

Neujahrsgespräch 2014 der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein am 23. Januar 2014 in Kiel

Rede von Armin Tank, Leiter der vdek-Landesvertretung:

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Abgeordnete des Landtages und Bundestages,
sehr geehrte Staatssekretärin Langner,
sehr geehrte Vertreterinnen der Kammern, Vereinigungen, Verbände,
Krankenkassen, Krankenhäuser und aus den Ministerien,
sehr geehrter Herr Prof. Beske und Frau Beske,
lieber Professor Jansen,
liebe Gäste beim Verband der Ersatzkassen!

Es freut uns, dass Sie heute zu uns gekommen sind, um auf das vergangene Jahr zurückzublicken und vor allem um zu diskutieren, was in diesem und den nächsten Jahren im Gesundheitswesen wohl auf uns zukommen wird, nachdem wir auf Bundesebene einen Regierungswechsel erlebt haben.

Gesattten Sie einen kurzen Blick zurück: Für die Ersatzkassen war 2013 ein gutes Jahr. Nicht nur im Bund, wo die Zahl der Ersatzkassen-Versicherten zum Ende vergangenen Jahres auf über 26 Millionen gestiegen ist. Auch im Land hält diese positive Entwicklung an. Ende 2013 waren mehr als 1,13 Millionen Schleswig-Holsteiner bei den sechs Ersatzkassen krankenversichert. Das sind über 15.000 mehr als ein Jahr zuvor, so dass wir als Ersatzkassengemeinschaft unsere Führungsposition mit einem Marktanteil von über 47 Prozent weiter ausgebaut haben. Das freut uns natürlich, aber es verpflichtet uns auch gleichzeitig, diese Stärke zu nutzen, um die medizinische Versorgung der Versicherten in Schleswig-Holstein weiter zu verbessern!

Thema und Zeitpunkt unserer heutigen Veranstaltung haben wir offenbar richtig gewählt. In den Medien hat das Thema „Gesundheit“ in dieser Woche eine überdurchschnittlich große Präsenz: „Mehr Tote durch Behandlungsfehler als im Straßenverkehr“ heißt es – journalistisch überspitzt – über den Krankenhausreport einer „befreundeten Kassenart“ und auch die

KPMG Studie zur Effizienz des Gesundheitssystems im Auftrag der „Welt am Sonntag“ hat einige Aufmerksamkeit bekommen. Aber so schlecht, wie es in diesen Publikationen dargestellt wurde, ist unser Gesundheitswesen nach meiner Einschätzung nach NICHT. Und ich denke, dass Sie als Insider oder Macher des Gesundheitswesens das genauso sehen.

Von der „gefühlten Wahrnehmung“ ist es so, dass viele Menschen aus anderen Ländern uns um das deutsche Gesundheitssystem beneiden. Die KPMG-Studie stellt infrage, ob unser Gesundheitssystem das viele Geld wert ist, das wir dafür ausgeben. Bundesweit haben die gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr 64 Milliarden Euro für die stationäre Versorgung ausgegeben – in Schleswig-Holstein waren es knapp 1,9 Milliarden Euro. Kann es also am vielen Geld?

Wegen der gesetzlich vorgegebenen Konvergenz steigt der Landesbasisfallwert für Schleswig-Holstein in diesem Jahr um 3,5 Prozent – und das bei einer festgestellten Steigerungsrate von 2,81 Prozent. Da ist also schon einmal deutlich mehr Geld im Topf!

Und was kommt ab 2016? Die neue Bundesregierung will die Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten aufheben, die sich **nicht** mit Besonderheiten in der Versorgungs- oder Kostenstruktur oder der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen lassen. Dazu soll eine Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern die Eckpunkte erarbeiten. Es soll also zu einer weiteren Angleichung kommen – aber auf welchem Niveau? „Mehr Geld für alle!“ kann aus unserer Sicht nicht die Lösung sein!

„Mehr Geld für alle!“ Das war wohl auch das Motto der alten Bundesregierung, als sie zu Beginn des Wahljahres 2013 über **eine Milliarde** Euro nach dem Gießkannenprinzip an die Krankenhäuser in ganz Deutschland verteilte – unabhängig von Besonderheiten in der regionalen Versorgungslandschaft und unabhängig von Bilanzzahlen der einzelnen Häuser.

