

„Das Monopol bröckelt“

Mehr Wettbewerb und weniger Planung fordert Dr. Wulf-Dietrich Leber, der Krankenhausesperte des GKV-Spitzenverbands, im Interview. Schließlich gebe es „auch keinen nationalen Bäckereiplan“.



Herr Dr. Leber, wie viel Wettbewerb benötigt das Gesundheitswesen?

Überall dort, wo Konsumenten und in unserem Fall Patienten frei wählen können, gibt es auch Wettbewerb. In Deutschland können wir frei wählen, in welches Kranken-

haus wir gehen und bei welcher Krankenkasse wir uns versichern. Aber es mangelt an Gestaltungsmöglichkeiten, vor allem für die Krankenkassen. Nötig ist mehr Raum, damit sich das Angebot der Kassen wirklich unterscheiden kann.

Nur so wird es zu einem echten Innovationswettbewerb unter den Kassen kommen.

Was konkret fordern Sie?

Die Krankenkassen sollen mehr Freiheiten bekommen, individuell

Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern jenseits des Kollektivvertragsrechts zu schließen. Das würde Spielräume eröffnen, sektorspezifisch, aber auch sektorübergreifend neue Wege zu gehen. Derzeit wird hier leider vieles durch den kollektiven Rahmen, zu dem auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gehören, verhindert.

Was können die Krankenkassen beitragen, damit die Qualität steigt?

Zunächst gilt es, in der Qualitätssicherung die Sektorengrenzen zu überwinden. Eine Krankenhausleistung ist letztlich nur zu beurteilen, wenn auch der Gesundheitszustand nach der Entlassung erfasst wird. Der Gesetzgeber hat schon 2007 eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung auf den Weg bringen wollen. Wir hoffen, dass dies nun durch das neue Qualitätsinstitut endlich Realität wird. Im Wesentlichen kommt es dabei darauf an, dass die Qualitätssicherung bei den niedergelassenen Ärzten nicht mehr länger im Herrschaftsbereich der KVen liegt, sondern durch ein unabhängiges Institut erfolgt.

Die KVen kommen ihren Pflichten oft nicht nach, etwa bei der Sicherstellung der Notfallversorgung. Sind die KVen überhaupt noch zeitgemäß?

Das KV-System entstand Ende der 1920er-Jahre in einer Notsituation als Monopol der Kassenärzte. Fakt ist: Andere Monopole aus dieser Zeit, etwa das Monopol der Elektrizitätsversorger, wurden abgeschafft, bevor sie 100 Jahre alt wurden. Durch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen einerseits und Hausarztverträge andererseits bröckelt das Monopol bereits erheblich.

Welche Chancen sehen Sie in der qualitätsorientierten Vergütung?

Wir betreten hier Neuland. Es wird nicht einfach sein, in der Krankenhausplanung Ergebnisqualität zu berücksichtigen, also zum Beispiel ein Haus mit einer nicht zufriedenstellenden Qualität in einem Bereich von der Leistungserbringung auszuschließen. Das wird ver-

mutlich nur über die Beurteilung der Strukturqualität gehen. Anhand der Ergebnisqualität wird es kaum möglich sein, gerichtsfeste Entscheidungen zu treffen. Anders sieht es bei Zu- und Abschlägen bei der Vergütung aus. Hier sehe ich durchaus Möglichkeiten, Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Wir sollten dabei nicht auf das neue Institut warten, sondern mit den bestehenden Qualitätsindikatoren beginnen. Das Ziel muss doch sein, schlechte Qualität zu vermeiden und gute Ergebnisse zu belohnen.

Ist nicht bei der eher zu beurteilen den Strukturqualität anzufangen?

Wir brauchen beides: einen stärkeren Fokus auf die Ergebnisqualität und die Umsetzung von Strukturqualität. Bei der Strukturqualität muss es zum Beispiel leichter werden, gerichtsfest verbindliche Mindestmengen vorzuschreiben. Und die Vorschriften bei den Mindestmengen müssen dann auch durchgesetzt werden. Es gibt derzeit zahlreiche Beispiele für Krankenhäuser, die unterhalb der Mindestmengenvorgaben arbeiten, ohne dass dies Folgen nach sich zöge.

Brauchen wir einen Krankenhaus-TÜV, der Kliniken die Zulassung entzieht, wenn diese etwa Mindestmengen nicht erfüllen oder bestimmte Personalvorgaben nicht einhalten?

Die Überprüfung ist das eine, die wirksame Durchsetzung rechtlicher Vorgaben das andere. Bisher wurden Krankenhäuser nur sehr selten, zum Beispiel im Fall großer Skandale, von den jeweils zuständigen Landesbehörden geschlossen. Wir wollen Sanktionsmöglichkeiten, die auch, ohne dass es vorher einen Skandal gab, genutzt werden.

Wer sollte die Befugnis dazu haben?

Es sollten jedenfalls nicht dieselben Behörden sein, die mit der Krankenhausplanung betraut sind. Die Regeln sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegen, und dann sollten unabhängige Instanzen die Kliniken überwachen und gegebenenfalls auch sanktionieren können. Der Koalitionsvertrag sieht



Dr. Wulf-Dietrich Leber
ist Abteilungsleiter
Krankenhaus beim
GKV-Spitzenverband in
Berlin.

vor, dass bei der Überprüfung von Strukturqualität auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eine Rolle spielt.

Sollen die Kassen auch eine stärkere Rolle in der Krankenhausplanung spielen, die derzeit Ländersache ist?

