Interview mit Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe

„Patientenbeteiligung – ein komplexes Treiben“

Dr. Martin Danner, seit 2008 Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe und Sprecher des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung der DBR und der BAG Selbsthilfe im Gemeinsamen Bundesausschuss, spricht sich im MVF-Interview auf allen Ebenen vehement für eine stärkere Parientenbeteiligung aus und fordert von der Politik einen Paradigmenwechsel. Letztendlich, so Danner, müsse die Politik sich dazu bekennen, endlich „Patienten als gleichwertige Akteure im System strukturell zu stärken“, damit dieser vom Empfänger zum Akteur werden kann, weil Patienteninteressen in einer Ära reinen Wettbewerbs nur von Patienten selbst repräsentiert werden können.

>> Herr Dr. Danner, in der BAG-Selbsthilfe, dem Dachverband der Selbsthilfeorganisation chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland, sind mehr als 120 Bundesorganisationen der Selbsthilfe zusammengeschlossen, allesamt sind Patientenorganisationen, die es – anders als in anderen Ländern – in der Bundesrepublik für fast alle relevanten Indikationsbereiche gibt. Doch wie sieht es mit der Bürger- oder auch Patientenbeteiligung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene aus? Ganz unten, so scheint es, funktioniert die Beteiligung, doch je weiter man nach oben kommt?

Das muss man differenziert betrachten. Denn Bürger- oder auch Patientenbeteiligung macht sich vor allem an bestimmten Gremien fest; und dort wächst dieses zarte Pflänzchen ebenso, wobei es natürlich auch Bereiche gibt, wo Bürger- oder Patientenbeteiligung noch nicht stattfindet.

Bewegen wir uns doch mal von unten nach oben.

Beginnen wir auf der örtlichen Ebene. Hier gibt es beispielsweise die Behindertenbeauftragten der Kommunen, welche die Selbsthilfegruppen vor Ort einbinden. Und teilweise gibt es auch kommunale Gesundheitsforen mit Patiententbeteiligung.

Aber es fehlt doch an einem institutionalisierten Rahmen?

Stimmt. Die Einbindung von Selbsthilfegruppen ist alleine dem Goodwill der kommunalen Entscheidungsträger überlassen. Darum ist die Art und Weise, wie Bürger- oder Patientenbeteiligung auf dieser Ebene stattfindet, von Gemeinde zu Gemeinde und von Stadt zu Stadt sehr verschieden. Wenn man es genau nimmt, kann man es auf örtlicher Ebene überhaupt nicht einheitlich sagen, wie und ob die Beteiligung überhaupt funktioniert. Das ist vor allem ein strukturelles Problem, weil es in der Regel auf örtlicher Ebene keine indikationsübergreifenden Zusammenschlüsse gibt. Darum ist ein Austausch unter den verschiedenen Patientengruppen auf der Mikroebene auch nur sehr schwer zu organisieren.

Wie sieht es auf der Mesoebene aus?

Auf der Landesebene gibt es punktuell Beteiligungsmöglichkeiten, das ist aber von Bundesland zu Bundesland ein Stück weit unterschiedlich. In meinem Bundesland, in Nordrhein-Westfalen, gibt es zum Beispiel eine Landesgesundheitskonferenz, an der Patientenorganisationen beteiligt sind. Ebenso beispielsweise beim Gemeinsamen Landesausschuss, wo die Beteiligung über ein Bundesgesetz geregelt und im SGB V verankert ist. Dem Gemeinsamen Landesausschuss obliegt die regionale Planung der Versorgung. Ferner gibt es zum Beispiel eine Patientenbeteiligung bei den Zulassungs- und Beratungsausschüssen zur Vergabe der Vertragsarztsitze.

„Die Anwesenheit von Patientenvertretern ändert Inhalte.“

Es gibt eine Möglichkeit, gar oft Recht auf Anhörung und Mitarbeit, aber kein Stimmrecht!