Meine Damen und Herren,

„Mehr Geld für alle!“ Das mag – zumindest aus Sicht der Krankenhäuser – zunächst einmal gut klingen. Aus Sicht des vdek ist das aber zu einfach, zu kurz gegriffen und nicht der Schlüssel zur Lösung, denn dadurch werden die bestehenden Strukturen, die zumindest für einige der von den Kliniken angeführten Probleme verantwortlich sind, nur zementiert. Immerhin sind die Ausgaben der GKV für die stationäre Versorgung in Schleswig-Holstein seit 2008 um über 32 Prozent gestiegen.

Man muss ja nicht gleich so weit gehen wie der Gesundheitsökonom Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung, der kürzlich sagte: „Manche Kliniken muss man einfach abreißen“ ... Das ist ganz sicher NICHT das, was dem vdek für die Struktur der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein vorschwebt!

Was plant die neue Bundesregierung denn außer der Angleichung der Landesbasisfallwerte im Bereich der stationären Versorgung? Erfreulich oft findet sich im Koalitionsvertrag der Begriff der „**Qualität**“. Da ist die Rede von:

- „Qualitätsoffensive“
- „Qualität als weiterem Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung“
- einem „neu zu gründenden Qualitätsinstitut“
- „Vorgaben zur internen und externen Qualitätssicherung“ sowie
- „Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die verständlicher und transparenter werden müssen“ ...

In diesen Kontext gehören auch die Absichtserklärungen zu den – vielerorts schon genutzten – OP-Sicherheits-Checklisten, zur rechtssicheren Ausgestaltung von Regelungen zu Mindestmengen, zum Aufbau eines Transplantations- und eines Implantatregisters einschließlich verpflichtender Datenlieferung und deren Evaluierung sowie der Ausbau von Maßnahmen zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen.

Da sind wir als Ersatzkassen voll und ganz dabei, denn bei dieser Diskussion geht es doch darum, die Versorgung der Patienten und die Patientensicherheit zu verbessern. Letztlich werden aber auch die Krankenhäuser davon profitieren, wenn das Qualitätsniveau weiter steigt.

Denn die neue Koalition will besonders gute Leistungen belohnen: durch Herausnahme aus den Mehrleistungsabschlägen oder durch Zuschläge bei den Vergütungen. Im Gegenzug soll bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen die Vergütung gekürzt werden.

Das geht dem vdek nicht weit genug. Wir wollen schlechte Qualität nicht akzeptieren, wir wollen sie auch nicht mehr bezahlen. Wir fordern, dass Leistungen, die nachweislich in schlechter Qualität erbracht werden, von der Versorgung ausgeschlossen werden. Schlechte Qualität sollte nicht schlechter vergütet werden – sie sollte gar nicht erst entstehen oder erbracht werden!

Hier kommen wir nun zur zentralen Frage. Wie kann man die Qualität im Krankenhaus steuern und messen und vor allem verbessern? Dazu muss die Qualitätstransparenz gesteigert und schlechte Qualität sanktioniert werden. Das IGES Institut hat im Auftrag des vdek ein Konzept erarbeitet, um diesen Ansatz praktikabel zu machen.

Das Messen scheint dabei gar nicht das Problem zu sein, denn bereits heute gibt es für 30 Leistungsbereiche 430 Qualitätsindikatoren, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Im Auftrag des G-BA erfasst das AQUA-Institut diese Qualitätsdaten der Krankenhäuser. Dazu gehören beispielsweise die Sterblichkeitsraten bei Gallen OP's oder die Güte der Indikationsstellung bei kathetergestützten Aortenklappenimplantationen – insgesamt können zurzeit Aussagen über die Qualität von rund 20 Prozent der in deutschen Krankenhäusern vorkommenden Leistungen gemacht werden. Die OECD bestätigt sogar, dass Deutschland eine führende Position bei der **SAMMLUNG** von Daten zur Qualität im Krankenhaussektor innehat. Doch faktisch werden aus diesen Daten zu wenige Konsequenzen gezogen oder Sanktionen verhängt.

