



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

KRANKENHAUSREFORM

SPEZIAL

Patient Klinik

+++ Diagnosen, Rezepte, Therapien

STARTSCHUSS Qualität statt Quantität von Stefan Grüttner	3
ÜBERBLICK Mehr Mut zur Verbindlichkeit von Jürgen Malzahn	4
INTERVIEW »Mehr Pflegekräfte ans Krankenbett« Fragen an Cornelia Prüfer-Storcks	7
QUALITÄTSSICHERUNG Weniger Aufwand, mehr Ertrag von Günther Heller	8
STUDIEN Zwischen Mangel und Überfluss von Jürgen Wasem, Antonius Reifferscheid, Dominik Thomas und Nathalie Pomorin	10
REGISTER Daten sammeln für mehr Sicherheit von Gerold Labek	11
NOTFALLVERSORGUNG Software vernetzt Lebensretter von Maria Sinjakowa	12
Erste Hilfe für die Notfallversorgung von Claus Fahlenbrach	13
NAVIGATOR Der Klick zur passenden Klinik von Claus Fahlenbrach und Christian Günster	14
INTERVIEW »Die richtigen Leitplanken setzen« Fragen an Rainer Striebel	15
INVESTITIONSFÖRDERUNG Kein alter Hut von Martin Albrecht	16
BEISPIELE AUS DEN AOKS Behandlung aus einem Guss	18
Brief und Siegel für gute Qualität	18
Welche Klinik passt zu mir?	19
Info-Service für Orthopäden	19
PERSPEKTIVEN	20

- *Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem (Hrsg.)*
Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel
Schattauer, Stuttgart 2015
- *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*
Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014
Zum kostenlosen Download unter www.svr-gesundheit.de → Gutachten
- *Bert Rürup, Martin Albrecht, Christian Igel, Bertram Häussler*
Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
IGES Institut, Berlin 2008
- *Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.)*
Mengenerwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes
Unter www.gkv.spitzenverband.de → Presse → Pressekonferenzen/-gespräche → 29.5.2012 → Dokumente gibt es das Gutachten zum Download.
- www.bmg-bund.de
Website des Bundesministeriums für Gesundheit. Unter → *Ministerium* → *Meldungen* → 05.12.2014 finden Sie die Informationen zu den Eckpunkten der Krankenhausreform sowie das Eckpunktepapier zum Download.
- www.aok-gesundheitspartner.de
Das Internetportal der AOK für Leistungserbringer. In der Rubrik *Krankenhaus* finden Sie unter anderem Informationen zu Entgeltsystemen und zur Gesetzgebung sowie den kostenlosen Newsletter „*Klinik kompakt*“.
- www.aok.de/krankenhausnavi
Das Portal von AOK und Weisser Liste zur Krankenhaussuche mit umfangreichen Informationen für Patienten und Ärzte.
- www.blickpunkt-klinik.de
Der kostenlose Krankenhaus-Newsletter des AOK-Bundesverbandes zum Download und zum Abonnieren.
- www.qualitätssicherung-mit-routinedaten.de
Website des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiIdO) rund um das Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR).
- www.eprd.de
Website des Endoprothesenregister Deutschland mit ausführlicher Projektbeschreibung und Informationen für Kliniken und Patienten.

Qualität statt Quantität

Zuschläge für gute Behandlungsergebnisse, ein Sonderprogramm für mehr Pflegekräfte und ein Milliardenfonds für den Umbau der Kliniklandschaft – die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform können sich sehen lassen, meint Stefan Grüttner.



Die stationäre Versorgung ist in Deutschland sehr gut, das wird allgemein anerkannt. Dennoch kann sie besser werden. Zu Recht werden mangelnde Transparenz über die Qualität der Leistungserbringer, teilweise Überversorgung und unnötige Operationen beklagt.

Daher war es erforderlich, nach der erfolgreichen Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG) nun den nächsten Schritt zu einer großen Krankenhausreform zu machen. Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition hat diese Reform umrissen und einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Auftrag gegeben, die Einzelheiten festzulegen. Die nun vorliegenden Eckpunkte, die gemeinsam von Bund, Ländern und Regierungsfractionen beschlossen wurden, sind eine ausgezeichnete Grundlage für das kommende Gesetzgebungsverfahren.

Wesentlicher Teil des umfangreichen Pakets ist eine Qualitätsoffensive. Qualität soll endlich Berücksichtigung bei den Einzelentscheidungen der Krankenhausplanung finden können. Hierfür gab es bislang keine ausreichende gesetzliche Grundlage, da Qualitätsvorschriften zwar im Sozialgesetzbuch (SGB V), nicht aber im Krankenhausgesetz enthalten sind. Das wird sich ändern. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird ergänzend einheitliche planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickeln und hierzu auch Bewertungskriterien vorlegen. Qualität soll auch eine Rolle bei der Vergütung spielen können, durch Zuschläge für ausgezeichnete Leistungen, aber auch durch rückwirkende Abschläge mit anschließendem Leistungsverbot für

nicht akzeptable Qualität. Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ergänzende Qualitätsverträge abzuschließen, diese könnten in der Zukunft eine Blaupause für erweiterte selektivvertragliche Möglichkeiten sein.

Im DRG-System werden die bisherigen Fehlanreize zur Mengensteigerung beseitigt. Das Zweitmeinungsverfahren soll zusätzlich dazu beitragen, dass überflüssige Eingriffe vermieden werden. Hochwertige Leistungen, notwendige Vorhaltungen in der Notfallversorgung und für die Versorgung erforderliche Standorte werden dagegen gestärkt. Ein Pflegestellenonderprogramm soll zudem dazu dienen, dass die „Pflege am Bett“ ausreichendes Personal vorhalten kann.

Der Koalitionsvertrag hat das Thema Investitionsfinanzierung ausgeklammert. Dennoch ist es gelungen, einen Fonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu verabreden. Hierdurch können die weiterhin notwendigen Konzentrationsprozesse der Kliniken unterstützt werden. Mir ist bewusst, dass das Problem unzureichender Investitionsmittel hierdurch nicht gelöst wird, mehr war aber im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht machbar.

„Qualität statt Quantität“, das ist, auf eine kurze Formel gebracht, die Essenz unseres Reformvorhabens. Ich freue mich, dass das vorliegende Heft dem Thema breiten Raum gibt.

Stefan Grüttner

Hessischer Minister für Soziales und Integration (CDU)



Mehr Mut zur Verbindlichkeit

Der ganz große Wurf ist der Bund-Länder-Kommission mit ihren Eckpunkten zur Krankenhausreform nicht gelungen. So führen zwar viele kleine Einzelschritte in die richtige Richtung. Doch etwas mehr Mut hätte dem Vorhaben insgesamt gutgetan, meint **Jürgen Malzahn**.

Die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform, die im Dezember 2014 veröffentlicht worden sind, enthalten kaum Überraschungen. Die Fachleute von Bund und Ländern haben sich in ihrem Papier eng an der Koalitionsvereinbarung orientiert. Die einzige wesentliche Neuerung ist der geplante Strukturfonds, der den notwendigen Umbau der deutschen Krankenhauslandschaft unterstützen soll. Krankenkassen und Länder sollen ihn je zur Hälfte finanzieren. Dieser grundsätzlich richtige Schritt ist in seiner Ausgestaltung kennzeichnend für die gesamten Eckpunkte: Einmalig wird bis zu eine Milliarde Euro für die Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft zur Verfügung gestellt. Doch damit kann der Umbau allenfalls begonnen werden – Nachhaltigkeit sieht anders aus. Für den Umbau der Krankenhauslandschaft werden Mittel in Aussicht gestellt, aber eine klare Zweckbindung und Verbindlichkeit im Rahmen eines Gesamtkonzepts sind in den Eckpunkten nur schwer erkennbar.

Qualitätsanspruch ohne Hintertürchen. Stattdessen finden sich in dem Papier zahlreiche kleine, unverbundene Schritte, mit denen Qualität als Leitmotiv für die Reform der Krankenhauslandschaft und -vergütung etabliert werden soll. Das Vorhaben der Bund-Länder-AG, Qualität als ein Kriterium für die Krankenhausplanung einzuführen, entspricht den Forderungen der AOK. Die Eckpunkte sehen vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beauftragt werden soll, bis Ende 2016 Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung zu entwickeln. Allerdings werden die Länder nicht verpflichtet, diese Qualitätskriterien auch tatsächlich als Mindeststandards einzuhalten und anzuwenden. Abweichungen nach unten oder eine völlige Nichtbeachtung der Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung sind also möglich. An dieser Stelle geht das Eckpunktepapier nicht weit genug, denn Qualität ist keine regional unterschiedlich zu berücksichtigende Planungs- und Vergütungsdimension des Gesundheitswesens. Sie muss verbindlich, auf hohem Niveau und nach wissenschaftlichen Kri-

Die Große Koalition hat die Chance, die stationäre Versorgung grundsätzlich zu reformieren.

terien implementiert werden. Wenn jetzt auf Basis der Eckpunkte ein Gesetz erarbeitet wird, muss es darum gehen, hinsichtlich der Qualitätsvorgaben für die Kliniken diese Verbindlichkeit festzuschreiben. Auch was den Zeitplan für die Umsetzung der qualitätsorientierten Planung und Versorgung anbetrifft, sollte die Politik mutiger sein. Diese Umsetzung darf nicht zu weit in die Zukunft verschoben werden, während auf der anderen Seite die Kostenbelastungen für die Versicherten schon kurzfristig anstehen. Denn sicher ist bisher nur, dass die Reform zu erheblichen Mehrbelastungen der Versichertengemeinschaft führen wird. Die Schätzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe liegt bei zusätzlichen 3,7 Milliarden Euro bis 2018; daraus könnten aber durchaus 4,5 bis 5 Milliarden Euro werden. Auch hier hängt vieles von der gesetzlichen Ausgestaltung ab.

Ein wesentliches Versäumnis der Eckpunkte ist, dass sie keine Antwort auf das Problem der rückläufigen Finanzierung von notwendigen Investitionen durch die Länder geben. Hierfür wird nicht einmal eine mittelfristige Perspektive geschaffen. Die Fördersummen der Länder sinken jedes Jahr. Angesichts der Aussicht auf die Schuldenbremse und andere Herausforderungen für die Landeshaushalte werden sie nicht ansteigen, wenn es in diesem Bereich keine zukunftsweisenden Neuregelungen gibt. Hier besteht also weiterhin Handlungsbedarf.

