sagt Michael Domrös vom vdek. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) verweist darauf, dass sich die Länder in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „zu ihrer Verpflichtung bekannt“ hätten, eine ausreichende Investitionsförderung sicherzustellen. Die weitere Entwicklung der Investitionsförderung werde vom BMG aber „kritisch begleitet“.

Schwerpunkt Qualität

- In der Krankenhausplanung der Länder soll Qualität künftig stärker berücksichtigt werden. Der G-BA hat dafür Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die Bestandteil der Krankenhausplanung werden sollen (die Länder können deren Anwendung aber ganz oder teilweise ausschließen bzw. weitere hinzufügen). Fertig soll der G-BA damit bis Ende 2016 sein.
- Die Einhaltung der Qualitätssicherungs-Richtlinien wird stärker überprüft: Der MDK darf unangemeldete Prüfungen vornehmen.
- Mindestmengenregelungen sollen rechtssicherer werden. Außerdem stellt der Gesetzgeber klar, dass es keine Vergütung gibt, wenn die Mindestmenge nicht erreicht wird. Der G-BA hat die Aufgabe, einen Leistungskatalog und Mindestmengen dafür zu erarbeiten.
- Qualitätszu- und -abschläge: Über ein Bonus-/Malus-System sollen sich Qualitätsunterschiede bei den Kliniken finanziell auswirken. Krankenhäuser, die drei Jahre hintereinander Abschläge hinnehmen müssen, soll der Versorgungsauftrag entzogen werden. Der G-BA hat einen Katalog geeigneter Leistungen, für die Zu- und Abschläge in Betracht kommen, bis Ende 2017 zu erarbeiten. Ferner müssen die Vertragspartner auf Bundesebene (also DKG, GKV und PKV) die Höhe der Zu- und Abschläge vereinbaren (bis Ende Juni 2018).
- Qualitätsverträge: Über Einzelverträge können künftig Kliniken und Kassen höhere Qualitätsstandards mit entsprechender Vergütung vereinbaren. Zur Erprobung der Wirksamkeit derartiger Verträge soll der G-BA vier planbare Leistungen oder Leistungsbereiche bis Ende 2017 definieren. DKG und GKV wiederum vereinbaren Rahmenvorgaben, die bei den Verträgen zu berücksichtigen sind (Frist: bis Ende Juli 2018).
- Qualitätsberichte sollen u.a. besonders für Patienten relevante Informationen zur Patientensicherheit, Risiko- und Fehlermanagement, Hygienestandards und Personalausstattung enthalten.
- Die Zahl der klinischen Sektionen soll erhöht werden. PKV, GKV und DKG legen bis Ende 2016 die Anforderungen fest.
- Zielvereinbarungen mit Ärzten dürfen nicht auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen dafür abstellen.



St-Joseph-Krankenhaus



KKH Am Urban, Kreuzberg



Martin-Luther-KKH

Mehrleistungen lohnen sich nicht

Das Land Berlin sieht sich dagegen auf einem guten Weg. Aus dem Sondervermögen „Infrastruktur Wachsende Stadt“ werde den Krankenhäusern für die Jahre 2016 bis 2018 zusätzlich für konkrete Maßnahmen noch einmal rund 55 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Insgesamt liege Berlin mit seinen Investitionsmitteln „nur noch leicht unter dem Bundesdurchschnitt“. Gleichwohl, so heißt es aus der Senatsgesundheitsverwaltung, bleibe die Bedarfsdeckung notwendiger und wirtschaftlicher Krankenhausinvestitionen eine Herausforderung. „In den nächsten 10 bis 20 Jahren wird für die Berliner Krankenhäuser ein zusätzliches Milliardenvolumen erforderlich sein. Der Senat sieht diese Entwicklung und wird sein Handeln weiter daran orientieren.“

Die fehlenden Millionen vom Land für Investitionen müssen die Kliniken durch Überschüsse ausgleichen, die sie selbst erwirtschaften müssen. Wenn sie gute Medizin und Pflege anbieten, kommen mehr Patienten, die sich behandeln lassen wollen. „Genau dann müssen wir aber mit Leistungsbegrenzungen kämpfen“, sagt Mario Krabbe von der Park-Klinik Weißensee. Das bleibt auch unter dem neuen Krankenhausstrukturgesetz so. Statt der bisherigen Mehrleistungsabschläge wird ab 2017 der sogenannte Fixkostendegressionsabschlag eingeführt, dessen Höhe auf Landesebene festgelegt und der dann von allen Leistungen, die über der vereinbarten Menge

liegen, abgezogen wird. Neu ist, dass der Abschlag nach dem Verursacherprinzip nur noch die Krankenhäuser treffen soll, die wirklich Mehrkosten für die Krankenkassen verursachen. Außerdem sollen sich die Abschläge nicht mehr, wie bisher, mindernd auf den Landesbasisfallwert auswirken. Die oft beklagte doppelte Degression wird also beendet.