Auf den bisher erwähnten Ebenen gibt es keinerlei Stimmrechte, vor die bis bislang so eine Art demokratietheoretischer Riegel vorgeschoben wird. Aber es gibt immerhin Mitberatungsrechte, die zwar einerseits nicht so stark sind wie Stimmrechte, aber andererseits schon als einen enormen Fortschritt zu verstehen sind. Denn wenn man es schafft, sich Gehör zu verschaffen, kann man auch Einfluss auf die Entscheidung ausüben – auch ohne Stimmrecht. Eigentlich möchten sich alle Entscheidungsgremien gerne darauf berufen, dass sie die Patienteninteressen vertreten. Es kommt halt darauf an, eine Diskussionskultur zu entwickeln, in der möglichst alle Argumente offen auf den Tisch gelegt werden müssen. Dann und nur dann können sich die Entscheidenden daran messen lassen, wie gut ihre Argumente und ihre Entscheidungen wirklich sind.

In diesem Konstrukt nimmt dann die Patientenvertretung eine Art Notarfunktion ein?

So in der Art. Die Anwesenheit von Patientenvertretern ändert aber auch Inhalte. Wenn Patientenvertreter dabei sind, wird in solchen Gremien eher versucht, über die Sache an sich zu sprechen, was nicht ausschließt, dass implizit die finanziellen und berufsständischen Interessen mitverhandelt werden. Wenn Patientenvertreter aber nicht dabei sind, wird unter den Stakeholdern viel offener über finanzielle Interessen gesprochen.

Also ist Bürger- oder auch Patientenbeteiligung per se ein regulativer Faktor.

Mit Sicherheit. Besonders gilt das für die Makroebene. Auf der Bundesebene gibt es zwar immer noch keine Mitentscheidungs-, aber immerhin Mitberatungs- und Antragsrechte. Damit kann man die Selbstverwaltung durchaus vor sich hertreiben. Sobald ein Antrag gestellt ist, muss sich der Gemeinsame Bundesausschuss anhand evidenzbasierter fachlicher Grundlagen damit befassen. Wenn diese Grundlagen aussagekräftig genug sind, muss er auch entscheiden. Tut er das nicht, kann die Rechtsaufsicht einschreiten.

Ein Beispiel?

Die Knochendichtemessung wäre sicherlich ohne Patientenvertretung auch heute immer noch nicht wieder in den Leistungskatalog aufgenommen worden.

Die durch das BMG ausgeübte Rechtsaufsicht macht doch nur eine faktische, aber

keine inhaltliche Prüfung.

Das ist eine spannende Frage. Das BMG kann, wenn es will, seine Rechtsaufsicht sehr detailliert wahrnehmen. Rechts- und Fachfragen sind dabei eng miteinander verwoben. Beispielsweise kann die Rechtsaufsicht auch eingreifen, wenn sie sieht, dass die Anforderung an die nötige Evidenz – sagen wir es so – etwas überspannt werden.

Ein anderer wichtiger Effekt auf Bundesebene ist, dass die Plenarsitzungen des G-BA öffentlich sind.

Richtig. Manchmal gibt es ja auch einen Diskurs zu den zu fällenden Entscheidungen. Gerade hier ist das Mitberatungsrecht viel wert.

Wer bei Plenarsitzungen des G-BA anwesend ist, mag sich wundern, warum die Patientenvertreter oftmals genauso wie alle anderen Bänke stimmen.



Viele zunächst einmal divergierende Ansichten werden beim G-BA im vorgelagerten Gremien ausdiskutiert und zu konsensfähigen Beschlussvorlagen verarbeitet. Aber wir hatten auch öffentliche Plenarsitzungen wie zum Beispiel jetzt zur Kinderrichtlinie oder zur Qualitätssicherung, in der ausufernde Debatten und kontroverse Abstimmungen von Statten gingen. Wenn es um ein spannendes Thema geht, gibt es fast regelhaft große Auseinandersetzungen, die aber wie gesagt oft schon vorher abgehandelt werden. Aber genau hier zeigt sich die Stärke der Patientenvertretung. Denn sie kann im Unterausschuss ihre Meinungen und Anliegen vorbringen, die oft schon in die Beschlussvorlagen eingebaut werden. Genau darum trägt die Patientenbeteiligung im G-BA so viele Beschlüsse mit.

Aber ist es denn nicht so, dass Sie sich mit Ihrer Auffassung oft nur deshalb durchsetzen können, weil der unparteiische Vorsitzende es vermeiden will, dass die Patientenvertreter mit irgendwelchen abweichenden Voten öffentlich im Plenum agieren und alle Anwesenden wieder alles vor vorne ausdiskutieren müssen?