Gute Ansätze für bessere Versorgung. Bei den Schritten zur Stärkung der Qualität in der Krankenhausplanung und -vergütung finden sich viele positive Ansätze. So ist das klare Bekenntnis zu einer rechtlich belastbaren Mindestmengenregelung uneingeschränkt zu begrüßen. Auch dass die Einhaltung von Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Zentralisierung von Leistungen betont werden, weist in die richtige Richtung. Dabei ist es konsequent, die Einhaltung von Vorgaben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen zu lassen und für den Fall, dass Normen verletzt werden, eine Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung auszuschließen. Nur in dieser Kombina-

tion wird sichergestellt, dass die beabsichtigte Optimierung der Versorgung die Versicherten auch auf breiter Front erreicht und nicht auf das Niveau unverbindlicher Empfehlungen reduziert wird.

Notwendig oder verzichtbar? Bei der Reform der Notfallversorgung und der Ausgestaltung von Sicherstellungszuschlägen ist es bemerkenswert, dass die Länder eine Differenzierung zwischen bedarfsnotwendigen und verzichtbaren Standorten vornehmen werden. Damit wird klar, welche Krankenhausstandorte grundsätzlich keinen Anspruch auf Sicherstellungszuschläge haben und sich im Fall wirtschaftlicher Probleme für den Strukturumbau anbieten. Die Ausführungen in den Eckpunkten weisen explizit auf die enge Ausrichtung der Sicherstellungszuschläge hin. Zu wünschen wäre, dass durch die Reform der Vergütung für die Teilnahme an der Notfallversorgung auf Sicherstellungszuschläge ganz oder zumindest weitgehend verzichtet werden könnte. In jedem Fall zeigen die Eckpunkte, dass über Sicherstellungszuschläge keine amorphe Grundversorgung ohne engen Bezug zur Notfallversorgung finanziert werden soll. Für planbare medizinische Eingriffe sind Qualitätsaspekte statt Erreichbarkeitskriterien entscheidend.

Einschränkend ist anzumerken, dass bei Zentren zwar eine sichere Ausgabensteigerung unterstellt, die Ausgestaltung aber auf der Landesebene vorgenommen wird. Dies konkurriert mit Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und der gesetzlich geplanten Rolle des neuen Instituts für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Bei diesem Thema muss im Gesetz mehr Klarheit geschaffen werden: Erweiterte Beteiligungsrechte der Länder bei der Beschlussfassung im Gemeinsamen Bundesausschuss sollten mit zeitnahen Umsetzungsverpflichtungen kombiniert werden. Mit Korridorlösungen ließen sich dabei Gestaltungsspielräume eröffnen, ohne die medizinisch erforderliche Mindestqualität zu unterschreiten. Außerdem würde dadurch auch klargestellt, dass die Versorgung in Zentren Exklusivitätscharakter erhält und keine Differenzierung der medizinischen Versorgung in unterschiedliche Qualitätsniveaus etabliert werden soll.

Erheblicher politischer Druck. Wenig Vertrauen erwecken die Planungen, den Korridor für den Bundesbasisfallwert anzupassen und die Mengendegression von der Landes- vollständig auf die Ortsebene zu verlagern. Da letztere kostenneutral erfolgen und damit basiswirksam sein muss, sind Mehrleistungsabschläge in erheblicher Höhe auszugestalten. Diese benötigen eine deutliche gesetzliche Mindestvorgabe und müssen zudem un-



Uwe Deh ist Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes.

Sind mit den vorliegenden Eckpunkten die Weichen für die Entwicklung der stationären Versorgung jetzt richtig gestellt?

Die Weichen mögen ja richtig gestellt sein, aber es fehlt noch der Dampf, um den dringend notwendigen Umbau der Kliniklandschaft in Gang zu setzen. Immerhin: Die Regierung hat den Handlungsbedarf klar artikuliert und die Ausrichtung auf Qualität als Leitmotiv ist richtig. Vieles an den Eckpunkten ist momentan aber leider nur Stückwerk. Zu welchem Gesamtbild sich die verschiedenen Puzzleteile am Ende des Tages zusammenfügen, ist noch offen.

Dies ist insbesondere dann gefährlich, wenn beispielsweise Länder für sich Ausnahmeregelungen zum Unterschreiten von Mindeststandards einfordern. Es muss doch genau das Gegenteil geschehen: Die Qualitätsstandards müssen bundesweit gelten und die Länder sollten den Anreiz setzen, dass Kliniken diese Standards toppen. Mit den Eckpunkten werden die Beitragszahler schon jetzt zu einer Milliardeninvestition verpflichtet. Damit von der Reform nicht einfach nur eine sehr große Finanzspritze für die Kliniken übrigbleibt, muss sichergestellt werden, dass Patienten und Beitragszahler tatsächlich einen Nutzen von der Reform haben.

Das Thema Qualität soll künftig auch bei der Krankenhausplanung eine wichtige Rolle spielen. Gehen die Eckpunkte da weit genug?

Mit der Einführung von Qualität als Kriterium für die Planung der Länder wird ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Mit den vorgesehenen Zu- und Abschlägen für Qualität wurde dann aber der falsche Ansatz gewählt. Richtig wäre es, für schlechte Qualität gar kein Geld auszugeben. Krankenhäuser, die bei bestimmten Eingriffen dauerhaft schlechte Qualität liefern, sollten diese Leistungen also gar nicht mehr erbringen dürfen. Dass Mindestmengen rechtssicher ausgestaltet werden und man damit beispielsweise die medizinische Versorgung von Frühgeborenen verbessert, ist wiederum ein echter Fortschritt.

Die mangelhafte Finanzierung der Kliniken durch die Länder ist in den Eckpunkten kein Thema. Können Sie damit leben?

Nein, das bleibt ein brennendes Problem, dem die Politik auf die Dauer nicht ausweichen kann. Die Länder haben sich in den Eckpunkten nicht auf eine bestimmte Investitionsquote verpflichten lassen, sondern legen sich lediglich auf den Durchschnitt ihrer Ausgaben in den Jahren 2012 bis 2014 fest. Es bleibt also dabei, dass die Länder jährlich etwa drei Milliarden Euro zu wenig für Investitionen in der stationären Versorgung ausgeben. ■



befristet gelten. Dies wird zu erheblichem politischem Druck führen, weil nur Krankenhäuser mit Mehrleistungen in die Pflicht genommen werden, während Kliniken ohne Mengensteigerungen ihre Produktivitätsgewinne komplett behalten können. Umfangreiche Strukturreformen auf der einen Seite, eine kostenneutrale Verlagerung der Mengensteuerung auf die Ortsebene auf der anderen – das ist schlecht vereinbar. Am Horizont zeichnet sich schon heute eine neue Debatte über Vergütungsungerechtigkeiten ab. Und all dies darf am Ende nicht zu weiteren Mehrausgaben führen, die ausschließlich auf das Konto der Versicherungsgemeinschaft gehen. Es ist daher gut begründet, erst den Strukturumbau umzusetzen und anschließend über einen Verzicht der Degression auf den Landesbasisfallwert zu diskutieren. Die Unterscheidung zwischen gewollten Strukturveränderungen und medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengensteigerungen ist in der Praxis schwer zu leisten und führt zu schwer kalkulierbaren Ausgabenrisiken.

Qualität duldet keinen Aufschub. Die Große Koalition hat die Chance, durch die Implementierung von Qualität in die Krankenhausplanung und -vergütung die stationäre Versorgung grundsätzlich zu reformieren. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat dafür positive Impulse gesetzt. Bei der Umsetzung des Gesetzes kommt es jetzt darauf an, dass den milliardenschweren Investitionen, die Bund und Länder kurzfristig von den Beitragszahlern erwarten, tatsächlich verbindliche und flächendeckende Verbesserungen der Qualität gegenüberstehen – und das nicht erst in fünf Jahren. Es existieren schon heute ausreichend sichere Erkenntnisse über die Versorgungsqualität, die ohne Zeitverzug in Maßnahmen umgesetzt werden können. Beispielsweise gibt es belastbare Hinweise darauf, dass Krebspatienten in Zentren, die nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert sind, bessere Behandlungsergebnisse haben als in anderen Kliniken. Und für die Versorgung von sehr leichten Frühgeborenen oder die Hüftendoprothetik ist schon lange ein Zusammenhang zwischen der Zahl der durchgeführten Eingriffe und der Qualität der Behandlung nachgewiesen.

Das Gesetzgebungsverfahren hat mit dem Eckpunktpapier begonnen – nun gilt es, im weiteren Verlauf die angesprochenen Kritikpunkte zu beseitigen, damit die angestrebte qualitätsorientierte Krankenhausreform auch wirklich erreicht wird. ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation im AOK-Bundesverband.

Kosten der Krankenhausreform

Mehrausgaben laut Schätzungen der Arbeitsgruppe von Bund und Ländern:

Maßnahme	Finanzwirkung (in Mio. Euro)		
	2016	2017	2018
Qualitätszu- und -abschläge	-	60	60
Sicherstellungszuschläge	-	100	100
Zentrumszuschläge	200	200	200
Berücksichtigung der Mehrkosten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses	100	100	100
Weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte	80	70	60
Verlagerung der Mengenberücksichtigung von Landes- auf Hausebene	-	140	280
Pflegestellenförderprogramm für die Pflege am Bett	110	220	330
Verbesserungen bei Ermächtigungsumfang und Vergütung der Hochschulambulanzen sowie Begrenzung des Investitionskostenabschlags für Hochschulambulanzen	265	265	265
Begrenzung des Investitionskostenabschlags für andere Krankenhausambulanzen	40	40	40
Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (einmalig 500 Mio. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve; mit hälftiger Finanzierung aus Landesmitteln bis zu insgesamt 1 Mrd. Euro)	rund 100 Mio. Euro pro Jahr zuzüglich Ländermittel in gleicher Höhe		

Die Arbeitsgruppe von Bund und Ländern hat in ihren Eckpunkten zur Krankenhausreform die geschätzten Mehrkosten für die Kostenträger dargestellt. Sie rechnet – ausgehend von den Kosten im Jahr 2015 – mit zusätzlichen Ausgaben in Höhe von insgesamt rund 3,7 Milliarden Euro bis 2018. Dem stünden jedoch „erhebliche Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe“ durch Struktureffekte wie eine Verstärkung der Mengensteuerung gegenüber. Diese könnten aber nicht genau quantifiziert werden. *Quelle: Eckpunkte Bund-Länder-AG*



»Mehr Pflegekräfte ans Krankenbett«

Eine Milliarde für den Strukturwandel der Kliniken, bis zu 7.000 zusätzliche Pflegekräfte und Vorfahrt für die Qualität – **Cornelia Prüfer-Storcks** ist mit den Eckpunkten zur Krankenhausreform zufrieden.

Die Bund-Länder-AG hat ihre Eckpunkte zur Klinikreform vorgelegt. Was bedeuten sie für die Patienten?