Dennoch: Für die Kliniken sind die Abschläge wie ein Stachel im Fleisch. Als Bestrafung sieht sie Mario Krabbe. Gerade bei akuten, womöglich lebensbedrohlichen Erkrankungen, die nicht planbar seien, seien Abschläge ungerecht. Benachteiligt sehen die Helios-Kliniken auch qualitativ bessere Klini-

ken: „Krankenhäuser mit hoher Behandlungsqualität verzeichnen oft steigende Patientenzahlen.“ Durch die Abschläge würden aber gerade diese Kliniken, die sich mit hoher Behandlungsqualität im Wettbewerb durchsetzen, finanziell erheblich bestraft.

Mehrbelastungen durch die Abschläge hält der Verband der Uniklinika (VUD), zu dem die Charité gehört, nicht für ausgeschlossen. Je nachdem, wie die Selbstverwaltung die Abschläge ausgestalte, könne es im Vergleich zum Status quo zu einer Schlechterstellung der Unikliniken kommen, die seit Jahren ein starkes Leistungswachstum verzeichnen. „Eine belastbare Bewertung der finanziellen Folgen des Fixkostendegressions-

Geld für mehr Personal

- **Pflegestellen-Förderprogramm:** Für die Einstellung zusätzlichen Personals stellt der Bund 2016 bis zu 110 Millionen Euro zur Verfügung, ab 2017 bis zu 220 Millionen Euro und ab 2018 jährlich bis zu 330 Millionen Euro. Finanziert werden mit den Mitteln 90 Prozent der Personalkosten, von den Krankenhäusern wird eine 10-prozentige Eigenfinanzierung erwartet. (Bis Ende 2017 soll eine Expertenkommission zudem beraten, ob der erhöhte Aufwand für demenzkranke, pflegebedürftige oder behinderte Patienten im DRG-System sachgerecht abgebildet werden kann.)
- **Der bisherige Versorgungszuschlag** von 0,8 Prozent auf die DRG wird ab 2017 in einen Pflegezuschlag umgewandelt. Das Volumen beträgt bis zu 500 Millionen Euro pro Jahr, das Geld wird gemäß den Pflegedienstpersonalkosten an die Kliniken verteilt.
- **Hygieneförderprogramm:** Dieses wird um drei Jahre bis 2019 verlängert, der Umfang beträgt 280 Millionen Euro.
- **Eingeführt wird eine Tarifierhöhungrefinanzierung:** Kosten durch Tarifabschlüsse, welche die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden zur Hälfte von den Kostenträgern refinanziert.



Foto: Charité - Universitätsmedizin Berlin

abschlags wird – wie bei zahlreichen anderen Punkten der Reform – erst Ende 2017 möglich sein“, sagt Ralf Heyder, Generalsekretär des VUD.

Vivantes verweist darauf, dass gerade in Berlin als wachsende Stadt mit „weiterem Fallzahlwachstum zu rechnen ist“. Mehrjährige Vergütungsabschläge seien in wachsenden Regionen ein Problem. Mehrleistungen sollten deshalb wenigstens innerhalb des Krankenhausplanes vom Degressionsabschlag ausgenommen werden. Auch die Berliner Krankenhausesellschaft mahnt angesichts des Bevölkerungsanstieges, die Kosten der hiermit verbundenen Leistungszuwächse und Strukturanpassungen nicht einseitig auf die Krankenhäuser abzuwälzen.