Grundsätzlich nutzen wir das GBA-Plenum meist dazu, öffentliches Aufsehen zu erregen. Doch auch hier gehe es uns nur um die Sacharbeit. Aber ich denke, dass die Öffentlichkeit der Plenarsitzungen in manchen Fällen schon ein Aspekt ist, der verhindert, dass unsere Positionen von den entscheidungsberechtigten Beteiligten einfach übergangen werden. Alles in allem aber nimmt der G-BA unsere Meinung schon vorher in die Beschlussvorlagen auf, natürlich nur dann, wenn es als fachlich adäquat angesehen wird. Doch ist das ein probates Beispiel, wie man über das Mitberatungsrecht Einfluss auf Entscheidungen nehmen kann, gerade durch die praktizierte Abstufung der Gremien.

Es gibt aber auch Fälle, wie bei den veranlassten Leistungen, wo sowohl die Krankenkassen als auch die Ärzteschaft keine Lust haben, bestimmte Dinge zu bearbeiten.

Das gibt es durchaus. Soziotherapie ist so ein Fall, bei dem die gemeinsame Selbstverwaltung sicher mehr tun könnte. Aber ist es ja durchaus gegeben, dass man ein solch wichtiges Thema wie die Soziotherapie auf unterschiedlichen Ebenen spielen kann. Aktuell gibt es beispielsweise im Bereich des Bundesteilhabegesetzes innerhalb der Behindertenpolitik Entwicklungen, weil die Bundesländer erkennt haben, dass die Kommunen über die Eingliederungshilfe sozusagen als Ausfallbürge eintreten müssen, wenn die Soziotherapie über die GKV nicht ordentlich abgewickelt wird. Hier hilft es durchaus, wenn die Patientenbeteiligung die Kommunen by the way auf die Sachlage im G-BA hinweist, und ganz plötzlich ist Soziotherapie in den Bund-Länder-Gesprächen ein wichtiges Thema. Tja, Patientenbeteiligung kann schon ein ganz komplexes Treiben sein.

Muss man dieses „Treiben" als demokratieerfahrener Mensch spielen wollen?

Na ja. Das gehört wohl dazu. Aber es ist nicht so, dass Patienteninteressen nur beim G-BA und auf den unteren Ebenen vertreten wären. Patientenvertreter können auch Mitglieder im Gesundheitsausschuss auf bestimmte Sachlagen aufmerksam machen und damit initiieren, dass selbst das Parlament reagieren muss.

Ein Beispiel dafür wäre sicher die Langzeitverordnung von Heilmitteln, bei der sich die Selbstverwaltung quer gestellt hat und der Gesetzgeber mehrfach nachjustieren musste.

Aber nur auf Betreiben der Patientenvertreter! Darum kann die Selbstverwaltung ihr Spiel nicht bis zum Ultimo treiben; was sie meist ja auch nicht tut, weil sie sehr darauf bedacht ist, ihren Ruf und damit auch einen Teil ihrer Legitimation zu erhalten. Andererseits tut es der Selbstverwaltung auch mal ganz gut, wenn sie über das Parlament in ihre Schranken verwiesen wird. Danach verbessert sich eine Zeit lang die Bedeutung der Patientenvertretung auf dieser Ebene durchaus.

Und das immerhin sozusagen aus der letzten Reihe heraus.

Bei den Anhörungen im Gesundheitsausschuss sitzen in der ersten Reihe immer die Kassenvertreter, in der zweiten die Ärztevertreter, in der dritten meist die Vertreter spezifischer Leistungserbringer, der Fachgesellschaften und der Pharmaindustrie und in der vierten sitzen immer die Patientenorganisationen. Ich habe im Gesundheitsausschuss schon öfter gesagt, dass diese Sitzordnung auch als Ausdruck eines Stellenwerts angesehen werden kann. Aber immerhin: Früher wurden Patientenvertreter überhaupt nicht zu den Anhörungen eingeladen, mittlerweile ist das seit fünf, sechs Jahren Standard.

Wir reden hier nur über Patientenbeteiligung im Rahmen des SGB V. Wie kommen wir denn je über das Kasten- und Sektorendenken hinaus und hin zu einer wahrhaft gesamthaften Betrachtung, die Gesundheit als gesellschaftliches Metathema begreift?

