



*Maintal, 04. September 2015*

## **So wird die Misere der Krankenhäuser weiter verschärft**

### **Stellungnahme des vdä zur Anhörung zum Krankenhaus-Struktur-Gesetz**

Im "Eckpunktepapier" der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Dezember 2014 war ein "Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist", angekündigt worden. Der Entwurf für ein Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) folgt dieser Maxime nicht. Die Paradigmen des Gesetzentwurfes sind mit den Begriffen Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung zu beschreiben. Mit diesem Gesetzentwurf wird sich weder eine bedarfsgerechtere Versorgung der Patientinnen und Patienten erreichen lassen noch attraktivere Arbeitsbedingungen für die Krankenhausbeschäftigten. Sicher ist aus Sicht des vdä: Ohne eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist zukünftig eine flächendeckende Versorgung in hoher Qualität nicht mehr sicher zu stellen.

Der Entwurf für ein KHSKG lässt nur einen Schluss zu: Die große Regierungskoalition, Bund und Länder stehen sich im Krankenhaussektor aus ihrer originären gesundheitspolitischen Verantwortung. Dem Rückzug des Staates aus dem Gesundheitssystem wird ein weiterer Vormarsch profitorientierter Kapitalinvestoren in den "Gesundheitsmarkt" folgen.

#### **Qualitätsorientierte Planung und Steuerung des Gesundheitswesens**

Eine sachgerechte Daseinsvorsorge im stationären Bereich erfordert eine wissenschaftlich unterstützte, integrierte Bedarfsplanung auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene. Das KHSKG beschreitet stattdessen den Weg, ein zunehmend unregelmäßiges Marktgeschehen lediglich zu beeinflussen, z.B. mit Preismanipulationen. Auch die Herangehensweise an Qualität als Mittel zur Selektion statt als Zweck einer Behandlung folgt diesem Muster:

"Qualität" wird zum trojanischen Pferd, mit dem Selektivverträge mit frei (nach unten) verhandelbaren Preisen eingeschmuggelt und das bislang gültige Festpreissystem der G-DRGs aufgebrochen wer-

den soll. Die geplanten finanziellen Sanktionen für Krankenhäuser mit schlechter Behandlungsqualität gehen im Falle versorgungsnotwendiger Krankenhausabteilungen am Bedarf vorbei. Hier sind statt finanzieller Abschläge externe Aufsicht, Anleitung und ggf. auch finanzielle Unterstützung sinnvoll und notwendig.

Als ärztliche Vereinigung warnen wir dringend davor, die Problematik der Messung von Behandlungsqualität zu unterschätzen. In den Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität lauern unzählige Fallstricke, beispielsweise die Adjustierung von Behandlungsergebnissen und Komplikationen auf das vorbestehende Risikoprofil der Patientinnen und Patienten. Andernfalls werden bei einer Qualitätsbewertung Äpfel mit Birnen verglichen.

Die Auswertung von Pay-for-Performance-Modellen andernorts ist bislang ernüchternd: Sie haben verstärkt Manipulationen bei der Datenerfassung, insbesondere von Komplikationen provoziert, sowie Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Komplikationsrisiko den Zugang zur Versorgung erschwert, was die logische Kehrseite des bekannten "Rosinenpickens" ist. Ein kürzlich in der Zeitschrift JAMA veröffentlichter Beitrag<sup>1</sup> zeigt erneut, wie schwierig die Festlegung sinnvoller Qualitätsindikatoren ist. Ungeeignete Parameter führen in den USA im Rahmen des Hospital-Acquired Condition Reduction Program zu dem grotesken Ergebnis, dass die Centers for Medicare & Medicaid Services offenbar vor allem größere Krankenhäuser als "lowest-performing hospitals" finanziell abstrafen, die kränkere Patienten behandeln, ein breiteres Behandlungsspektrum anbieten, Komplikationen besser erfassen und dokumentieren, aber in Wirklichkeit, bei Anwendung anderer, validierter Indikatoren bessere Behandlungsergebnisse erzielen. Der vdää bleibt skeptisch, ob der Auftrag an den G-BA zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren eine zufriedenstellend lösbare Aufgabe ist.