Die Reform bringt ihnen mehr Sicherheit und eine bessere Behandlungsqualität. In Zukunft machen nicht mehr alle Krankenhäuser alles, sondern das, was sie gut können. Und wir bringen mehr Pflegekräfte ans Krankenbett. Das ist eine spürbare Verbesserung, die direkt bei den Kranken ankommt und das Personal entlastet. Mit den 660 Millionen Euro des Pflegestellen-Sonderprogramms können bis zu 7.000 zusätzliche Stellen geschaffen werden. Gegen die Mengenausweitung bei planbaren Operationen gehen wir unter anderem mit dem Zweitmeinungsverfahren vor Operationen an. Es kommt vor allem den Patienten zugute, wenn nicht unnötig operiert wird. Wichtig ist außerdem, dass Kliniken künftig eine Vergütung erhalten, die den tatsächlichen Behandlungsaufwand besser berücksichtigt. Denn die Behandlung der gleichen Erkrankung, etwa eines Knochenbruchs, erfordert bei einem demenzkranken älteren Patienten deutlich mehr Aufwand als bei einem 30-Jährigen. Und wir fördern die Hochleistungsmedizin, indem wir Hochschulambulanzen, spezialisierte Versorgungszentren und die aufwändige Notfallversorgung besser bezahlen.

Die gemeinsame Selbstverwaltung wird mit vielen Details beauftragt. Wird sie ihre Hausaufgaben machen?

Das Jahr 2015 ist für das Gesetzgebungsverfahren vorgesehen. Zum 1. Januar 2016 soll die Reform dann in Kraft treten. Die Selbstverwaltung kennt diese zeitlichen Vorgaben für die Erfüllung ihrer

Aufgaben. Sollte sie die nicht einhalten, könnte ein Schiedsverfahren eingeleitet werden.

Ein Strukturfonds von einer Milliarde Euro soll den Bettenabbau beschleunigen. Reicht diese Summe?

Ich bin froh, dass die Länder den Strukturfonds überhaupt durchsetzen konnten, denn er stand nicht im Koalitionsvertrag. Die SPD-regierten Länder haben darüber hinaus eine Beteiligung

» In Zukunft machen nicht mehr alle Krankenhäuser alles, sondern das, was sie gut können.«

des Bundes von 500 Millionen Euro aus Steuermitteln gefordert. Mit dann 1,5 Milliarden wäre mehr zu bewegen.

Was muss sich in der stationären Versorgung insgesamt ändern?

Wir wollen die Probleme angehen und nicht weiter mehr Geld in überholte Strukturen stecken. Es vergeht keine Woche, in der nicht über zu viele Krankenhäuser, zu viele OPs, mangelnde Hygiene, überlastetes Personal und unzureichende Finanzierung berichtet wird. Dabei gibt es beunruhigende Trends: Wenn die Zahl der Wirbelsäulen-OPs bundesweit von 2005 bis 2011 von 87.000 auf 230.000 gestiegen ist, liegt das nicht nur an der alternden Bevölkerung und dem medizinischen Fortschritt. Und wenn eine Pfl-

gekräft in Deutschland neun Patienten, aber in den Niederlanden weniger als die Hälfte versorgen muss, beeinflusst das die Patientensicherheit. Andererseits hat sich die Finanzlage vieler Häuser in den letzten Jahren verschlechtert. Es muss aber auch gesehen werden, dass die Krankenhäuser im Jahr 2013 mit etwa 64 Milliarden Euro der größte Kostenblock für die gesetzlichen Krankenkassen waren. Deshalb konnte es bei den Reform-Eckpunkten nicht nur darum gehen, den Kliniken mehr Geld zukommen zu lassen. Eine Reform, die die Planung der Strukturen und die Bezahlung der Krankenhausleistungen betrifft, ist dringend geboten. Das haben wir erreicht.

Taugt Hamburgs neues Krankenhausgesetz als Blaupause für andere, größere Bundesländer?

Grundsätzlich ja, einige Bundesländer haben bereits ähnliche Regelungen. Unser Gesetz ermöglicht es der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Hamburg, bei Behandlungen mit großen Qualitätsunterschieden Vorgaben zu machen – zum Beispiel, wie eine Klinik ihre Komplikationsraten reduzieren kann. Das ist für alle Länder wichtig, denn die Krankenhauspatienten in Deutschland brauchen mehr Qualitätsorientierung und mehr Transparenz. Deshalb wollen wir die Anforderungen an die Qualitätsberichte, die die Krankenhäuser veröffentlichen müssen, verbindlich festlegen. Außerdem ist es wichtig, dass künftig die Planungsbehörde informiert wird, wenn ein Krankenhaus bei der bundesweiten Qualitätsmessung auffällt. Bisher stochern wir da eher im Nebel. ■

Weniger Aufwand, mehr Ertrag

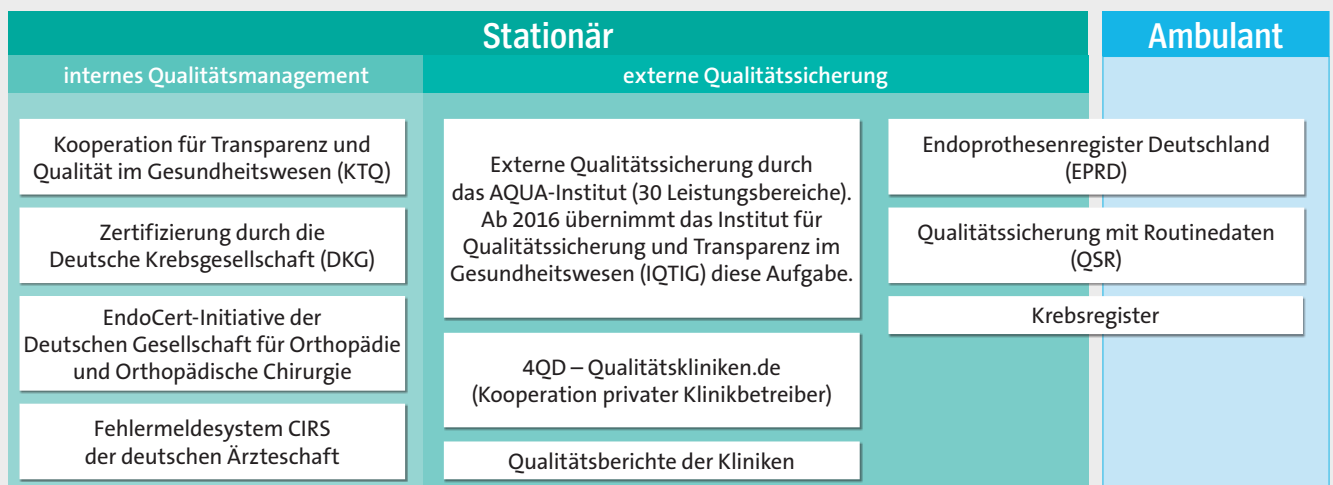
Qualitätssicherung gilt als arbeitsintensiv. Doch das muss nicht sein. Seit 2013 helfen Routinedaten etwa dabei, das Auftreten von Druckgeschwüren leichter zu erfassen. Von **Günther Heller**

Hierzulande existiert eine mittlerweile jahrzehntelange Tradition nicht nur freiwilliger, sondern auch gesetzlich verbindlich geregelter Qualitätssicherungsverfahren. Als Mitte der 1990er-Jahre unter dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer die ersten Fallpauschalen und Sonderentgelte in die Vergütung von Krankenhausleistungen Einzug hielten, wurde gleichzeitig auch eine verpflichtende vergleichende (externe) Qualitätssicherung für diese Leistungen in Deutschland etabliert. Hierbei wird die Behandlungsqualität mit eigens dafür entwickelten Instrumenten erfasst (QS-Dokumentation). Die Qualitätsdaten werden an zentraler Stelle ausgewertet, die Ergebnisse den beteiligten Krankenhäusern zurückgespiegelt. Kritische Resultate werden gemeinsam mit den Krankenhäusern erörtert, Lösungsstrategien entwickelt und entsprechende Zielvereinbarungen getroffen. Mit der Umstellung

der Krankenhausvergütung von Pflegesätzen auf diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) wurde diese Art der Qualitätssicherung erheblich ausgeweitet. Als das AQUA-Institut Ende 2009 die bundesweiten gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren übernahm, umfasste sie rund 20 Prozent aller Fälle in der stationären Versorgung.

Was passiert nach der Klinik? Angesichts des enormen Dokumentationsaufwands für diese Form der Qualitätssicherung wurden bald Forderungen laut, Verfahren zu entwickeln, die auf „Routinedaten“ – genauer gesagt: auf stationären Abrechnungsdaten – beruhen und somit keinen zusätzlichen Dokumentationsaufwand verursachen. Neben der Initiative Qualitätsmedizin ist hier als Beispiel vor allem die „Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“ der AOK zu nennen, die durch ihren

Unterschiedliche Perspektiven: Verfahren zur Qualitätssicherung im Überblick



Um die Qualität der stationären Versorgung zu bewerten, steht schon jetzt eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung. Sie alle tragen zu mehr Transparenz bei, decken aber häufig nur einen begrenzten Bereich ab. Nur wenige, etwa die Qualitätssicherung mit Routinedaten, ermöglichen eine Qualitätsmessung über Sektorengrenzen hinweg. Mithilfe des QSR-Verfahrens ist es zum Beispiel möglich, auch nach dem Ende eines Krankenhausaufenthalts etwaige Komplikationen zu erfassen.

Quelle: Blickpunkt Klinik

Rückgriff auf anonymisierte AOK-Versichertendaten auch qualitätsrelevante Ereignisse nach einem akutstationären Aufenthalt berücksichtigt. Diese Herangehensweise hat sich – mit Blick auf eine einrichtungs- und sektorentübergreifende Qualitätssicherung – schon heute als zukunftsweisend herausgestellt.

Kritiker von Qualitätsmessverfahren auf der Basis von Abrechnungsdaten bemängeln, dass in den Abrechnungsdaten zahlreiche qualitätsrelevante Informationen nicht enthalten sind. Dennoch stellt die Nutzung von pseudonymisierten Abrechnungs- und Versichertendaten zurzeit den einzigen Weg dar, qualitätsrelevante Ereignisse nach Beendigung eines Krankenhausaufenthalts mit vertretbarem Aufwand abzubilden.

Neun Millionen Kreuzchen weniger. Im Rahmen der Weiterentwicklung solcher Qualitätssicherungsverfahren hat das AQUA-Institut mehrfach vorgeschlagen, jene Inhalte, die über Routinedaten abbildbar sind, auch über Routinedaten abzubilden und nur noch zusätzliche qualitätsrelevante Informationen manuell dokumentieren zu lassen. Dieses Prozedere soll am Beispiel des Leistungsbereichs „Dekubitusprophylaxe“ verdeutlicht werden. Im Juni 2010 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) das AQUA-Institut damit, zu prüfen, ob in diesem Leistungsbereich eine Nutzung von Routinedaten möglich sei. Das AQUA-Institut schlug vor, Routinedaten zu nutzen und gleichzeitig die Zahl der zu dokumentierenden Patienten deutlich auszuweiten. Die Dokumentationspflicht umfasste bis dahin nur alle Patienten ab einem Alter von 75 Jahren, die im ersten Quartal eines Jahres behandelt wurden – unabhängig von einem vorliegenden Dekubitus. Zukünftig sollte sich die Erhebung nun auf das ganze Jahr und alle Patienten ab 20 Jahren beziehen, wobei eine händische Dokumentation nur noch für Krankenhaufälle mit einem kodierten Dekubitus erfolgen sollte. Zu jedem vorliegenden Dekubitus sollten lediglich zwei zusätzliche Angaben gemacht werden: ob der Dekubitus bereits bei der Aufnahme vorhanden war und ob er bei der Entlassung vorlag.