Keine Personalentwicklungskosten

Nur ein Tropfen auf den heißen Stein ist nach Ansicht vieler das Pflegestellen-Förderprogramm. Insgesamt 660 Millionen Euro stehen dafür von 2016 bis 2018 zur Verfügung, danach sollen jährlich 330 Millionen Euro ausgeschüttet werden, mit denen Krankenhäuser 90 Prozent der Personalkosten bei der Neueinstellung von Pflegern finanzieren können. Im

Endeffekt bedeuteten diese Fördermittel bei Haushaltsbruttokosten von knapp 50.000 Euro 4.400 Pflegekraftstellen, rechnet der Marburger Bund (MB) vor. „Das sind zwei bis drei Stellen pro Klinik“, sagt Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied des MB-Landesvorstandes Berlin-Brandenburg. Für die Park-Klinik Weißensee wären gerade mal anderthalb Stellen finanzierbar – „also nicht der Rede wert“, sagt Geschäftsführer Mario Krabbe. „Die sehr hohe Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern wird dadurch kaum verbessert“, bestätigt auch die Krankenhausesellschaft Berlin.

Um mehr Pflegestellen in den Krankenhäusern zu schaffen, müssten die Personalentwicklungskosten endlich in den DRG berücksichtigt werden, so Jonitz. Auch Dr. Thomas Werner, Chirurg bei Vivantes und Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin, vermisst eine „auskömmliche Finanzierung des Personals“ im Gesetz. Seiner Ansicht nach hätte der Gesetzgeber auch so mutig sein können, einen verbindlichen Stellenschlüssel für Ärzte und Pfleger vorzuschreiben. Zwar gebe es hierzu Ansätze im Berliner Krankenhausplan, doch gerade im Pflegebereich handle es sich nur um Empfehlungen. „Wenn sie

den Kliniken die Wahl lassen und es nicht verbindlich vorschreiben, werden die sich im Zweifel nicht daran halten, weil ihnen das Geld fehlt“, so das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin.

Ebenso auf die Agenda des Gesetzgebers hätte Werner die Qualifikation des ärztlichen Personals gesetzt. „Welcher Arzt arbeitet mit welcher Qualifikation an welcher Stelle?“ – auch um diese Frage müsse sich die Politik kümmern. Derzeit sei die Situation an den Kliniken so unbefriedigend, dass „insbesondere die qualifizierten und spezialisierten Fachärzte versuchen, die Kliniken zu verlassen“, berichtet Werner. Seit Jahren sinkt der Facharztanteil in den Kliniken. Auch das führe dazu, dass es an den Krankenhäusern zu wenig Personal gebe und die Patienten häufig „nicht vernünftig versorgt“ werden könnten.

Als einen wichtigen Schritt zu mehr Qualität in der Krankenhausversorgung feiert das Bundesgesundheitsministerium das neue Gesetz. Qualitätsverbesserungen erhofft sich die Politik vor allem durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie durch die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen. „Die Qualitätsorientierung ist im Prinzip richtig. Sie kann auf dem eingeschlagenen Weg



Dr. Günther Jonitz

aber nicht erreicht werden“, findet Günther Jonitz. So einfach, wie die Politik sich das vorstelle, lasse sich Qualität im komplexen System der Patientenversorgung eben nicht messen, sie lasse sich „allenfalls erlauben“, so Jonitz.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft fürchtet, dass die geplanten Qualitätsverbesserungen letztendlich zu mehr bürokratischem Aufwand führen werden. Denn in „keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland bereits heute so umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen angewandt wie im Krankenhausbereich“. Die BKG erwartet wegen des „hohen Qualitätsniveaus der Berliner Krankenhäuser“ keine relevanten Abschlüsse in der Hauptstadt.

Auf Unverständnis stößt einhellig die gesetzliche Regelung, dass Krankenhäuser mit „schlechter Qualität“ erst einmal drei Jahre mit einem Qualitätsabschlag bestraft werden sollen, bevor sie „vom Netz genommen“ werden. „Krankenhäuser, die dauerhaft schlechte Qualität liefern, müssen ausnahmslos aus dem Krankenhausplan genommen werden“, fordert die vdek. „Völlig unverständlich“ findet auch Klinik-Geschäftsführer Mario Krabbe diese Regelung. Sie sei zudem widersprüchlich. „Wenn es der Politik

wirklich um die Verbesserung der Qualität gehen würde, würde sie keine Abschlüsse androhen. Es müsste ja im Gegenteil in qualitätsverbessernde Maßnahmen investiert werden und nicht noch Ressourcen abgezogen werden“, so Krabbe.