Zunächst ist festzustellen, dass wir in Deutschland kaum noch Krankenhausplanung haben. Seit vielen Jahren erleben wir eine Erosion der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer. Damit einhergehend ist auch die Krankenhausplanung vielerorts im Prinzip verschwunden. Denn ein Land, das keine Neubauten und keine Investitionen mehr finanziert, kann letztlich keinen Plan umsetzen. Nur wenn das Land Geld bereitstellt, kann es entscheiden, ob ein neuer Bettentrakt oder ein neuer Operationssaal gebaut wird. Auch der Übergang zu einer pauschalen Investitionsfinanzierung ohne Einzelförderung bedeutet letztlich den Rückzug aus der Planung. Die Länder entscheiden heute nicht mehr über die Angebotsstruktur des stationären Sektors. Der eigentliche Entscheider sind die Krankenhausträger. Die Krankenhausplanung der Länder ist heute nichts weiter als die Fortschreibung einer alten Adressliste. Die Länder haben aufgehört, gestaltend zu wirken.

Sollen die Kassen mehr Verantwortung übernehmen, etwa indem auch der Sicherstellungsauftrag von den Ländern auf die Kassen übergeht?

Die Krankenkassen würden die Planung verbessern, weil sie naturgemäß auch die Folgekosten berücksichtigen und die Wirkung auf andere Sektoren im Blick haben. Aber am Bedeutungsverlust würden sie auch nichts ändern. Es geht künftig weniger um die Frage, wer plant, sondern um die Frage, was geplant werden muss. Selbstverständlich muss die Notfallversorgung sichergestellt werden. Aber die Entscheidungen, wo sogenannte elektive Leistungen – denken Sie an den Einsatz künstlicher Kniegelenke – erbracht werden, können durchaus den Krankenhausträgern

und damit dem Wettbewerb überlassen werden.

Ist der Markt geeignet, die Daseinsvorsorge zu organisieren?

Wir haben auch keinen nationalen Bäckereiplan, obwohl das tägliche Brot ganz bestimmt ebenfalls zur Daseinsvorsorge gehört. Das Ergebnis der augenblicklichen Krankenhausplanung sind Überkapazitäten. Wir haben zu viele Häuser, und wir haben zu viele Betten, und wir haben im internationalen Vergleich zu viele Fälle. Wir brauchen eine Strukturbereinigung. Ich sehe nicht die Gefahr, dass dabei Versorgungslücken entstehen.

Wer soll denn die Notfallversorgung planen?

Ich denke, die Planung der Notfallversorgung ist bei den Bundesländern gut aufgehoben. Wir sollten aber im G-BA bundesweit einheitliche Kriterien festlegen, anhand derer die Länder vorgehen. Dabei sollten wir stärker Navigations- und Simulationssysteme zum Einsatz bringen. Wir müssen uns stärker Gedanken darüber machen, ob sämtliche Kapazitäten, die heute vorgehalten werden, auch in Zukunft noch nötig sind. Drei Viertel aller kleinen Krankenhäuser befinden sich in Ballungsgebieten. Hier gibt es mit Sicherheit kein Versorgungsproblem, wenn die Zahl der Klinikstandorte sinkt. Aber im Interesse einer qualitativ guten und wirtschaftlich vernünftigen Versorgung ist in diesen Regionen eine Neustrukturierung nötig.

Welche Rolle sollten die Bundesländer dabei spielen?

Die größte Rolle müssen und werden die Krankenhausträger spielen. Die Bundesländer werden keine Kliniken schließen, die Kassen werden keine Kliniken schließen, und der Bund wird erst recht keine Kliniken schließen. Dazu ist nur der Krankenhausträger in der Lage. Nur das Rote Kreuz kann ein Rot-Kreuz-Haus und nur der Helios-Konzern kann eine Helios-Klinik vom Netz nehmen. Selbstverständlich muss die Politik diesen Prozess unter-

stützen. Wir fordern deshalb einen bundesweiten Restrukturierungsfonds, der zum Beispiel die Umwidmung eines Krankenhauses in eine andere Funktion finanziert.

Wer muss einspringen, wenn ein Träger ein Haus in einer Region schließt und dort damit eine Versorgungslücke entstehen würde?

Theoretisch wären dann das Land und die Kommune gefragt. Praktisch sehe ich nicht, dass sich die Frage stellt. Angesichts der sehr aktiven Krankenhausketten in Deutschland sind weiße Flecken in der Versorgung höchst unwahrscheinlich. Natürlich kann es Hilfen für Marktaustritte nur für solche Häuser geben, bei deren Ausscheiden keine versorgungskritische Situation entsteht.

Welche Rolle sollten Selektivverträge zwischen Kassen und Kliniken spielen?

Selektivverträge sind sinnvoll, wenn es um standardisierbare Massenseleistungen mit der Tendenz zur Überversorgung geht. Niemand will Selektivverträge für die Notfallversorgung etablieren. Ziel ist es aber, dort eine qualitative Auswahl zu treffen, wo viele Anbieter auf dem Markt sind – zum Beispiel bei Hüftendoprothesen. Im Koalitionsvertrag haben sich die Regierungsparteien verständigt, mehr Möglichkeiten für sogenannte Qualitätsverträge zu schaffen. Wir halten das für einen sinnvollen Weg.

Lassen sich Notfallversorgung und planbare Eingriffe trennen?

In der Dämmerung ist es immer schwierig, sich festzulegen, ob es Tag oder Nacht ist. Trotzdem macht es Sinn, zwischen Tag und Nacht zu unterscheiden. Dasselbe gilt für die Unterscheidung zwischen elektiven Leistungen und der Notfallversorgung. Der Gesetzgeber sieht vor, dass der G-BA die Debatte über Qualitätsverträge mit jenen Leistungen beginnt, die eindeutig in die Kategorie „planbar“ fallen. Das erscheint auch uns der richtige Weg zu sein.

Das Interview führte Dr. Stephan Balling.