Der Gemeinsame Bundesausschuss folgte diesen Empfehlungen, sodass 2013 ein ganz überwiegend routinedatengestütztes Verfahren eingeführt werden konnte. Die Ergebnisse des ersten Jahres zeigen, dass durch die Umstellung auf Routinedaten anstelle der bisherigen 1,25 Millionen händisch zu dokumentierenden Fälle nur noch etwa 260.000 Fälle dokumentationspflichtig waren. Und da für jeden Dekubitus nur noch zwei Datenfelder manuell zu dokumentieren sind – die restlichen Informationen werden automatisiert aus den stationären Abrechnungsdaten erhoben – verringerte sich zugleich der Erhe-



Die Erwartungen an das neue Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sind hoch. Das zeigen die vielen Aufgaben, die das Gesetz ihm zuweist, und die Aussagen der Politik. Qualität soll endlich mehr sein als ein Lippenbekenntnis. Kann das gelingen? Die Einrichtung eines Instituts beseitigt zwar wichtige Hürden bei der Umsetzung der

Qualitätssicherung. Doch die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), also GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, sollen zentralen Einfluss haben – eine Konstellation, die bisher kaum Erfolge in der Qualitätssicherung erzielt hat. Schon die Satzung der Trägerstiftung des Instituts, die der GBA vorgelegt hat, lässt wenig Gutes ahnen: Der Patientennutzen wurde nicht festgeschrieben, wirksame Mitberatungsrechte für Patienten nicht gewährt, Transparenz und Veröffentlichungspflicht nicht etabliert. Nun wird es am frisch gekürten Leiter des Instituts, Dr. Christof Veit, liegen, ob es durch selbstbewusste, gute Sacharbeit doch noch gelingt, mehr Qualität ins Gesundheitswesen zu bringen. Nötig wäre es. ■

Dr. Ilona Köster-Steinebach vom Verbraucherzentrale Bundesverband ist Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss.

bungsaufwand drastisch: mehr als neun Millionen manuell zu dokumentierende Datenfelder mussten nicht mehr von Hand ausgefüllt werden. Gleichzeitig wurden zehnmal mehr neu aufgetretene Druckgeschwüre (mit mindestens Schweregrad 2) identifiziert. Neu aufgetretene Geschwüre mit dem Grad 4 (also besonders schwere Fälle) wurden sogar zwanzigmal häufiger als im bisherigen Qualitätssicherungsverfahren erfasst.

Ungehobene Datenschätze. Durch die Umgestaltung des Leistungsbereichs Dekubitusprophylaxe konnten erstmals echte, krankenhaushausweite Generalindikatoren in der externen stationären Qualitätssicherung erhoben und ausgewertet werden. Dies bedeutet auch, dass mit diesem Verfahren statt bislang 4,6 Millionen jetzt über 16,5 Millionen Krankenhaufälle einer Qualitätssicherungsmaßnahme unterliegen. Der Anteil der stationären Fälle, die einer verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahme unterworfen sind, steigt damit von 20 auf deutlich über 80 Prozent. Das hier dargestellte und bereits in die Praxis umgesetzte Beispiel zur Dekubitusprophylaxe zeigt das enorme Potenzial einer Nutzung von Routinedaten in der stationären Qualitätssicherung: Es ist offenbar möglich, die Erhebung und Aufbereitung von qualitätsrelevanten Informationen erheblich zu steigern und gleichzeitig den damit verbundenen Dokumentationsaufwand drastisch zu verringern. ■

Priv. Doz. Dr. Günther Heller leitet die Abteilung Evaluation, Methoden und Instrumente des AQUA-Instituts.

Zwischen Mangel und Überfluss

Es ist paradox: Knappe Kassen in den Kliniken sorgen auf der einen Seite für Rationierung, auf der anderen für Überversorgung. Eine Analyse von **Jürgen Wasem, Antonius Reifferscheid, Dominik Thomas und Nathalie Pomorin.**

Die Krankenhäuser stehen unter einem starken wirtschaftlichen Druck – so empfinden es die Verantwortlichen sehr deutlich. Die Folgen sind einerseits Rationierung, andererseits Überversorgung. So lautet das Ergebnis einer schriftlichen Befragung des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, an der sich im Frühjahr 2014 mehr als 2.000 Chefärzte, Geschäftsführer und Pflegedirektoren aus Krankenhäusern aller Größenklassen und Träger aktiv beteiligten. Insgesamt 46 Prozent der Chefärzte geben in der von der Dr. Jürgen Meyer Stiftung geförderten Studie an, dass sie in den letzten sechs Monaten eine eigentlich nützliche Maßnahme aus Kostengründen nicht vornehmen konnten beziehungsweise durch eine weniger effektive ersetzen mussten. Gleichzeitig werden aber auch Überversorgungsprobleme wahrgenommen. So haben 39 Prozent der Chefärzte tendenziell den Eindruck, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in ihrem eigenen Fachgebiet zu überhöhten Eingriffszahlen führen.

Zeitdruck am Krankenbett. Die größten Einschränkungen werden jedoch berufsgruppenübergreifend in der pflegerischen Versorgung verortet. So zweifeln 79 Prozent der Pflegedirektoren daran, dass ihre Mitarbeiter überhaupt genug Zeit haben, um alle notwendigen pflegerischen Maßnahmen ausführen zu können. Für menschliche Zuwendung bleibt da kaum Raum. Hauptursache für die Personalknappheit sind sicher die finanziellen Rahmenbedingungen. Hinzu kommen aber auch Probleme bei der Stellenbesetzung.



*Fachkräftemangel:
Mit einem neuen Förderprogramm
wollen Bund und Länder die
„Pflege am Bett“ gezielt stärken.*

Aufgrund des demografischen Wandels steht steigenden Fallzahlen und einem wachsenden Anteil multimorbider Patienten mit hohem Betreuungsaufwand eine alternde Belegschaft gegenüber. Nur die wenigsten Pflegekräfte sehen sich in der Lage, bis zum Renteneintritt in ihrem Beruf zu arbeiten. Zur Bewältigung der steigenden Anforderungen besteht somit ein großer Fachkräftebedarf. Es besteht aber die Gefahr, dass der potenzielle Nachwuchs von den Arbeitsbedingungen abgeschreckt wird.

In Anbetracht der beobachteten Versorgungsdefizite und des sich verschärfenden Fachkräftemangels besteht dringender Handlungsbedarf. In einer weiteren Studie, die von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di gefördert wurde, haben die Wissenschaftler am Lehrstuhl für Medizinmanagement daher verschie-

dene nationale und internationale Personalbemessungsinstrumente auf ihre grundsätzliche Eignung untersucht. Ihr Fazit: Die gegenwärtigen Personalprobleme sind nicht mit einer Maßnahme allein, sondern nur mit einem ganzen Maßnahmenbündel zu lösen. Das zentrale Element sollte dabei eine aufwandsorientierte Ermittlung des Personalbedarfs sein. Dafür könnte etwa die Anfang der Neunzigerjahre eingeführte Pflegepersonalregelung (PPR) weiterentwickelt werden. Denkbar wäre auch, die heutigen medizinisch orientierten Fallpauschalen (DRG) um ein eigenständiges System von Pflege-Pauschalen (NRG/Nursing Related Groups) zu ergänzen. Der zu erwartende höhere Personalbedarf in der Krankenhauspflege muss finanziert werden. In diesem Zusammenhang ist eine Zweckbindung der zugedachten Mittel zu diskutieren, damit dieses Geld tatsächlich in der Pflege ankommt.

Mehr Geld für Pflege. Das Eckpunktepapier zur Krankenhausreform greift diese Überlegungen auf: Ein Pflegestellenförderprogramm zielt darauf ab, die „Pflege am Bett“ zu stärken, während eine Expertenkommission Vorschläge für eine Abbildung des Pflegebedarfs im Krankenhaus (im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte) und für die Kontrolle einer sachgerechten Mittelverwendung erarbeiten soll. ■

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, die Co-Autoren arbeiten dort als wissenschaftliche Mitarbeiter.

Daten sammeln für mehr Sicherheit

Wie lange hält ein künstliches Hüftgelenk? Welches Operationsverfahren hat sich bewährt? Der Einsatz von Implantaten gleicht viel zu oft einer Blackbox – zum Nachteil der Patienten. Register schaffen Transparenz und verbessern die Behandlungsqualität, sagt **Gerold Labek**.

Künstliche Gelenke, Brustimplantate, Herzschrittmacher: Solche und andere Hochrisikomedizinprodukte wurden in der Vergangenheit immer wieder zurückgerufen, weil sie fehlerhaft waren und die Gesundheit ihrer Träger gefährdeten. Welche Ausmaße ein solcher „Zwischenfall“ haben kann, zeigt das Beispiel der Firma Depuy, die 2010 eine Produktfamilie ihrer Hüftgelenksendoprothesen vom Markt nehmen musste. Von etwa 92.000 Patienten, die diese Implantate erhalten hatten, mussten zirka 30.000 mit einer Wechseloperation rechnen, einige Tausend werden wegen großer Schäden an den Weichteilen nie wieder ohne Krücken gehen können.

Die Hauptursache für solche Skandale liegt in den geringen Zulassungsanforderungen, die für Implantate gelten. Klinische Studien, wie sie bei Arzneimitteln vorgenommen werden, sind schwer durchzuführen. Die Substanzen eines Medikaments werden in einem bekannten Zeitraum aus dem Körper ausgeschieden, sodass sich die Studiendauer gut planen lässt. Auch die zufällige Auswahl der Teilnehmer (Randomisierung) und deren Nichtwissen um die Teilnahme (Verblindung), die Bestandteile seriöser Studien sind, lassen sich mit weißen Tabletten leichter umsetzen als bei Operationen. Versagt ein Implantat, tritt dieses Versagen unvorhersehbar und oft erst nach langer Zeit auf. Eine umfassende strukturierte Qualitätsüberwachung ist unter solchen Umständen schwer. In Skandinavien wurde deshalb nach einem Skandal mit Hüftprothesen vor über 30 Jahren ein alternatives Konzept entwickelt: die begleitende Qualitätsüberwachung durch Register.