Eine weitere Regelung im Gesetz sorgt vor allem bei den Kassen für Enttäuschung: Zwar sollen künftig auch Qualitätssicherungs-Indikatoren bei der Krankenhausplanung mit berücksichtigt werden, die Länder können von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen.

Sonstige Änderungen

- **Ambulante Notfallversorgung:** Die sektorübergreifende Notfallversorgung soll gestärkt werden. Die KVen sollen hierzu in bzw. an Krankenhäusern Notdienstpraxen einrichten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einbinden. Der Bewertungsausschuss muss außerdem bis Ende 2016 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) überprüfen und die Vergütung nach Schweregrad der Fälle differenzieren.
- **Der Investitionskostenabschlag bei ambulanten Leistungen** wird gestrichen.
- **Das Statistische Bundesamt** ist beauftragt, einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenstrukturen berücksichtigt und ab 2018 bei der Festsetzung des Landesbasisfallwerts eingesetzt werden kann.
- **Mengensteuerung:** Bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen gilt ab 2016 ein Zweitmeinungsverfahren. Zudem müssen die Vertragspartner auf Bundesebene bis 31. März 2016 die Bewertung von Leistungen mit „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“ absenken oder abstaffeln. Zudem wird ab 2017 der Mehrleistungsabschlag durch einen Fixkostendegressionsabschlag ersetzt, der nicht mehr alle Krankenhäuser, sondern nur diejenigen trifft, die Mehrleistungen verursacht haben. Auf Landesebene sind Vereinbarungen dazu zu treffen. Bei Leistungen, die nicht mengenanfällig sind oder die durch Verlagerungen zwischen Kliniken entstehen, soll nur ein halber Abschlag angewandt werden. Welche Leistungen nicht mengenanfällig sind, wird von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis Ende Juli 2016 festgelegt. Nicht vom Fixkostendegressionsabschlag betroffen sind nach dem Gesetz Leistungen bei Transplantationen, Polytraumata, bei Schwerbrandverletzten und der Versorgung von Frühgeborenen sowie Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Leistungen aufgrund von zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen (für die noch keine Abrechnungsmöglichkeit bestand), Leistungen von krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren, Leistungen mit abgesenkter Bewertung.
- **Mehrerlösausgleich und Mehrleistungsabschlag** finden keine Anwendung, wenn Leistungen für Asylbewerber erbracht werden.
- **Strukturfonds:** 500 Millionen Euro stellt der Bund aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung, damit Kliniken in andere Versorgungseinrichtungen wie Pflege- oder Reha-Zentren umgewandelt werden und stationäre Kapazitäten abgebaut werden können. Ebenfalls 500 Millionen Euro sollen die Länder zur Verfügung stellen.

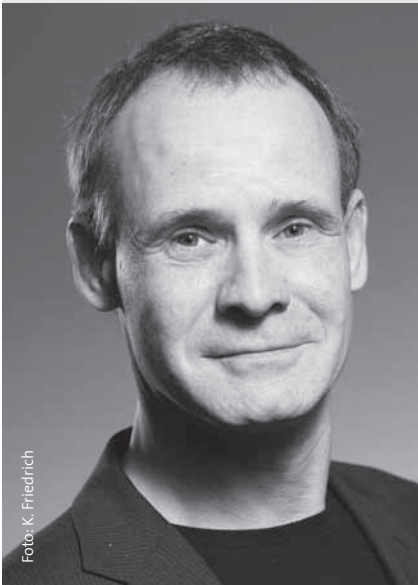


Foto: K. Friedrich

Dr. Thomas Werner

schusses (G-BA) aber ganz oder auch nur teilweise abweichen. „Viele optionale Kann-Regelungen werden es Ländern und Kliniken erlauben, wesentliche Qualitäts Elemente des Gesetzes gar nicht erst anwenden zu müssen“, sagt Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. „Bei der Qualitätsorientierung wird es nun entscheidend auf die Bereitschaft der Länder ankommen, die Vorgaben des Gesetzes auch in der Krankenhausplanung umzusetzen“, kritisiert Michael Domrös von der vdek-Landesvertretung. Die qualitätsorientierten Ansätze im aktuellen Berliner Krankenhausplan geben allerdings Hoffnung, „dass im Land Berlin offen und konstruktiv die Vorgaben der Bundesebene zum Wohl der Patienten realisiert werden“, so Domrös.