Dieses Sektorendenken wird in Deutsch-

land durch die historische Entwicklung determiniert. Weil sich bei uns die Sektoren derart ausdifferenziert haben, ist es enorm schwer, das Versorgungssystem zu vereinheitlichen und auf das Nötige zurückzustutzen. Es ist natürlich völlig absurd, wenn man beispielsweise das Thema Rehabilitation im G-BA bearbeitet, nicht auch die Sozial- und Rentenversicherung mitdenkt. So sinnvoll es wäre, wäre es ein zu großer Wurf, Sozial-, Renten- und Krankenversicherung als System in ein Gremium zusammenzuführen. Das würde empfindliche Schnittstellen berühren.

Aber zu einer ganz anderen Betrachtung führen, auch im Arzneimittelbereich.

Was macht es für einen Sinn, nur die Arzneimitteltherapie zu betrachten, aber alle Nachfolgekosten wie Hospitalisation, Reha oder Folgeschäden wie Arbeitsunfähigkeit oder -losigkeit sowie Frühverrentung zu vernachlässigen? Was wäre es doch schön, wenn man ein Gesundheitswesen wie unseres ganz von vorne am Reißbrett planen könnte. Dann könnte man sich effizientere Strukturen überlegen und und und. Aber was hilfts? Wir sind nun einmal in unserem tradierten System ein Stück weit gefangen, was ich aktuell wieder einmal in der Diskussion zum Präventionsgesetz erleben durfte. Denn das Präventionsgesetz nimmt nur die Primärprävention in den Fokus, wobei es recht einfach wäre, eine akademische Betrachtungsweise in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einzuführen. Wenn ich einen Bundesbürger im Hinblick auf seine Ernährung erreichen will, kann ich doch nicht unterscheiden, ob dieser Mensch gesund ist oder ob er Diabetes hat? Warum auch? Ich möchte ihn doch im Hinblick auch seine Ernährung erreichen! Doch nach bisheriger Lesart ist der Diabetiker nur jemand, der im Sinne der Tertiärprävention anzusprechen ist. Darum habe ich in der Anhörung zum Präventionsgesetz darauf hingewiesen, dass diese Verengung des Präventionsgesetzes fachlich nicht adäquat ist, worauf mir vorgehalten wurde, dass man hier nur das SGB V regeln könne. So perpetuieren sich Verengungen und letztendlich kommt es damit zu Deformationen von fachlichen Diskursen. Aber Hand aufs Herz, ich sehe recht wenig Chancen, dem Herr zu werden.

„Was macht es für einen Sinn, nur die Arzneimitteltherapie zu betrachten, aber alle Nachfolgekosten wie Hospitalisation, Reha oder Folgeschäden wie Arbeitsunfähigkeit oder -losigkeit sowie Frühverrentung zu vernachlässigen?“

Man muss auch Visionen haben dürfen. Ein Mensch muss doch von Geburt bis zur Beerdigung versorgt werden, dem ist vollkommen egal, ob das durch das SGB V, IX oder XI geschieht.

Das ist ein Petitum dafür, Patientenbeteiligung in möglichst vielen Bereichen zu etablieren. Denn Patientenbeteiligung sucht genau diesen gesamthaften Blick.

Eigentlich müsste aber doch überall der Patient im Fokus stehen. Warum dürfen die, die am System verdienen, das Geld der Versicherten unter sich verteilen, ohne den Patienten zu fragen? Oder auch nur mit Stimmrecht zu versorgen? Das ist doch hanebüchen!

Dem stimme ich durchaus zu. Doch lassen Sie uns diese Thematik in größeren zeitlichen Dimensionen betrachten. Als ich vor rund 15 Jahren angefangen habe, mich für eine Politik für Patientinnen und Patienten zu engagieren, war die Haltung der Akteure die, dass es überhaupt keine Patientenvertretung braucht.

Weil die Ärzte besser wissen, was ihre Patienten brauchen und sowieso dem Eid des Hippokrates verpflichtet sind …

… die Krankenkassen die Interessen der Versichertengemeinschaft vertreten. Das war sicher früher auch so. Doch inzwischen haben alle entwickelten Gesellschaften einer Phase der Ökonomisierung des Gesundheitswesens er- und durchlebt. Heute wird wohl niemand mehr guten Gewissens behaupten können, dass das Wohl des Patienten über allem steht; weder bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die die Berufsinteressen der Ärzteschaft in allen Gremien vertritt, noch bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder beim Spitzenverband Bund, die darauf achten, dass die wirtschaftlichen Grundlagen der durch sie vertretenen Krankenhäuser respektive Gesetzlichen Krankenkassen gewahrt bleiben.