Weniger Wechseloperationen. Solche Register erfassen jeden Eingriff, ob Erstimplantation oder Wechseloperation, mit einem strukturierten Fragebogen in einer zentralen Datenbank und bilden so die Versorgungslage eines Landes differenziert ab. Implantate und Operationsverfahren mit schlechten Ergebnissen, aber auch die Implantatträger lassen sich so im Ernstfall rasch identifizieren. Das schafft Transparenz und ermöglicht Verbesserungen. Ist ein Produkt fehlerhaft, können die Betroffenen schnell informiert werden und das fehlerhafte Implantat wird nicht weiter verwendet. Im Rahmen eines Registers erhält jedes Krankenhaus detaillierte Berichte, welche Leistungen es erbracht hat und wie diese im Vergleich zum nationalen Durchschnitt zu bewerten sind. In Schweden sank die Zahl der Wech-

seloperationen seit der Einführung des Registers um die Hälfte – zum Nutzen der Patienten und des Gesundheitssystems, das finanziell entlastet wird. Laut der Unternehmensberatung Boston Consulting Group kann jeder Euro, der in ein Register investiert wird, bis zu zehn Euro Einsparungen durch bessere Qualität erzielen.

Nationale Register für alle EU-Länder. Die Verfahren, die zur Dokumentation in Registern eingesetzt werden, wurden über viele Jahre verfeinert. Fast alle europäischen Länder haben entsprechende Projekte umgesetzt, wie beispielsweise Deutschland mit der Einführung des Endoprothesenregisters (EPRD). Die EU-Kommission hat nationale Register als Kernbestandteil künftiger Marktüberwachungsverfahren verankert und fordert, diese flächendeckend in allen Mitgliedsländern einzuführen. Ärzten, Herstellern und Behörden werden diese Informationsquellen helfen, erfolgreich tätig zu sein. ■

Ass. Prof. Dr. Gerold Labek leitet das European Arthroplasty Register (Europäisches Endoprothesenregister).

Das deutsche Aortenklappenregister GARY

Die Aortenklappenstenose (Herzklappenverengung) zählt zu den häufigsten Herzklappenerkrankungen. Therapie der Wahl war lange Zeit eine Operation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, bei der den Patienten eine neue Herzklappe implantiert wurde. Doch weil der Eingriff belastend und die Sterblichkeit hoch ist, können nicht alle Patienten behandelt werden. Mittlerweile lassen sich künstliche Herzklappen mithilfe eines Herzkatheters implantieren. Um beide Behandlungsmethoden vergleichen zu können, haben die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie das „German Aortic Valve Registry“, kurz GARY, gegründet. An GARY nehmen alle deutschen Kliniken teil, die künstliche Herzklappen implantieren. Seit 2010 wurden rund 80.000 Patienten erfasst, ein Drittel von ihnen mit kathetergestützten Herzklappen. So ist es erstmals möglich, Nutzen und Risiken beider Verfahren abzuwägen und Kriterien für ihren Einsatz zu erarbeiten. ■

Prof. Dr. Christian W. Hamm, Vorsitzender des Aortenklappenregisters

Software vernetzt Lebensretter

Bei Notfällen zählt jede Minute: Rettungshelfer und Krankenhäuser müssen dann reibungslos kommunizieren. Das Informationssystem IVENA hilft, Patienten schneller ins geeignete Krankenhaus zu bringen. Von [Maria Sinjakowa](#)

Mit Martinshorn und Blaulicht rast ein Rettungswagen zum Notfallort. Eine ältere Frau liegt röchelnd auf dem Boden. Ein Schlaganfall? Die Patientin muss schnell zur Abklärung ins Krankenhaus. Sie ist transportfertig, aber der Rettungsassistent telefoniert noch. Er legt auf, wählt erneut. Es vergehen wertvolle Minuten, bis der Rettungshelfer weiß, welche Klinik die Patientin aufnimmt.

Welche Klinik hat gerade ein Intensivbett frei? Darüber können sich Rettungsleitstellen online informieren.

Dieses Szenario ist in Deutschland vielerorts Alltag. Nicht so in Hessen, wo es seit 2010 IVENA (Interdisziplinärer Versorgungskapazitäten-Nachweis) gibt. Das internetbasierte Informationssystem vernetzt den Rettungsdienst mit den Krankenhäusern. Es ersetzt die zeitraubenden Telefonate zwischen der Leitstelle und den Kliniken und verbessert die Abläufe in der Rettungskette.

Aktualisierung im Minutentakt. Krankenhäuser können ihre Kapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten per Mausklick an- und abmelden. Die Software aktualisiert die Daten im Minutentakt. Für die Rettungsdienste sind sie sofort abrufbar. Die Leitstellen sehen, welches Krankenhaus über einen Schockraum verfügt, wo es freie Betten auf der Intensivstation gibt, ein OP-Team bereitsteht

oder ein CT-Gerät frei ist. Auch Kliniken profitieren von IVENA. Denn Rettungsdienste nutzen das System, um Krankenhäuser über die zugewiesenen Notfallpatienten zu informieren. So erhalten Klinikärzte unter Beachtung des Datenschutzes Informationen wie Diagnose, Dringlichkeit, Anlass des Einsatzes, Alter und Geschlecht, geschätzte Eintreffzeit und benötigte Behandlung noch vor der Ankunft des Patienten. Krankenhäuser

können sich auf die Aufnahme vorbereiten und Ressourcen optimal nutzen.

Die Idee für IVENA stammt von Hans-Georg Jung vom Gesundheitsamt in Frankfurt am Main. Jung war jahrelang bei der Berufsfeuerwehr der hessischen Metropole im Rettungsdienst tätig. Gemeinsam mit Praktikern aus Feuerwehr, Rettungsdiensten und Krankenhäusern arbeitet er seit 2009 an der Implementierung und Weiterentwicklung der Software. Weil bei IVENA alle an der Notfallrettung Beteiligten an einem Tisch sitzen, ist es möglich, spezifische Anliegen und Anforderungen in das System zu integrieren. Inzwischen koordiniert Jung mit seinem Team die Einführung von IVENA in ganz Hessen.

Verlegungsfahrten vermeiden. Das hessische Sozialministerium begleitet das

Projekt und setzt sich für den flächendeckenden Einsatz der Software ein. Auch Krankenkassen sind von IVENA überzeugt. Nach Ansicht der AOK Hessen bringt die Online-Anwendung einen Informationsvorsprung gegenüber dem bisherigen Stand und verbessert die Patientensicherheit. „Wir begrüßen diese Entwicklung, da sie zu einer schnelleren Übergabe der Patienten in den Kliniken führt und somit erhebliche Zeit einspart“, sagt Thomas Burmann, Hauptabteilungsleiter Krankenhaus, Rehabilitation und Fahrkosten der AOK Hessen. Außerdem trage IVENA dazu bei, Verlegungsfahrten zu vermeiden, die aufgrund falscher Zuweisung notwendig wurden.

Testbetrieb zeigt gute Ergebnisse. Ergebnisse aus dem Probebetrieb in Frankfurt am Main belegen den Erfolg des Systems. So gab es vor der Einführung im Jahr 2009 mehr als 200 Fälle, in denen eine Klinik sich weigerte, einen Patienten aufzunehmen. 2010 waren es nur noch 20. Auch ging die Zahl der sogenannten Notzuweisungen zurück: von 400 im Jahr 2009 auf nur fünf im Jahr 2010.

2013 führte München das System in der gesamten Stadt ein. Im selben Jahr ging IVENA im südlichen Brandenburg in den Testbetrieb. Anerkennung gab es auch vom F.A.Z.-Institut: Es hat den Softwareentwickler mainis IT-Service mit IVENA 2013 zum Finalisten des Innovationspreises der deutschen Wirtschaft gekürt. ■

Maria Sinjakowa ist Redakteurin beim KomPart-Verlag.



Erste Hilfe für die Notfallversorgung

Das Thema Notfallversorgung ist ein Dauerbrenner in der Debatte um die anstehende Krankenhausreform. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist mit dem erklärten Ziel angetreten, die Notfallversorgung zu stärken. Was hat sie mit ihren Eckpunkten jetzt auf den Weg gebracht? Wo muss noch nachgebessert werden? Claus Fahlenbrach fasst die Beschlüsse der Bund-Länder-AG und die Einschätzungen der AOK dazu zusammen.

- Krankenhäuser, die in hohem Umfang Notfallstrukturen vorhalten, werden besser gestellt als Kliniken, die das nur in einem geringeren Umfang tun.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) legt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen fest, einschließlich einer Stufe für die Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung. Für die jeweiligen Stufen sollen Mindestvoraussetzungen vereinbart werden. Die unterste Stufe ist unter Berücksichtigung der Vorgaben für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendigen Leistungen der Notfallversorgung festzulegen; in die höchste Stufe fiele beispielsweise eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung.

- Für den GBA-Beschluss werden bestimmte gesetzliche Mindestvorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung vorgegeben (zum Beispiel die Vorhaltung bestimmter Abteilungen, eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen und ausreichende Intensivbehandlungskapazitäten).

- Die Vertragspartner auf Bundesebene haben für die vereinbarten Notfallstufen auf der Grundlage von Vorhaltekosten bis zum 30. Juni 2017 unterschiedliche Zu- oder Abschläge zu bestimmen. Sie sollen sich dabei durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterstützen lassen. Im Konfliktfall entscheidet die Bundesschiedsstelle; auch das Bundesministerium für Gesundheit kann diese anrufen.

- Die Länder können planungsrechtlich bestimmen, welche Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen.

- Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts werden Notfallabschläge erhöhend und Notfallzuschläge absenkend berücksichtigt, um eine Mittelkürzung beziehungsweise eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Claus Fahlenbrach leitet das Referat Versorgungsqualität in der Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation beim AOK-Bundesverband.

» Leider wird die Chance nicht genutzt, ein übergreifendes integratives Konzept zur ambulanten und stationären Notfallversorgung zu schaffen, das die Notaufnahmen der Kliniken, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst einbezieht. Hier wäre mehr möglich.

» Gesetzliche Mindestvorgaben können die Einführung zugunsten der Patienten beschleunigen.

» Das sicherzustellende Versorgungsangebot kann nur die bedarfsnotwendige, ausreichende und zweckmäßige Notfallversorgung gemäß den GBA-Kriterien sein.

» Zu- und Abschläge können nur umgesetzt werden, wenn in der Krankenhausplanung explizit ausgewiesen wird, ob die Krankenhäuser Aufgaben der Notfallversorgung übernehmen.

» Der Plan, die Notfallstrukturen nach bundeseinheitlichen Kriterien zu konkretisieren, ist zu begrüßen und muss bundesweit gelten.

» Die Ausweisung der nicht an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser ist für eine qualitäts- und erreichbarkeitsorientierte Bedarfsplanung sinnvoll.