### **Qualität bedingt auskömmliche Erlöse für Krankenhausbehandlungen**

Seit Jahren geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen immer weiter auf, so dass rund die Hälfte der Krankenhäuser unter Defiziten leiden. „Eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser“ wurde für das KHSG neuerlich versprochen, aber nicht verwirklicht. Die Preise im DRG-System sind über Jahre nicht angemessen gesteigert worden. Wenn den Krankenhäusern die notwendigen Betriebsmittel weiterhin vorenthalten werden, werden auch die im KHSG angekündigten verschärften Qualitätskontrollen und finanziellen Sanktionen für schlechte Leistungen nichts bewirken können.

Im Gegenteil: Kliniken müssen, um als Wirtschaftsbetriebe im DRG-System zu überleben, Behandlungen zu geringstmöglichen Selbstkosten erbringen. Outsourcing und Dumpinglöhne verschlechtern Arbeits- und Einkommensverhältnisse für die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Zunehmend werden Stellen in der Pflege und in den therapeutischen Bereichen gestrichen, die für eine fachlich gute und menschlich anständige Versorgung unverzichtbar sind. Abnehmend lassen sich Stellen mit qualifizierten und motivierten Fachkräften besetzen, weil angesichts unzumutbarer Arbeitsbedingungen weniger Bewerbungen eingehen.

Der vdää fordert eine Beschränkung medizinischer Maßnahmen auf das medizinisch statt ökonomisch Notwendige und Sinnvolle, dafür aber finanzielle Spielräume für ein mehr an Qualität und Humanität.

---

<sup>1</sup> Rajaram R, Chung J, Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program, JAMA 2015; 314(4):375-383

## **G-DRG-System abschaffen**

Mit dem G-DRG-System hat sich der Gesetzgeber in eine Sackgasse begeben, die von einer bedarfsgerechten Versorgung wegführt. Die geplante verschärfte Verbetriebswirtschaftlichung der Abläufe in den Krankenhäusern positioniert trotz aller öffentlich bekannt gewordenen Fehlentwicklungen unverändert das Geld im Mittelpunkt der Strukturentwicklung und Steuerung von Krankenhäusern anstatt das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten. Notwendig für eine bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten ist nicht weniger als die Abschaffung des G-DRG-Systems als durchgängiges Preissystem und Entwicklung sinnvoller Alternativen wie zu verhandelnder Budgets für definierte Versorgungsaufträge!

Auch mit dem geplanten KHSG sollen den Krankenhäusern notwendige Vorhaltekosten nicht erstattet werden. Wenn das ökonomische Zwangsgesetz bestehen bleibt, wonach Geld im DRG-System nur über Fallpauschalen erwirtschaftet werden kann, dann bleibt der Fehlanreiz bestehen, immer mehr "Fälle" zu behandeln und lukrative Operationen und andere invasive Prozeduren immer weiter zu steigern – selbst wenn sie medizinisch fragwürdig oder gar überflüssig, also Körperverletzung sind.

Diese vielfach und völlig zu Recht kritisierten Mengenausweitungen sind nicht Auswüchse sondern unvermeidliche Konsequenz eines ökonomischen Zwangsgesetzes, nämlich der deutschen Ausprägung des DRG-Systems als durchgängiges Preissystem. Um mehr und höhere Fallpauschalen zu erwirtschaften, um fehlende Investitionsmittel und das unzureichende Preisniveau im DRG-System zu kompensieren, wird objektiv auch mit unnötigen Maßnahmen Körperverletzung an Patientinnen und Patienten begangen und Geld im Gesundheitswesen verschwendet. Den grundlegenden Fehlanreiz zur Mengensteigerung des G-DRG-Systems wird der Gesetzgeber auch durch Abschläge bei sog. "mengenanfälligen" Leistungen nicht unter Kontrolle bringen. Zudem wird sich kein Weg finden lassen, um mit technokratischen Mitteln und von aussen notwendige medizinische Eingriffe von überflüssigen treffsicher zu unterscheiden.

So kommt das Geld nicht dorthin, wo es am dringendsten gebraucht wird. Auch die Bundesärztekammer fordert einen "Wandel des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlös bemessungsinstrument", auch um "künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale / lokale Vereinbarung von Vergütungen<sup>2</sup>" zu bekommen.

