

Eine erste Einschätzung zum geplanten Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG)

## Mehr Markt unter dem Deckmantel der Qualität



„Fachidioten und Leistungssportler kann man durch Wettbewerb erzeugen, aber nicht umfassend gebildete, vielseitig kompetente und umsichtige, vorausschauend denkende und verantwortlich handelnde, in sich ruhende und starke, beziehungsfähige Persönlichkeiten.“ (Zitat Prof. Dr. Gerald Hüth)

Nicht rasant schnell, aber stetig und zielgerichtet verändert die Bundespolitik seit über 20 Jahren den Charakter der Krankenhäuser. Ehemals Einrichtungen des Sozialstaats, formte der politisch gewollte Wettbewerb aus ihnen marktwirtschaftlich orientierte Unternehmen.

Es gewinnt das Krankenhaus, das möglichst viele und möglichst komplexe Fälle mit möglichst geringem Mittelaufwand bewältigt. Eine direkte Folge davon ist der Notstand in der Krankenhauspflege. Immer weniger Personal muss immer mehr Patientinnen und Patienten in immer kürzerer Zeit

versorgen. Musste 1991 rechnerisch eine Vollzeitkraft 45 Fälle versorgen, lag die Zahl 2013 schon bei 59. Die Verweildauer der Patientinnen und Patienten sank derweil von 14 auf durchschnittlich 7,5 Tage, der pflegerische Aufwand pro Liegeplatz ist damit stark angestiegen. Die meisten Pflegedienste sind überlastet, mit negativen Konsequenzen für ihre Arbeitsbedingungen und Gesundheit sowie für die Patientensicherheit. Der Krankenstand bei Pflegekräften liegt deutlich über dem branchenübergreifenden Durchschnitt. Dreiviertel (74 Prozent) aller Pflegekräfte gehen davon aus, dass sie ihre Tätigkeit unter den jetzigen Bedingungen nicht ohne Einschränkungen bis zu ihrem gesetzlichen Renteneintritt ausüben können.

Die Betriebswirtschaft ist das Non-plus-ultra der Krankenhaussteuerung geworden. Die Krankenhausplanung der Länder ist angesichts rückläufiger Mittel zahnlos geworden, der Markt richtet alles, die Krankenhausleitungen sind gezwungen, darauf zu reagieren – ob sie wollen oder nicht. Diese Umstände haben bereits das Denken bis auf die Ebene der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte verändert. Es geht selbst auf dieser Ebene mindestens

auch darum, ob sich ein Patient lohnt oder nicht.

Was tut die Bundesregierung? Statt die Qualität mit einer Besinnung der Krankenhäuser auf ihren eigentlichen Zweck und einer Aufstockung des Personals zu erhöhen, fällt ihr mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) mal wieder nur die eine Antwort ein: Noch mehr Markt soll es richten.

### Die Regelungen im Überblick „Pay for performance“

„Pay for performance“ ist das Schlüsselwort. Innerhalb einer marktkonformen Denkweise ist das auch folgerichtig. Aber im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung ist es völlig deplatziert.

In einem normalen Markt zahlt man natürlich für die erhaltene Leistung. Wenn die Tomaten vor Reife schon weich werden, zahlt der Kunde weniger als für feste, gutaussehende Tomaten. Analog gilt das gleiche für Äpfel, Gurken, Kleider, Tablets, Autos. Aber: In einem Markt gibt es Menschen, die sich eben nicht die teuersten Schuhe, die schnellsten Autos oder die rotesten Tomaten leisten können oder wollen. Im Bereich der Gesundheitsversorgung gibt es aber grundsätzlich den Kon-

sens, dass jede und jeder denselben Anspruch auf eine hohe, eine gleich hohe Qualität hat – unabhängig von den eigenen wirtschaftlichen Möglichkeiten. Das unterscheidet „Pay for performance“ auf dem Markt und im Krankenhaus.

Die Akteure, die das KHSKG vertreten, werden deshalb auch nicht müde, zu versichern, dass sie keine Billig-Krankenhäuser mit geringer Qualität für Billig-Versicherte einerseits und gute Qualität für Teuer-Versicherte wollen. Aber genau das wäre eigentlich das, was dabei herauskommt, wenn man den Wettbewerb zu Ende denkt.

Nun sollen laut KHSKG die schlechten Krankenhäuser zunächst eine Warnung und dann erst weniger Geld bekommen. Wenn man genauer nachfragt, wie denn eine schlecht arbeitende Abteilung besser werden soll, wenn ihr weniger Geld zur Verfügung steht, kommt man dem Kern des KHSKG schon ein bisschen näher: Die Kürzung soll dazu dienen, dass die schlechten Krankenhäuser oder Abteilungen einfach dicht gemacht werden, aus wirtschaftlichen Gründen.

Das ist eine Bankrotterklärung für die Krankenhausplanung. Unter diesen Bedingungen sind es nicht mehr die Länder, die tatsächlich bestimmen, wo welche Station, wo welches Krankenhaus gebraucht wird. Es sind noch mehr als heute die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenhäuser unter künstlich geschaffenen Wettbewerbsbedingungen.