» Die Fokussierung auf Vorhaltekosten darf nicht zur Mehrfachfinanzierung durch DRG, Notfall- und Sicherstellungszuschlag führen.

» Die Einbindung des InEK ist sinnvoll für die unabhängige Bewertung bereits sachgerechter Vergütungen durch DRG-Fallpauschalen.

» Die ausgabenneutrale Umsetzung der Zu- und Abschläge ist sowohl für die Krankenhäuser als auch die Kostenträger fair.

Der Klick zur passenden Klinik

Blinddarmentfernung ist nicht gleich Blinddarmentfernung. Die Qualitätsunterschiede bei diesem alltäglichen Eingriff sind enorm. Der AOK-Krankenhausnavigator hilft nicht nur beim Appendix, die richtige Klinik zu finden. Von **Claus Fahlenbrach** und **Christian Günster**

Seit 2009 unterstützt der AOK-Krankenhausnavigator Patienten und niedergelassene Ärzte bei der Suche nach der richtigen Klinik (www.aok.de/krankenhausnavi). Die Gesundheitskasse bereitet dafür in Kooperation mit der Weissen Liste – ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und Patienten- sowie Verbraucherorganisationen – Qualitätsdaten verständlich auf und ergänzt diese um weitere hilfreiche Informationen. Das Portal ist frei zugänglich und versteht sich als Orientierungshilfe bei der Suche nach dem passenden Krankenhaus. Insbesondere bei planbaren operativen Eingriffen helfen die Informationen des Krankenhausnavigators den Patienten bei ihrer Entscheidung. Auch einweisende Ärzte können den Navigator nutzen, um die Behandlungsergebnisse von Kliniken miteinander zu vergleichen und ihre Patienten so besser beraten zu können.

Wie zufrieden sind die Patienten? Die Datengrundlage des Krankenhausnavigators bilden zum einen die Angaben, die die Kliniken selber in ihren gesetzlich vorgeschriebenen struktu-

2,2 Millionen Fragebögen

Würden andere Patienten eine bestimmte Klinik weiterempfehlen? Auch diese Frage beantwortet der Krankenhausnavigator. Um die zusätzlichen Information stets aktuell anbieten zu können, verschicken die AOKs regelmäßig Fragebögen an Versicherte, die im Krankenhaus behandelt wurden. Zwei bis acht Wochen nach ihrem Klinikaufenthalt werden sie gebeten, den PEQ-Fragebogen (Patients' Experience Questionnaire) auszufüllen, den die Weisse Liste, ein Kooperationspartner der AOK, eigens für diesen Zweck entwickelt hat. Er umfasst rund 15 Fragen, etwa zur Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung und zur Organisation und zum Service in der Klinik. Veröffentlicht werden die Ergebnisse erst, wenn mindestens 75 Fragebögen für ein Krankenhaus oder 50 Fragebögen für eine Fachabteilung vorliegen. Seit dem Start im November 2011 haben die AOKs und die anderen beteiligten Krankenkassen (Barmer GEK und hkk) bereits mehr als 2,2 Millionen Fragebögen verschickt. ■

Peter Willenborg, AOK-Bundesverband

rierten Qualitätsberichten machen. Zusätzlich sind Bewertungen von Patientinnen und Patienten abrufbar, die von der Gesundheitskasse nach einem stationären Aufenthalt befragt wurden, wie zufrieden sie mit dem Krankenhaus waren. Diese Versichertenbefragung anhand des sogenannten PEQ-Fragebogens (Patients' Experience Questionnaire) ist die größte ihrer Art in Deutschland (*siehe Kasten auf dieser Seite*).

Qualität ist messbar. Ergänzt werden die Informationen des Krankenhausnavigators mit umfangreichen Informationen aus dem Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Diese Methode gibt Aufschluss über die Qualität stationärer Behandlungen. Das QSR-Verfahren basiert auf anonymisierten Routinedaten, die ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand verfügbar sind, da sie bei der Abrechnung der Krankenkassen mit den Krankenhäusern ohnehin anfallen. Das Besondere an QSR ist, dass es die Qualität einer Behandlung langfristig misst, das heißt über den Tag der Klinikentlassung hinaus. So können neben möglichen Komplikationen während des stationären Aufenthalts auch solche Schwierigkeiten analysiert werden, die erst innerhalb eines Jahres nach der Entlassung auftreten. Das geht über die derzeitigen Möglichkeiten der gesetzlichen Qualitätssicherung hinaus und ist bislang einzigartig.

Entscheidungshilfe für die Klinikwahl. Der AOK-Krankenhausnavigator stellt Qualitätsinformationen zu sechs Leistungsbereichen bereit: Zum Einsetzen eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose), zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks nach einem hüftgelenknahen Oberschenkelhalsbruch, zur Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen, zum Therapeutischen Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt und zur Blinddarmentfernung (Appendektomie). QSR-Ergebnisse liegen für alle Krankenhäuser in Deutschland vor, die in diesen Leistungsbereichen innerhalb der letzten drei Jahre mindestens 30 AOK-Versicherte behandelt haben. ■

Claus Fahlenbrach leitet das Referat Versorgungsqualität in der Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation beim AOK-Bundesverband. **Christian Günster** leitet den Forschungsbereich Integrierte Analysen im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).



»Die richtigen Leitplanken setzen«

Die Politik setzt bei der Krankenhausplanung künftig auf Qualität. Das ist richtig, meint **Rainer Striebel**. Doch nun müssen die Bundesländer auch tatsächlich den Mut haben, die Kliniklandschaft dem veränderten Versorgungsbedarf anzupassen.

Sind Sie mit den Ergebnissen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform zufrieden?

Ich freue mich, dass der Patient in den Mittelpunkt der Reform gestellt wird. Er wird von Behandlungszentren profitieren, die sich auf seine Erkrankung spezialisiert haben und ihn mit hoher Qualität behandeln. Er wird auch vom gesetzlich verbrieften Recht der Zweitmeinung profitieren – die AOK PLUS bietet das ja bereits seit einigen Jahren für orthopädische und onkologische Erkrankungen an. Dass der Gemeinsame Bundesausschuss für wichtige Leistungsbereiche Qualitätskriterien festlegen soll, wird die Länder bei ihren Planungen unterstützen. Ich begrüße auch die Absicht der Bund-Länder-AG, einen Strukturfonds von einer Milliarde Euro einzurichten. Damit können Konzentrations- und Umbauprozesse vorangetrieben werden, hin zu mehr Spezialisierung und einer besseren Verzahnung der Sektoren. Der Rückzug der Bundesländer aus der Investitionskostenfinanzierung bleibt dagegen als Problem ungelöst. Die in den Eckpunkten beabsichtigten Lastenverteilungen sehe ich deshalb kritisch. Während die Länder sich einmalig mit einem Betrag von 500 Millionen Euro am Strukturumbau der Krankenhauslandschaft beteiligen wollen, werden die Versicherten in den nächsten drei Jahren mit fast vier Milliarden Euro belastet.

Was nützt die beste Reform, wenn die Länder weiter ihre finanziellen Zusagen nicht einhalten?

Sicher reicht das Geld, das die Länder in den letzten Jahren bereitgestellt haben, nicht, um die Krankenhäuser in Schuss

zu halten. Es nützt auch wenig, das Geld mit der Gießkanne zu verteilen. Wichtiger ist es, die verfügbaren Mittel gezielt einzusetzen. Die Länder müssen sich fragen, welche Strukturreformen langfristig zu einer guten und bezahlbaren medizinischen Versorgung führen. Dazu brauchen wir einen mit allen Beteiligten abgestimmten Plan, wie in zehn oder fünfzehn Jahren die Kliniklandschaft eines Landes aussehen soll. Erst dann kann entschieden

» Die Menschen erwarten bei planbaren Eingriffen Qualität und nicht Wohnortnähe.«

werden, welcher Standort in welchem Umfang zu unterstützen ist und wo Fördermittel sinnvoll hinfließen.

Was erwarten die AOKs vom strukturellen Umbau der Kliniklandschaft?

Wir müssen mit der Legende aufräumen, dass eine wohnortnahe Behandlung die beste ist. Die Menschen sind durchaus bereit, für planbare Eingriffe größere Entfernungen hinzunehmen, wenn sie dafür eine hochwertige Behandlung erhalten. In Sachsen etwa gibt es eine abgelegene orthopädische Fachklinik, die hervorragende Qualität beim Einsetzen künstlicher Knie- und Hüftgelenke erbringt. Viele Menschen kommen von weit her dorthin, weil sie dort am besten versorgt werden. Es gibt weniger Komplikationen und die Anschlussheilbehandlung ist optimal geregelt. Das zeigt, dass die

Menschen bei planbaren Eingriffen an erster Stelle eine gute Behandlungsqualität erwarten. Wohnortnähe spielt dagegen bei der Notfallversorgung eine Rolle.

Sind einheitliche Qualitätsstandards für 16 Bundesländer realistisch?

Sicher ist es sinnvoll, einheitliche Grundlagen zu haben. Qualität darf nicht vor Landesgrenzen Halt machen. Regionale Besonderheiten sind aber ebenso wichtig. In Sachsen und Thüringen müssen wir angesichts des Bevölkerungsrückgangs überlegen, wie der Behandlungsbedarf der Menschen besonders auf dem Land sichergestellt wird. Wir können nicht mit den Beiträgen unserer Versicherten Strukturen erhalten, die nicht zukunftsfähig sind. Die Bund-Länder-AG hat mit ihrer Orientierung an mehr Qualität den richtigen Weg vorgezeichnet. Nun muss sich zeigen, ob die Länder bereit sind, ihre Krankenhausstrukturen zu reformieren oder ob sie versuchen, die Probleme mit mehr Geld zu übertünchen.

Wie sehen zukunftsfähige Strukturen aus?

Ambulante und stationäre Versorgung müssen Hand in Hand gehen. Und es ist notwendig, planbare Leistungen auf ausgewählte Krankenhäuser zu konzentrieren. Das verbessert die Qualität und macht den Mangel an medizinischem Fachpersonal beherrschbar. Dafür braucht es leistungsgerechte und finanzierbare Vergütungsformen. Um bei all diesen Punkten weiterzukommen, müssen jetzt die richtigen ordnungspolitischen Leitplanken gesetzt werden. Dazu können die Reformeckpunkte ein erster Schritt sein. ■

Kein alter Hut

Fehlende Investitionen der Länder sorgen für klamme Kassen in vielen Kliniken. Dabei liegt mit dem Rürup-IGES-Gutachten zur Monistik seit 2008 ein konkreter Lösungsvorschlag auf dem Tisch. Wie der sich heute auswirken würde, rechnet **Martin Albrecht** vor.