Die Gesellschaft akzeptiert es also unhinterfragt, dass diejenigen, die am Gesundheitssystem verdienen, diejenigen sind, die am runden Tisch quasi unter sich aushandeln, mit welcher Qualität und welcher monetären Mittelverteilung versorgt wird?

Offenbar ist das noch so.

Alle beteiligten Player sind, das muss man doch mal ganz deutlich sagen, keine altruistischen Vereinigungen. Kann man den sogenannten Bänken denn trauen, das Beste für den Patienten zu wollen?

Wir leben immer noch in den Vorstellungen, die aus der Vergangenheit rühren und vertrauen auf den guten Willen, der vielen auch nicht abzusprechen ist.

Warum fordern Sie denn nicht mit noch mehr Nachdruck die Entscheidungsbeteiligung?

Das liegt einfach daran, dass wir die bisherige Mitsprache mit den uns zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln ganz gut umsetzen können, aber längst nicht den Apparat haben, wie die anderen Entscheidungsbeteiligungen.

Also liegt es nur an der Finanzierung der Patientenbeteiligung?

Es liegt sowohl an der fehlenden Finanzierung, als auch an der mangelnden Stärkung der Strukturen. Beides gehört zusammen. Wir bekommen zwar mit jedem Reformgesetz etwas mehr Beteiligungsrechte, aber meist nicht mehr Budget. Wie aber wollen Patientenvertreter mit unserem schmalen Budget auf Basis ehrenamtlicher Arbeit mit KBV, DKG und GKV-Spitzenverband interagieren?

Das nennt man dann Augenhöhe oder gleichlange Spieße.

Letztendlich muss die Politik sich dazu bekennen, Patienten als gleichwertige Akteure im System strukturell zu stärken. Das ist ein Paradigmenwechsel, den damit wird der Patient vom Empfänger, quasi Bittsteller, zum Akteur, der im Systeminteresse tätig ist. Die Gesellschaft, vor allem die Politik, muss erkennen, dass man für eine ausgewogene, zukunftsfähige und faire Steuerung des Gesundheitswesens genau diesen Akteur braucht, weil Patienteninteressen eben in einer Ära reinen Wettbewerbs nur von Patienten selbst repräsentiert werden können.

Wer finanziert denn die Mitarbeiterstäbe des G-BA, der KBV, der DKG und des GKV-Spitzenverbands. Das sind doch die Patienten und Arbeitgeber mit ihren Beiträgen.

Es ist völlig absurd, dass die Patientenvertretung die schwächsten Ressourcen hat. Der Gesetzgeber hat zwar, was ja auch schon ein Fortschritt im Vergleich zu früher ist, eine Stabsstelle mit Sitz beim G-BA eingerichtet, aber die ist mit ihren fünf Mitarbeitern bei weitem nicht vergleichbar zu dem, was an Stäben auf der gegenüberliegenden

Straßenseite in der Wegelystraße in den Gebäuden der KBV und der DKG sitzt. Darum können wir uns derzeit auch nur - so gut es eben geht - in möglichst vielen Feldern einbringen und versuchen mitzureden.

„Es ist völlig absurd, dass die Patientenvertretung die schwächsten Ressourcen hat."

Kann man wirklich auf Augenhöhe mitreden? Oder bleibt nicht viel mehr als der gesunde Menschenverstand, den man einbringen kann?

Es gibt durchaus gute Fortbildungsmöglichkeiten für Patientenvertreter in Deutschland. Darum ist bei uns das methodische Wissen in den letzten zehn Jahren enorm gewachsen. Arzneimittelstudien oder Studien zur Bewertung von Behandlungsmethoden können Patientenvertreter inzwischen ganz gut einschätzen und beurteilen. Das ist nicht mehr so das Problem. Was uns noch fehlt, ist ein ausreichender Datenzugang und eine hinreichende Arbeitsstruktur zur Umsetzung der Datenarbeit. Denn die Krankenkassen und die Ärzteschaft sitzen auf wahren Datenschätzen und können mit Hilfe dieser Daten strategisch viel besser arbeiten und ihre Anträge besser unterlegen. Dazu aber fehlt uns der Apparat, das Know-how und der Datenzugang.