Weitergehende Verbesserungen an den Qualitätsberichten der Krankenhäuser fordert die AOK Nordost. Die bisherigen Informationen reichten bei weitem nicht aus und seien zudem nur bedingt aussagekräftig. „Wir benötigen endlich eine umfassende Transparenz über die tatsächlich vorgehaltenen Strukturen: Wie viele Fachärzte und Pflegekräfte gibt es in einer Abteilung vor Ort, gibt es ausreichend medizinisches Fachpersonal wie etwa Physiotherapeuten?“, so Frank Michalak.

Zur Qualitätssicherung ist im Krankenhausstrukturgesetz ferner festgelegt, dass Mindestmengen für bestimmte Leistungen nun rechtssicher ausgestaltet und festgelegt werden sollen. Diese „Fixierung auf Mindestmengen“ hält Jonitz für „gefährlich, da sie einen fundamentalen Anreiz leistet, diese Mindestmengen auch zu erbringen, selbst bei fraglicher Indikation“. Mit Förderung der Qualität habe es auch nichts zu tun, wenn bei besonders mengenanfälligen Leistungen die Einholung einer Zweitmeinung erlaubt wird. Hier spielten wohl eher Kostendämpfungsaspekte denn Qualitätssicherung eine Rolle. Generell sei es aber sinnvoll, bei den Mengenausweitungen anzusetzen. „Wir haben in den letzten Jahren die völlig verquere Entwicklung, dass DRG-System und Unterfinanzierung etc. dafür sorgen, dass die Krankenhäuser als einziger Wirtschaftszweig nicht nur ihr Angebot, sondern auch die Nachfrage beispielsweise über die Rettungsstellen selbst regulieren. Hier anzusetzen ist nicht völlig aus der Luft gegriffen“, so Jonitz.

Dass die ambulante Notfallversorgung angesichts der chronisch überlasteten Rettungsstellen auch in Berlin dringend reformbedürftig ist, zeigt die aktuelle Auseinandersetzung zwischen der KV Berlin und der Berliner Krankenhausgesellschaft nur zu deutlich. Hier könnte das KHSG sogar Ideengeber sein, da es die KVen verpflichtet, Notdienstpraxen in bzw. an den Krankenhäusern einzurichten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einzubinden.

An vielen Stellschrauben müssen der Gemeinsame Bundesausschuss und die Selbstverwaltungen jetzt drehen. Was die Neuerungen aus dem KHSG für die Berliner Krankenhäuser finanziell bedeuten, wird sich erst ab dem kommenden Jahr zeigen, wenn die zahlreichen Arbeitsaufträge – etwa zur Festlegung der Indikatoren oder zur Höhe der Zu- und Abschläge (siehe Kästen) – abgearbeitet sein werden. Unterm Strich finden die Krankenkassen das Gesetz enttäuschend. „Der Zwang, etwas zu ändern, sich



Foto: Verband der Uniklinika Deutschland (VUD)

Ralf Heyder

zukunfts-fähig aufzustellen, fällt relativ gering aus und wird wieder ein paar Jahre nach hinten geschoben“, sagt Michael Domrös von der vdek-Landesvertretung. Auch Ärztekammerpräsident Günther Jonitz vermisst eine klare Entscheidung des Gesetzgebers, „wohin der Weg gehen soll“. Modifizierungen seien sicher bald nötig.

Dringenden Regelungsbedarf sehen beispielsweise die Universitätsklinik bei ihren Extremkostenfällen. Es bestehe, so der Verband der Universitätskliniken Deutschlands (VUD), eine Finanzierungslücke von gut 100 Millionen Euro. Wie die Investitionsfördermittel habe der Gesetzgeber dieses Problem völlig ignoriert. „Hier werden zukünftige Reformen Abhilfe schaffen müssen“, sagt Ralf Heyder, Generalsekretär des VUD.

Das Reformkarussell im Gesundheitsbereich wird sich mit Sicherheit weiterdrehen. Für Mario Krabbe von der Park-Klinik in Weißensee bedeuten die „kurzlebige Politik und die sich permanent ändernden Gesundheitsstrukturgesetze“ nur eines: Die Unternehmensstrategie sollte sich davon auf jeden Fall nicht beeinflussen lassen.

Verfasserin:

Julia Frisch, Freie Journalistin