Dass eine Krankenhausreform notwendig ist, unterstreicht das jüngste Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts: 42 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser haben das Jahr 2013 finanziell mit Verlust abgeschlossen. Über Ursachen und Ansatzpunkte für eine Reform streiten sich Krankenkassen und Krankenhäuser heftig. Einig sind sie sich in einem: Dass die Bundesländer ihren Verpflichtungen bei der Investitionsfinanzierung nicht ausreichend nachkommen, zwingt die Krankenhäuser, notwendige Investitionen zunehmend aus den Leistungsvergütungen der Krankenkassen und damit letztlich aus Beitragsmitteln zu finanzieren.

Rückgang um 25 Prozent. Das System der dualen Krankenhausfinanzierung, bei dem die Kliniken mit den Leistungsvergütungen der Krankenkassen (nur) die laufenden Betriebsausgaben decken, während sie nach Paragraph 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Anspruch auf (steuerfinanzierte) Investitionsförderung für Neu- und Umbauten durch die Bundesländer haben, wird kritisch diskutiert. Kliniken können die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb nicht kohärent planen und verhandeln. Zudem ist der Anteil der Investitionsfinanzierung seit Jahren relativ und absolut rückläufig: Lag die Länder-Förderung Anfang der 1990er Jahre noch bei über 3,5 Milliarden Euro, so waren es 2013 nur noch rund 2,7 Milliarden Euro – ein Minus um 25 Prozent. Zugleich haben sich die Krankenhauskosten mehr als verdoppelt. Das Verhältnis von Investitionsförderung zu Krankenhauskosten sank von 9,7 Prozent (1991) auf 3,5 Prozent (2013). Inzwischen zielt die Kritik an der dualen Finanzierung verstärkt darauf, dass die Bundesländer trotz ihres sinkenden finanziellen Engagements weiterhin allein die Krankenhauskapazitäten planen.

Finanzierung aus einer Hand. Angesichts der diskutierten Fehlsteuerungen einer dualen Finanzierung wird schon seit längerem eine monistische Krankenhausfinanzierung, also eine Finanzierung „aus einer Hand“ gefordert. Investitionszuschüsse wären dann Teil der Leistungsvergütungen, sodass sich

sämtliche Finanzmittel gleichermaßen leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilen. Technisch umgesetzt würde die Monistik durch differenzierte Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Eine konsequente Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen bedeutet, dass zukünftig kein „Investitionsstau“ mehr entstehen kann, bei dem die Krankenhausinvestitionen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen „hinterherhinken“.

Steuern in den Fonds. Eine monistische Krankenhausfinanzierung haben Professor Bert Rürup und das IGES Institut bereits 2008 in einem Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagen: Danach wären die Bundesländer weiterhin für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung verantwortlich, die Investitionsförderungen würden aber nicht

mehr aus den Länderhaushalten finanziert, sondern als Vorwegabzug vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht. Die Steuermittel würden dann in den Gesundheitsfonds geleitet. Wie sich dies auf die einzelnen Länder auswirken würde, hatten Rürup und

IGES seinerzeit berechnet, unter den Annahmen, dass das Fördervolumen auf fünf Milliarden Euro erhöht würde und die Investitionsförderung weiterhin vollständig die Länder tragen.

Eine aktualisierte Berechnung für das Jahr 2013 wird im Folgenden dargestellt. Dabei gilt wie damals, dass die optimale Höhe der Investitionsförderung wissenschaftlich nicht herzu-leiten ist. Die gewählten fünf Milliarden Euro basierten auf der Anwendung des Verhältnisses von Investitionsförderung zu (bereinigten) Krankenhauskosten zu Beginn der 1990er-Jahre. Damit käme man für das Jahr 2013 auf ein Fördervolumen von rund sieben Milliarden Euro. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert gegenwärtig mindestens sechs Milliarden Euro jährlich, was aktuell rechnerisch zugrunde gelegt wurde.

Weil das vorgeschlagene Modell nicht in den komplexen Finanzausgleich zwischen den Bundesländern eingreifen soll, würden die Ländermittel aus dem Umsatzsteueraufkommen erst nach der Zuweisung der sogenannten Ergänzungsanteile abgezogen (bis zu 25 Prozent des Länderanteils gehen als Ergän-

**Weniger Fördermittel,
höhere Klinikkosten – das
passt nicht zusammen.**

Wie hätte sich das Rürup-IGES-Modell 2013 auf die Bundesländer ausgewirkt?

Bundesland	Umsatzsteuer insgesamt	Umsatzsteuer Veränderung	Wegfall bisherige KHG-Fördermittel (Ø 2011–2013)	Nettobelastung	Nettobelastung je Einwohner
(in 1.000 Euro)					
(in Euro)					
Baden-Württemberg	9.253.416	-789.059	379.167	-409.892	-39
Bayern	10.957.217	-934.345	460.000	-474.345	-38
Berlin	3.376.959	-252.709	90.800	-161.909	-48
Brandenburg	3.442.548	-182.227	107.383	-74.844	-31
Bremen	690.725	-48.736	29.227	-19.510	-30
Hamburg	1.521.634	-129.753	112.657	-17.096	-10
Hessen	5.260.751	-448.596	230.167	-218.429	-36
Mecklenburg-Vorpommern	2.541.726	-118.897	65.420	-53.477	-33
Niedersachsen	8.228.109	-579.933	247.417	-332.517	-43
Nordrhein-Westfalen	15.446.670	-1.306.385	495.417	-810.968	-46
Rheinland-Pfalz	3.723.906	-296.970	117.800	-179.170	-45
Sachsen	6.452.477	-300.922	98.333	-202.588	-50
Sachsen-Anhalt	3.580.973	-167.443	57.687	-109.757	-49
Saarland	1.180.397	-73.844	35.323	-38.521	-39
Schleswig-Holstein	2.701.603	-209.082	84.650	-124.432	-44
Thüringen	3.471.673	-161.097	56.667	-104.430	-48
Insgesamt	81.830.783	-5.999.999	2.668.113	-3.331.886	-41

Eine umsatzsteuerfinanzierte Investitionsförderung in Höhe von sechs Milliarden Euro würde finanzschwache Länder weniger stark belasten als finanzstarke. Die geringste Mehrbelastung müssten die

Länder schultern, die schon jetzt am meisten je Einwohner für Krankenhausinvestitionen aufwenden. Hamburg etwa wäre mit zehn Euro je Einwohner dabei. *Quelle: IGES auf Basis BMF und DKG, 2014*

zungsanteil an die Länder, deren Einnahmen je Einwohner aus Einkommens-, Körperschafts- und Landessteuern unter dem Länderdurchschnitt liegen). Das verbleibende Umsatzsteuerertrag würde dann um sechs Milliarden Euro für die Krankenhaus-Investitionsförderung gekürzt und erst danach nach Einwohnerzahl auf die Länder verteilt, sodass sich die Belastungen aus der Umstellung proportional nach Einwohnerzahl auf die Bundesländer verteilen.

Die Höhe der aus dem Umsatzsteuerertrag finanzierten Ergänzungsanteile finanzschwacher Länder wird unabhängig vom Umsatzsteuervolumen bestimmt. Daher sind finanzschwache Länder insgesamt geringer betroffen als finanzstarke, denn während die Ergänzungsanteile unverändert bleiben, erfolgt die Steuerertragminderung proportional nach Einwohnerzahl. Für das Jahr 2013 beträgt der simulierte Mittelrückgang durch den Abzug von sechs Milliarden Euro für finanzstarke Länder (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen) jeweils 7,9 Prozent. Für finanzschwache Länder sind die Rückgänge geringer, am geringsten mit rund 4,5 Prozent für Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Hamburg käme gut weg. Da im Gegenzug bisherige KHG-Investitionsmittel der Länder entfallen, wäre die Nettobelastung einer solchen Umstellung geringer. Rechnet man für die Länder jeweils die durchschnittliche Höhe der KHG-Förderungen der letzten drei Jahre (2011–2013) dagegen, reduziert sich die Belastung von sechs auf rund 3,3 Milliarden Euro (*siehe Tabelle*). Dabei ist die Belastung je Einwohner in denjenigen Bundeslän-

dern am geringsten, die in der jüngsten Vergangenheit am meisten je Einwohner für KHG-Förderungen aufgewendet haben: Auf Hamburg etwa kämen lediglich Mehrausgaben in Höhe von zehn Euro je Einwohner zu.

Reserve fürs platte Land. Grundsätzlich sollten die Investitionsmittel leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Was dies für die Investitionsmittelausstattung eines Krankenhauses bedeutet, hängt dann entscheidend von seinen Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Die bundesländerspezifische Historie der Investitionsförderung nach KHG sollte dagegen keine Rolle bei der Mittelverteilung spielen. Eine solche leistungsbezogene Zuweisung der Investitionsförderung wäre ein effizienter Ansatz, den Abbau von Überkapazitäten sowie die Spezialisierung der Krankenhäuser zu beschleunigen.

Allerdings könnte dies in strukturschwachen Regionen unerwünschte Folgen haben, denn zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits bestehen Zielkonflikte. Um dies zu vermeiden, sollte ein bestimmter Teil (zum Beispiel zehn Prozent) der Steuermittel für die Investitionsförderung in einen Infrastrukturfonds fließen. Die Fondsmittel sollten dann nach bundeseinheitlichen Verfahrensgrundsätzen von den Bundesländern nur für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen eingesetzt werden. ■

Dr. Martin Albrecht leitet am IGES Institut als Geschäftsführer den Bereich Gesundheitspolitik.



Behandlung aus einem Guss

An Patienten, die ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk erhalten sollen, richtet sich ein Projekt der AOK Hessen. Ziel ist es, die Übergänge zwischen ambulanten und stationären Behandlungsschnitten reibungslos zu gestalten und den Heilungsprozess zu fördern.

Am Anfang des Projektes zur Integrierten Versorgung steht die Vorbereitung des Patienten auf seine Operation, am Ende eine ambulante oder stationäre Reha-Maßnahme. Vertragspartner der AOK Hessen sind dabei Kliniken, die beim Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) gute bis sehr gute Ergebnisse vorweisen. Für den Einsatz eines

künstlichen Kniegelenks gilt darüber hinaus, dass die jährliche Mindestmenge von 50 Eingriffen je Klinik erreicht werden muss. Zentraler Bestandteil der einzelnen Verträge sind die Behandlung im Krankenhaus und die folgende Rehabilitation.