## **gesetzliche Personalbemessung**

Das im KHSG angekündigte Pflegeförderprogramm ist falsch angelegt und unterdimensioniert: Bei großzügiger Kalkulation wird es höchstens drei zusätzliche Pflegestellen pro Klinik bringen. Wer wirklich mehr Qualität will muss den Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die niedrigsten Behandlungskosten und den ungezügeltsten Stellenabbau beenden und in der Perspektive mehr Fachkräfte in die Krankenhäuser bringen. Strukturqualität im Personalbereich ist wesentlich für die Qualität der gesamten Behandlung und deren Ergebnis. Es ist nachgewiesen, dass die Qualität in Krankenhäusern wesentlich von der Personalbesetzung abhängt: Ein Patient mehr pro Pflegekraft (von 6 auf 7 Patien-

---

<sup>2</sup> B. Rochell/M.Rudolphi: „Positionen der Bundesärztekammer zur Reform der Krankenhausversorgung und -finanzierung“, G+S (Gesundheits- und Sozialpolitik), 4-5/2014, S. 85

ten) erhöht die Rate der Todesfälle im Krankenhaus und bis 30 Tage nach Entlassung um 7%.<sup>3</sup> Zielführend ist eine allgemeinverbindliche, an den jeweiligen Versorgungsbedarf definierter Bereiche adjustierte Personalbemessung, zunächst im Pflegebereich, mittelfristig für weitere Berufsgruppen

### **Investitionen**

Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH) veranschlagt das notwendige Jahresinvestitionsvolumen für die Kliniken in Deutschland auf sechs Mrd. Euro. Nach dem Prinzip der dualen Finanzierung sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet, eine bedarfsgerechte und flächendeckende Krankenhausversorgung sicherzustellen und den Krankenhäusern die erforderlichen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Tatsächlich sind die bereitgestellten Mittel jedes Jahr rückläufig und liegen mittlerweile unter drei Mrd. Euro jährlich.

Daran ändert der vorliegende Referentenentwurf nichts. Die Länder haben im Gesetzgebungsprozess lediglich zugesagt, die Investitionsmittel für bestehende Krankenhäuser nicht noch weiter zu kürzen. Die Hoffnung, der Bund werde in die Investitionskostenfinanzierung der Kliniken einsteigen, hat sich nicht erfüllt. Also müssen die Krankenhäuser für selbstfinanzierte Investitionen weiterhin Krankenkassengelder aus ihren DRG-Erlösen zweckentfremden, die aber gesetzlich für den laufenden Betrieb bestimmt sind und dort fehlen. Nach Angaben des WIDO (*Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen*) waren das in 2013 rund zwei Mrd. Euro. Eine weitere Privatisierungsrunde derjenigen öffentlichen und freigemeinnützigen Kliniken ist absehbar und offensichtlich bezweckt, deren Träger fehlende öffentliche Investitionskostenzuschüsse nicht aus eigener Kraft substituieren können.

### **Strukturfonds**

Das KHSG soll Gesundheitsfonds und Bundesländer verpflichten, bis zu insgesamt eine Mrd. Euro für einen Strukturfonds aufzubringen, "zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern."

Werden damit Klinikbetten abgebaut, für die kein Bedarf in der Versorgung besteht, oder solche, die nicht kostendeckend oder profitabel zu "bewirtschaften" sind? Werden die Bundesländer Bedarf und die Sicherstellung der Versorgung planen oder die Ergebnisse der Ökonomisierung des Krankenhauswesens, also das Marktgeschehen primär beobachten und anhand der geplanten, vom G-BA zu definierenden Qualitätsindikatoren selektionieren?

Was geschieht, wenn Notwendiges schlecht und Überflüssiges in guter Qualität erbracht wird? Genießen medizinischer Bedarf oder ökonomischer Erfolg Priorität?

*Dr. Peter Hoffmann*  
*(Stellvertretender Vorsitzender des vdää)*

---

<sup>3</sup>L. H. Aiken et al: „Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries“, The Lancet, Mai 2014