Um das zu ändern, sollte der G-BA aus unserer Sicht auf der Grundlage der vorliegenden Daten verbindliche Qualitäts-Mindeststandards in Richtlinien für die Leistungserbringung festlegen – Das muss insbesondere auch für die Messung der **Ergebnisqualität** gelten. Auf der Basis dieser Daten müssen die Krankenkassen zeitnah prüfen, ob ein Krankenhaus die Qualitätsstandards einhält. Wenn das nicht der Fall ist, sollte die betroffene Klinik die Chance bekommen, die festgestellten Defizite selbst zu beheben. Ist das nach einer angemessenen Frist nicht gelungen, müsste dem Haus für diese Leistung der Ausschluss aus der kollektiven Versorgung drohen.

Das geht aber nur, wenn sowohl bei der Krankenhausplanung als auch in den Budgetverhandlungen die Qualität zentraler und rechtsverbindlicher Maßstab der Verhandlungen ist.

Und – liebe Gäste – an diesem Punkt kommen wir zur Landesebene: Unsere Regierung hat in ihrem Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode ein Landeskrankenhausgesetz angekündigt. Denn bislang ist die gesetzliche Grundlage ein Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1986. Die beiden zentralen Inhalte des geplanten Gesetzes sind die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung.

Woran orientiert sich die Krankenhausplanung derzeit? Am Bedarf, nur an Standorten? – In der bisherigen Praxis lief das aber auch über das Angebot von Leistungen. Eine Klinik geht in lukrative Leistungsbereiche, ohne einen entsprechenden Versorgungsauftrag. Dieses Angebot generiert Fälle und das Krankenhaus erreicht über diese erbrachten Leistungen die Aufnahme in den Krankenhausplan.

Sicher sehr kurz gesprochen – weiß ich!

Aber der Sinn einer Planung ist genau umgekehrt! Zuerst die Planung, dann das Angebot!

So könnten auch unnötige – und kostspielige – Parallel- oder Doppelstrukturen vermieden werden, wie etwa eine identische Spezialisierung mehrerer Krankenhäuser in unmittelbarer Nähe. Die Genehmigung einer zweiten Fachabteilung für Neurologie in Lübeck ist ein ganz aktuelles Beispiel dafür, wie wir uns Krankenhausplanung NICHT vorstellen. Dagegen ist die Kooperation der DIAKO und des Malteser Krankenhauses St. Franziskus-Hospital in Flensburg, zu der uns Herr Deitmaring detailliert berichten kann, aus unserer Sicht ein gelungenes Beispiel, wie eine Spezialisierung im stationären Sektor funktionieren kann.

Eine Spezialisierung ist eine **VERLAGERUNG** von bestimmten Leistungen an diejenigen Kliniken, die diese Leistung am besten erbringen können – und das hängt in der Regel auch damit zusammen, dass sie diese Leistung **HÄUFIGER** erbringen als andere. Größe ist hier also kein Selbstzweck, sondern durchaus ein Indikator für Qualität durch erhöhte Routine, Sicherheit und vorhandene Strukturen.

Und – wie eben schon ausgeführt – ist aus unserer Sicht essentiell, dass künftig auch die Qualität eine ganz zentrale Rolle für die Krankenhausplanung spielt.

Dazu gehört nicht nur die Einhaltung der Strukturvorgaben des G-BA, sondern auch Sanktionsmöglichkeiten bei erwiesener und anhaltend schlechter Qualität und bei Nichterfüllung des Versorgungsauftrages. Dazu gehört aber auch ein transparenter Umgang mit den Qualitätsdaten. Das bedeutet, die Daten offen zu legen – und zwar in einer Form, die auch Patienten verstehen, die für einen planbaren Eingriff ein geeignetes Krankenhaus suchen.

Aber, meine sehr geehrten Damen und Herren, im geplanten Krankenhausgesetz geht es auch ums Geld! Bei der Investitionskostenförderung können wir derzeit nicht zufrieden sein mit der Rolle des Landes. Es werden Vorhaben genehmigt, auch wenn der Landeszuschuss nicht für das gesamte Projekt ausreicht. „Restfinanzierung aus Eigenmitteln“ – so das Stichwort. Ein Krankenhaus muss einen Teil seiner Investitionen aus dem Budget nehmen, das von den gesetzlichen Krankenkassen eigentlich nur für die Behandlung ihrer Versicherten bezahlt wird!

Der erste Entwurf des Gesetzes sieht vor, dass diese seit Jahren zwangsweise gelebte Praxis zum neuen Standard im Gesetz erhoben wird. Kann das richtig sein?

Außerdem erscheinen uns die Förderrichtlinien in ihrer derzeitigen Form weder zeitgemäß noch zukunftsfähig.

Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft sind sich in diesem Fall einig in ihrer Forderung, dass die öffentliche Hand die notwendigen Fördermittel zur Verfügung stellen muss. Das Land hatte den Förderbetrag von 2008 bis 2010 von 93 auf 78 Millionen Euro gesenkt – seit 2011 liegt er konstant bei 79 Millionen Euro. Nochmals dazu, die Ausgaben der GKV sind für die stationäre Versorgung in Schleswig-Holstein sind dagegen von 1,4 auf knapp 1,9 Milliarden Euro gestiegen.

Der Bund hätte die Chance gehabt, die seit Jahren wachsende Lücke in der Investitionskostenförderung zu schließen, indem er sich selbst daran

beteiligt. Das ist auch diskutiert worden – findet sich nun aber doch nicht im Koalitionsvertrag von Union und SPD wieder.

Grundsätzlich begrüßen wir aber, dass die neue Bundesregierung die Notwendigkeit einer echten Krankenhausreform sieht – denn seit Einführung der DRG vor über 10 Jahren hat es keine wirkliche Krankenhausreform mehr gegeben.

Wie wird die Krankenhauslandschaft der Zukunft aussehen?

Für die Ersatzkassen gilt im Interesse der Versicherten der allgemeine Grundsatz: auch künftig wird es eine vernünftige flächendeckende stationäre Versorgung geben. Nur wie?

Nicht zuletzt wegen einer insgesamt schrumpfenden Bevölkerung, von der zudem ein immer größerer Teil in den Ballungsräumen lebt, wird es Verschiebungen geben – und geben müssen.

Ein Aspekt davon ist eine Konzentration, oder eben **Verlagerung** von Leistungen, wie ich sie im Zusammenhang mit der Spezialisierung beschrieben habe. Mittelfristig wird nicht jedes Krankenhaus jede Leistung anbieten. Nicht jedes Haus sollte den Anspruch einer kleinen Uniklinik erheben.

Und ich bin sicher: Die Patienten sind bei planbaren Eingriffen auch bereit, bewusst einen weiteren Weg ins Krankenhaus als heute in Kauf zu nehmen, wenn sie wissen, dass sie dort besser behandelt werden. Aber dazu muss eben die bessere Qualität dokumentiert und transparent gemacht werden.

An dieser Stelle sei der Hinweis erlaubt, denn Verlagerung und Qualität kann auch ganz anders aussehen, wenn bestimmte Leistungen in andere Sektoren oder Behandlungsformen verlagert werden. Das Regionalbudget Psychiatrie ist aus unserer Sicht ein sehr gelungenes Beispiel und auch das Psychosomatik-Konzept des Landes mit seinem dezentralen Ansatz begrüßen wir ausdrücklich.

Insgesamt wünschen wir uns für die Zukunft der medizinischen Versorgung eine bessere Verzahnung der Sektoren, eine Stärkung des Miteinanders von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Und dies auch in finanzieller Hinsicht. Nicht stets mehr Geld, sondern bessere Planung und Verlagerung sollte den Maßstab abbilden.

Im vergangenen Jahr war hier die Bedarfsplanung für die Niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten das Thema. In diesem Jahr diskutieren wir über die Krankenhäuser ... da wäre es ja fast naheliegend, wenn wir im kommenden Jahr an dieser Stelle über die Sektorübergreifende Versorgung reden würden? Ich bin gespannt –

Ich hoffe, dass wir heute noch anregende – und angeregte –Gespräche über Gegenwart und Zukunft der Krankenhauslandschaft in Schleswig–Holstein führen werden.

Zu einer lebendigen und ehrlichen Diskussion gehören unterschiedliche Positionen und Perspektiven, die den Prozess der Veränderung anschieben müssen. Diese Argumente liefern den Anreiz für die Diskussion mit Ihnen im Anschluss, die von unserem Pressesprecher Florian Unger moderiert wird.

Deshalb freue ich mich auf die Ausführungen der Staatssekretärin Anette Langner für die Landesregierung – zuvor jedoch hat ein Klinikdirektor das Wort: Klaus Deitmaring, Geschäftsführer des Malteser Krankenhauses St. Franziskus in Flensburg. Wie krank sind denn nun die Krankenhäuser in Schleswig–Holstein, Herr Deitmaring? Oder ist Ihr Haus kerngesund?