Letzteren könnten Sie beantragen.

Dann aber braucht man Leute, die diese Daten auswerten. Letztlich stoßen wir immer auf die Frage einer ausreichenden Manpower. Uns fehlt derzeit einfach der nötige Unterbau.

Ehrenamt heißt im Endeffekt auch Selbstausbeutung.

Wenn man koordinierend im Bereich der Patientenbeteiligung tätig wird, ist das ein Vollzeitjob. Ich bin immer wieder verblüfft, wie viele Menschen es doch gibt, die das trotzdem machen. Oftmals sind das Menschen, die entweder im Ruhestand oder berufsunfähig sind, weil sie eben aufgrund ihrer Erkrankung in ihrem normalen Job nicht mehr berufstätig sein können, die sich aber entsprechend ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten einbringen wollen.

Herr Dr. Danner, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Dr. Martin Danner

Dr. Martin Danner ist seit 2008 Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe und Sprecher des Koordinierungsausschusses der Patientenvertretung der DBR/BAG Selbsthilfe im Gemeinsamen Bundesausschuss. Von 2001 bis 2008 war er Referatsleiter der BAG, davor als Rechtsanwalt mit Schwerpunkt Arzthaftungsrecht tätig. Er studierte in Bremen und Heidelberg Rechtswissenschaften.

Diskussionen zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

Wenn Qualität auf einmal zum Planungsfaktor wird

Der Entwurf für das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), das die Behandlungsqualität und die Versorgungssicherheit in den Kliniken verbessern soll, wird grundsätzlich begrüßt, jedoch werden von vielen Seiten Nachbesserungen gefordert. Mit dem Gesetz, das bereits zum 1. Januar 2016 inkraft treten soll, sollen bestimmte Eckpunkte umgesetzt werden, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 5. Dezember 2014 nach über sechsmonatiger Beratung zur Krankenhausreform vorgelegt hat. Anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit im September bezogen Institutionen, Vereine und Verbände Stellung.

>> Nach Willen der Politik sollen künftig als Maßstab der Krankenhausvergütung auch Qualitätsaspekte herhalten. Der Grundgedanke klingt recht trivial: Gute Qualität wird mit Zuschlägen honoriert, Mängel hingegen mit Abschlägen bestraft. Doch so einfach ist das nicht, wie diverse Einwürfe zeigen, die nach Bekanntwerden des Gesetzesentwurfs zum Krankenhausstrukturgesetz, kurz KHSG, aufkamen. Der AOK-Bundesverband betont beispielsweise, dass Vergütungsabschläge für schlechte Qualität sowohl aus Patienten- als auch aus Krankenkassensicht nicht geeignet seien, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität herbeizuführen. Der AOK BV geht sogar noch weiter, indem er fordert, dass kontinuierlich schlechte Qualität die Konsequenz haben müsse, dass Leistungen gar nicht mehr erbracht werden dürften.

Auch der Verbraucherzentrale Bundesverband sieht die Abschläge kritisch, da seiner Ansicht nach statt einer verbesserten Versorgung eher ein gegenteiliger Effekt erzielt werde. Der Bundesverband schlägt darum vor, alle Häuser vorab mit einem Abzug zu belegen und in der Folge den besten Kliniken dann entsprechende Aufschläge zu gewähren.

Damit aber die Qualität überhaupt als weiteres Kriterium Einzug in die Krankenhausplanung und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung halten kann, müssen die entsprechenden Indikatoren erst gefunden werden. Mit dieser Aufgabe will die Politik den G-BA beauftragen. Dieser soll nun Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickeln, die sich – so die gesetzlich formulierte Aufgabe – als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder eignen; anders als die bisherigen Qualitätsindikatoren, die im Prinzip nur zum Benchmarking dienten.