### **Messung von Qualität**

Meines Erachtens ist es eine Fiktion, die Qualität der Arbeit von Krankenhäusern umfänglich, sachgerecht oder gar rechtssicher messen zu können. Selbst die Befürworter sehen darin eine riesige Aufgabe über mehrere Jahre, die die Selbstverwaltung und das ihr nachgelagerte Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) stemmen sollen. Letztlich wird es aber auf eine Art Kennzahlensystem bzw. auf eine Abwandlung eines Performance-Measurement-Systems hinauslaufen. Im Betriebsmanagement sind die Probleme solcher Systeme bekannt: Solange die Komplexität überschaubar ist, können sie leidlich funktionieren. Wenn sich die tatsächliche Komplexität aber nicht ausreichend reduzieren lässt, dann kann ein solches System nicht mehr sinnvoll steuern, sondern wird eher zum Blindflug. Außerdem sorgen solche Systeme dafür, dass die Gesteuerten sich mehr auf die relevanten Kennzahlen als auf die Versorgungsrealität fixieren.

Das würde bedeuten, dass

Krankenhausleitungen etwa dadurch versuchen, gute Kennzahlen bei der stationären oder poststationären Mortalität oder bei Rückeinweisungen versuchen, zu erreichen, indem sie weniger schwere Fälle bevorzugen. Natürlich kann und wird man hier wieder steuernd eingreifen und eine Morbiditäts- und Altersjustierung einbauen. Je nachdem, wie man diese ausgestaltet, kann es aber auch zu dem gegenteiligen Effekt führen, dass also gerade besonders alte und morbid Patientinnen und Patienten sich besser rechnen und bevorzugt werden. In jedem Fall muss die prästationäre, stationäre und poststationäre Morbidität gemessen werden, was jede Menge Spielraum für Interpretationen und Rechtstreitigkeiten eröffnet. Die Dokumentation wird zum entscheidenden Faktor für das Bestehen eines Krankenhauses.

Diese Befürchtungen sind nicht aus der Luft gegriffen. Gerade haben Forscher aus Chicago ein Medicare- und Medicaid-Programm in 3.300 Krankenhäusern untersucht. Nach diesem Programm erhalten seit 2014 diejenigen Krankenhäuser Honorarkürzungen, wenn sie gewisse Kennzahlen zur Qualität nicht liefern. Die Forscher stellten beispielsweise fest, dass Ausbildungskrankenhäuser, in denen Fehler zu Ausbildungszwecken genauer unter die Lupe genommen werden, durchschnittlich schlechter abschnitten als die übrigen Krankenhäuser. Die Kliniken, die besonders gut abschnitten, hatten oft einfach eine

schlechte Dokumentation. Auch hatten die angeblich schlechten Kliniken häufiger Patientinnen und Patienten mit höherer Morbidität.

Dann kommt noch hinzu, dass das Messen und Dokumentieren noch wesentlich mehr Ressourcen binden wird als das unter DRG-Bedingungen bereits heute der Fall ist. Es wäre sicher interessant, herauszufinden, wie hoch die Overhead-Kosten sind, die das DRG-System verursacht, samt dem von ihm eigens geschaffenen Beruf, wie dem des Kodier-Arzt. Wie erfolgreich ein Krankenhaus ist, entscheidet sich heute schon mehr an der Qualifikation der Kodierer als an der Bedarfsnotwendigkeit oder der medizinischen Qualität. Wenn wir „Pay for performance“ einführen, wird es sicher neue wichtige Dokumentationsberufe geben.

Durch das Messen und Dokumentieren alleine wird aber die Qualität nicht besser. Die Qualität wird dann besser, wenn wir für mehr motivierte, qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sorgen, die unter guten Arbeitsbedingungen ihrer Arbeit nachgehen können. Das schafft der Gesetzentwurf nicht. Die wenigen Pflegestellen, die das Förderprogramm schaffen soll, werden bereits durch die zu erwartenden Fallzahlsteigerungen überkompensiert. Und selbst ob die neuen Stellen tatsächlich geschaffen werden, steht noch nicht fest.

Ich bin überzeugt, dass die Bundesregierung und

die Koalition zumindest in Teilen auch nicht daran glauben, dass eine qualitätsorientierte Vergütung funktionieren wird. Aber sie wird den Effekt haben, dass sie zu Krankenschließungen und -privatisierungen beiträgt. Deshalb sind die Koalitionäre damit auch einverstanden und flankieren den Gesetzentwurf auch noch mit einer als „Strukturfonds“ maskierten Abwrackprämie für Krankenhäuser.

### **DIE LINKE fordert:**

- Der erste Schritt, die Strukturqualität zu verbessern, muss mehr Personal sein. Eine verbindliche Personalbemessung kann als Strukturqualitätsmerkmal in die Krankenhausplanung aufgenommen werden, welches bedarfsgerecht – außerhalb der DRGs zu finanzieren ist. Hierzu haben wir einen Antrag gestellt („Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessern - bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln“).
- Die Wirkmächtigkeit der DRGs zurückdrängen und sie zuerst in besonders kritischen Bereichen durch bedarfsgerechte Finanzierung ersetzen.
- Der Bund soll die Länder in den Investitionen mit 2,5 Milliarden Euro pro Jahr unterstützen.