Für Patienten heißt das: Innerhalb einer Woche, nachdem der Arzt die Überweisung ausgestellt hat, bekommen sie einen Termin für ein Beratungsgespräch in der Klinik. Risikopatienten nehmen außerdem vor der stationären Aufnahme an einem MRSA-Screening teil, das verhindern soll, dass sie sich in der Klinik mit multiresistenten Keimen infizieren. Damit der Heilungsprozess nach der Operation rasch weitergeht, beginnen die Patienten nahtlos mit der ambulanten oder stationären Re-

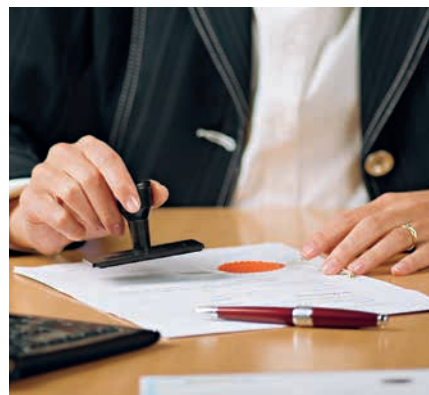
habilitation. Hier bindet das Krankenhaus den entsprechenden Anbieter von vornherein ein. Und schließlich ersparen sich die Patienten auch das Warten auf die Entlassungspapiere, denn ihr weiterbehandelnder Arzt wird sofort nach dem Klinikaufenthalt über die Operation und Therapie im Krankenhaus informiert und erhält Hinweise zur Weiterbehandlung sowie zu den notwendigen Medikamenten. ■

Mehr Infos: yvonne.kothe@he.aok.de

Brief und Siegel für gute Qualität

Krankenhäusern, die beim Einsetzen künstlicher Hüftgelenke besonders gute Ergebnisse erzielen, verleiht die AOK Niedersachsen ein Zertifikat. Zehn Kliniken wurden im Jahr 2014 ausgezeichnet, darunter große Krankenhäuser wie das Herzogin-Elisabeth-Hospital in Braunschweig, aber auch kleinere wie das Kreiskrankenhaus Osterholz.

Die Auszeichnung beruht auf dem QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) und gilt für jeweils ein Jahr. Für das Zertifikat kommen nur Häuser in Betracht, die laut QSR bundesweit zu den besten 20 Prozent gehören. In dieser Gruppe treten Komplikationen nur in 3,9 Prozent aller Fälle auf, am anderen Ende des Spektrums dagegen bei 10,5 Prozent. Der AOK-Krankenhausnavigator veröf-



fentlicht jedes Jahr im Herbst die neuen QSR-Ergebnisse. Das vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) entwickelte Verfahren wertet Informationen zur Behandlungsqualität bestimmter Operationen aus. Dazu analysiert es Da-

ten, die bei der Abrechnung zwischen AOKs und Kliniken ohnehin routinemäßig anfallen. Mit diesen Informationen lässt sich unter anderem ermitteln, ob bei einer Operation Komplikationen aufgetreten sind oder ob der Patient nach dem Eingriff ein weiteres Mal behandelt werden musste. Das Besondere an QSR ist, dass es langfristige Aussagen über die Behandlungsqualität ermöglicht, da es die Zeit nach dem stationären Aufenthalt einbezieht. Derzeit liegen QSR-Ergebnisse für vierzehn Leistungsbereiche vor, von denen sechs im AOK-Krankenhausnavigator öffentlich dargestellt werden, darunter Hüft- und Knieendoprothesen, Blinddarmentfernung, Herzkatheter oder Gallenblasentfernung. ■

Mehr Infos: julia.weber@nds.aok.de

Welche Klinik passt zu mir?

Wer eine planbare Operation vor sich hat und dafür ein geeignetes Krankenhaus oder eine ambulante Alternative sucht, braucht verlässliche Informationen. In dieser Situation unterstützt die AOK Nordost ihre Versicherten.

Bei einem persönlichen Beratungsgespräch erhalten sie Informationen, welche Klinik den geplanten Eingriff in überdurchschnittlicher Qualität vornimmt. Dieses Wissen können sie dann bei ihrer Entscheidung berücksichtigen. Auch die Erfahrungen anderer Patienten fließen in die Beratung mit ein, denn nach einem Klinikaufenthalt befragt die AOK Nordost ihre Versicherten regelmäßig, wie sie die Versorgung, die Organisation und den



Service erlebt haben und ob sie die Klinik weiterempfehlen würden.

Für ein Beratungsgespräch können die Versicherten mit ihrer ärztlichen Verordnung jedes Servicecenter der AOK Nordost aufsuchen. Wenn sie es wünschen,

wird der behandelnde Arzt in das Beratungsgespräch eingebunden. Die Patienten können die vorliegende Diagnose aber auch in einer spezialisierten Zweitmeinungssprechstunde des AOK-eigenen „Centrums für Gesundheit“ in Berlin absichern lassen. Kommen alternativ auch eine ambulante Therapie oder Operation infrage, kann die AOK Nordost qualifizierte Ärzte vermitteln. Für die Beratungsgespräche nutzen die Mitarbeiter der AOK Nordost auch das QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten), das ermittelt, in welcher Qualität einzelne Kliniken bestimmte Eingriffe vornehmen. ■

Mehr Infos: detlef.henning@nordost.aok.de

Info-Service für Orthopäden

Jedes Jahr stehen tausende Menschen vor der Frage, in welche Klinik sie für eine geplante Hüft- oder Knieoperation gehen sollen. Patienten und einweisende Ärzte erwarten eine gute medizinische Behandlung und einwandfreie Ergebnisse nach dem Eingriff.

Die AOK Sachsen-Anhalt unterstützt niedergelassene Orthopäden bei der Suche nach dem geeigneten Krankenhaus. „Wir wissen, dass viele Ärzte aus Zeitmangel nicht erst online im Krankenhausnavigator der AOK nach dem geeigneten Krankenhaus suchen wollen“, sagt Markus Hopp vom Fachbereich Krankenhausverhandlung und -planung der AOK Sachsen-Anhalt. Deshalb bereitet die Gesundheitskasse die QSR-Daten zu Hüft- und Knieoperationen regelmäßig und über-

sichtlich auf. Das QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) wertet Klinik- und Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung aus und ermöglicht so die Langzeitbetrachtung von Behandlungsergebnissen. So wird sichtbar, ob nach einem Krankenhausaufenthalt Komplikationen aufgetreten sind.

Die AOK-Arztberater stellen dann den rund 80 Orthopäden in Sachsen-Anhalt entsprechende Übersichten der Krankenhäuser zur Verfügung. So erfahren die Ärzte schnell und parallel zum Online-Angebot, ob es in einer Klinik nach einer Hüft- oder Knieoperation ungeplante Folgeoperationen oder chirurgische Komplikationen gab und auch, wie hoch die Sterblichkeit in den ersten 90 Tagen nach dem Eingriff ist. Markus Hopp: „Unser Angebot besteht seit 2013 und wird von



den Ärzten gut angenommen. Viele gehen mit ihren Patienten gemeinsam die Liste durch, bevor sie sich für ein Krankenhaus entscheiden. Wir wollen unsere Informationen für einweisende Ärzte deshalb auch in den nächsten Jahren anbieten und gegebenenfalls erweitern.“ ■

Mehr Infos: markus.hopp@san.aok.de

Sind die Klinik-Eckpunkte rund?



Für die Finanzierung der Investitionen der Kliniken sind die Bundesländer zuständig, die Krankenkassen hingegen für die Betriebskosten. Leider hinken die Länder seit Jahren bei ihren finanziellen Verpflichtungen hinterher. Das muss sich ändern. Einfach mehr Geld ist aber keine Lösung. Wir brauchen echte Strukturreformen, mit denen wir nicht nur bei der Investitionsfinanzierung, sondern auch bei der Krankenhausplanung neue Wege beschreiten. Die Bund-Länder-AG zur Zukunft der deutschen Krankenhäuser hat jetzt die Einrichtung eines Investitionsfonds über eine Milliarde Euro beschlossen, um strukturverändernde Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Daran beteiligt sich der Bund mit Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bis zur Hälfte. Damit sind die Voraussetzungen für die Länder gut, Veränderungen anzugehen und die Versorgungsstrukturen zukunftsfähig zu machen. ■

Jens Spahn ist der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-/CSU-Bundestagsfraktion.



Aus den Eckpunkten der Bund-Länder-AG wird in diesem Jahr ein gutes Gesetz entstehen. Davon werden die Patienten, die Beschäftigten in den Krankenhäusern und die Krankenhäuser selber profitieren. Wir werden die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser verbessern und die Qualität, die sie erbringen, bei der Bezahlung und bei der Krankenhausplanung berücksichtigen. Wir werden sowohl die schwierige Versorgungslage in ländlichen Regionen als auch die Situation der Hochschulmedizin verbessern. Besonders freut mich, dass es ein Pflegestellenförderprogramm geben wird, mit dem in drei Jahren 660 Millionen Euro zusätzlich für die Pflege am Bett bereitgestellt werden. Auch der Strukturfonds, mit dem insgesamt bis zu einer Milliarde Euro ausgegeben werden können, ist ein großer Erfolg und hilft den Ländern beim notwendigen Umbau ihrer Krankenhauslandschaft. ■

Hilde Mattheis ist die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion.



Die Eckpunkte der Bund-Länder-AG sind insgesamt enttäuschend. Es gibt zwar sinnvolle Einzelregelungen, der ordnungspolitische Rahmen wird aber nicht grundlegend erneuert. So fehlt etwa eine Reform der Investitionsfinanzierung, bei der Krankenhäuser und Länder die Lasten gemeinsam schultern. Es fehlen auch Schritte zu einer Klinikplanung, die den ambulanten und stationären Sektor miteinander verzahnen. Die Beschlüsse zur Finanzierung der Pflege sind zwar wichtig, bloße Prüfaufträge reichen nach Jahren der Diskussion allerdings nicht aus. Die zu bildende Kommission muss ein wirksames Instrument zur Personalbemessung und Finanzierung (zum Beispiel in Form eigenständiger Pflegepauschalen) vorlegen. Nachdenklich stimmen die zahlreichen Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Gibt die Gesundheitspolitik hier nicht allzu leichtfertig ihren Gestaltungsauftrag preis? ■

Dr. Harald Terpe ist Obmann der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen im Gesundheitsausschuss.



Einen Kurswechsel in der Krankenhauspolitik stellt die geplante Reform nicht dar. Immer mehr Entscheidungen werden nicht mehr auf der demokratisch legitimierten, politischen Ebene getroffen, sondern unterliegen ökonomischen Prozessen. Diese Entwicklung ist falsch. Marktprozesse taugen nicht als Steuerungsinstrument, denn Anbieter in einem leistungsorientierten Vergütungssystem sind gezwungen, möglichst viel zu verkaufen, um nicht selber unterzugehen. Der Markt zielt auf Gewinn und ist blind für den Versorgungsbedarf der Menschen. Das Pflegeförderprogramm reicht bestenfalls, um abzusehende Fallzahlsteigerungen zu kompensieren. Die notwendigen Verbesserungen in der Krankenhauspflge sind nicht zu erwarten. Der Strukturfonds droht zur Abwrackprämie für Krankenhausbetten zu werden. Doch eine Auslastung von knapp 80 Prozent, unter der Woche sogar mehr, lässt für Bettenabbau kaum Spielraum. ■

Harald Weinberg ist gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion der LINKEN.