Weiters sollen die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse den Planungsbehörden der Länder zugänglich gemacht werden, was durchaus weitreichende Konsequenzen haben kann. Denn eine qualitativ minderwertige Leistungserbringung eines Krankenhauses kann sich dann auf Aufnahme und Verbleib im Krankenhausplan des Landes auswirken. Das ist ein Ansatz, den zum Beispiel der Sozialverband VdK begrüßt, aber gleichzeitig bemängelt, dass es den Krankenhäusern nach wie vor freistehe, die Qualitätsindikatoren heranzuziehen, sodass damit eine generelle Neuausrichtung nicht erreicht werden könne. Der VdK fordert darum bundeseinheitliche Qualitätsmindeststandards.

Der Gesetzentwurf sieht zur weiteren Stärkung der Qualität für vier vom G-BA ausgewählte planbare Leistungen vor, den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit zu geben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Damit soll erprobt werden, inwieweit sich die weitere Verbesserung der Versorgung durch Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Der BKK Dachverband beispielsweise begrüßt dieses Instrument, während die Gewerkschaft ver.di sich gegen die Implementierung der Qualitätsverträge ausspricht,

da sie insgesamt den Vorrang bei Kollektivverträgen der Verbände der Krankenkassen mit den Krankenhäusern sieht, aber einen Wettbewerb im Rahmen von Versorgungsverträgen über stationäre Leistungen ablehnt.

Auch soll das Instrument der Sicherstellungszuschläge, das bei Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs auch innerhalb eines nicht als unterversorgt geltenden Versorgungsbezirkes gezahlt werden kann, im Gesetz präzisiert werden. „Wir sichern gut erreichbare Grundversorgung, wo es schnell gehen muss – bei einem Unfall oder bei bestimmten Erkrankungen – indem wir dann mit Sicherstellungszuschlägen das Angebot in der Fläche auch wirklich sichern", verspricht Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Der GKV-Spitzenverband hingegen empfiehlt die Schließung von Krankenhäusern, um die Patientenversorgung grundsätzlich zu verbessern. „Vor allem Kliniken, die unzureichend Qualität liefern, sollten vom Netz genommen werden", macht der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Johann-Magnus v. Stackelberg deutlich.

Krankenhausfinanzierung

Eine weitere Großbaustelle des KHSG ist die Krankenhausfinanzierung. Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), spricht sich – wie übrigens auch der Bundesrat – dafür aus, dass der Versorgungszuschlag, den die Kliniken seit 2013 erhalten, beibehalten wird. Mit einer Abschaffung im Jahr 2017 würden den Krankenhäusern 500 Millionen Euro entzogen, und das sei weit mehr, als über das Förderprogramm bereitgestellt werde. Statt gestrichen zu werden, müsse der Versorgungszuschlag in die Landesbasisfallwerte übergehen. „Bei den Reformplänen fehlt eine umfassende Finanzierungsstrategie", erklärt sie, und fordert: „In Anbetracht der zu erwartenden Kosten in Höhe von mehr als acht Milliarden Euro bis 2020 muss dies dringend nachgeholt werden." Elsner wehrt sich aber auch gegen die ihrer Meinung nach übersteigerten Ansprüche der Leistungserbringer: „Die Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft gehen da erheblich zu weit."

Damit antwortet Elsner der DKG, die generell die Reform als „Verkennung der Lage" bezeichnet. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG, positioniert sich gegenüber den Krankenkassen: „Die finanziellen Auswirkungen der Krankenhausreform werden von den Kassen völlig falsch eingeschätzt und hoffnungslos übertrieben dargestellt." Wer behaupte, die Reform würde im Zeitraum bis 2020 rund 5,3 Milliarden Euro zusätzliche Mittel in die Kliniken bringen, müsse dazu sagen, dass bei dieser Art der Rechenmethode in der gleichen Zeit die Beitragseinnahmen der Krankenkassen um 100 Milliarden Euro steigen würden.

Die DKG fordert aber nun ihrerseits, dass Regelungen zu treffen seien, um erstens Tarifsteigerungen des Personals leichter in den Kosten einpreisen zu können und zweitens die ambulante Notfallversorgung besser bezahlt zu bekommen. An der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser erhalten aktuell in Abhängigkeit der vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge. DKG-Präsident Reumann moniert nun, dass derzeit 32 Euro für eine Notfallbehandlung gezahlt werde. „Damit können die Vorhaltungskosten der Ambulanzen nicht ansatzweise gedeckt werden." Pro Fall geht er von einem Defizit von rund 88 Euro aus. Die vorgesehene Halbierung des Investitionskostenabschlags in der Notfallversorgung von 10 auf 5 Prozent werde nur minimal die finanzielle Lage bei der Erbringung ambulanter Notfallleistungen an den Kliniken verbessern.

Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband will hingegen die Notfallversorgung besser konzentriert wissen. Es sei besser, an wenigen Stellen hochqualifizierte Notfallzentren einzurichten, statt Notfälle in allen Ambulanzen behandeln zu lassen.

Im Gegensatz zu den Betriebskosten, für die die Krankenkassen aufkommen, werden die Investitionskosten durch die Bundesländer finanziert. Ver.di klagt die Länder an, die entgegen ihrer gesetzlichen Pflichten aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) weniger als die Hälfte der erforderlichen Investitionen zahlten, sodass die Krankenhäuser Investitionen aus den Erlösen der Krankenversorgung abzweigen müssten.

DKG-Präsident Thomas Reumann beanstandet zudem, dass die Reform wichtige Aspekte völlig unberührt lasse, unter anderem die Frage der Investitionskostenfinanzierung: „Sechs Milliarden Euro werden dafür benötigt, nur drei Milliarden Euro bringen die Länder aber auf." Gleidchzeitig rügt er, dass der Gesetzgeber dafür keine Lösung finde, ja sich nicht einmal mit dem Thema beschäftige. Auch DKG-Hauptgeschäftsführer Baum kritisiert, dass das Bundesgesundheitsministerium in seinem Gesetzentwurf von 5,4 Milliarden Euro spricht, die den Krankenhäusern mit der Reform zur Verfügung gestellt würden: „Manches davon kommt gar nicht bei den Krankenhäusern an, zum Beispiel die 500 Millionen Euro, die der Bund maximal für den Strukturfonds einplant." Zudem seien darin die Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm enthalten. „Was nützen uns Zuschüsse für 6.000 neue Mitarbeiter, wenn wir die Tarifsteigerungen für 1,2 Millionen Mitarbeiter nicht bezahlen können?", fragt Baum. „Die Verbesserungsleistungen, die die Koalition im Gesetzentwurf ausweist, stehen in keiner Relation zu den Basisproblemen der Krankenhäuser."

Strukturfonds

Damit der Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung, wie etwa die Umwandlung von Krankenhäusern in Gesundheits- und Pflegezentren oder Hospize finanziert werden können, soll nach Wortlaut des vorliegenden Gesetzentwurfs ein Strukturfonds eingerichtet werden. Der Fonds werde mit 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet. Die Länder sollen sich in gleicher Höhe beteiligen, sodass insgesamt ein Betrag von 1 Milliarde Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung steht. Jedem Land stehen Mittel aus dem Fonds nach dem Königssteiner Schlüssel zu. Welche Projekte gefördert werden, entscheidet das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden. Der AOK Bundesverband moniert hier, dass eine Bundesbeteiligung über Steuermittel nicht stattfinde. Auch die nur freiwillige Beteiligung der PKV sei nicht sachgerecht, da die geförderten Strukturverbesserungen auch den privatversicherten Krankenhauspatienten zugute kämen. Daher sei es sachlich geboten, dass sich die PKV obligatorisch an dieser Aufgabe entsprechend ihrem Versichertenanteil mit einem angemessenen Beitrag an den Gesamtkosten beteilige.

Der vdek mahnt hingegen an, dass durch den Strukturfonds alleine die notwendigen Konzentrations- und Umstrukturierungsmaßnahmen nicht umgesetzt werden können und daher in Zukunft die Krankenhausplanung der Länder, Krankenkassen und Krankenhausträger mit dem Strukturfonds einhergehen müsse. Auch der AOK Bundesverband stellt fest, dass das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder im Gesetzentwurf nicht gelöst werde. Es bleibe dabei, dass die Länder jährlich knapp drei Milliarden Euro zu wenig für Investitionen in der stationären Versorgung bereitstellten. „Das KHSG geht in einigen wichtigen Punkten auf die schlechte Lage der Krankenhäuser ein, indem es Rahmenbedingungen schafft, mit denen die Krankenhäuser umgehen können", meint Boris Augurzky vom RWI. Zunächst werde sich eine leichte finanzielle Verbesserung einstellen, bis zum Jahr 2020 werde sich die Lage der Krankenhäuser allerdings weiter verschlechtern. <<

von: Kerstin Müller