

Krankenhaus in Not



Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler © SLÄK

Nach dem heißen Sommer steht uns aller Voraussicht nach ein gesundheitspolitisch heißer Herbst bevor! Oberstes Reizthema ist die sich im parlamentarischen Verfahren befindliche und ab Januar 2016 geplante Krankenhausreform – das Krankenhausstrukturgesetz.

Politik, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft bewerten das Reformvorhaben völlig unterschiedlich. Das überrascht nicht – neu ist die Intensität der außerparlamentarischen Kontroverse.

Worum geht es dabei? Unstrittig leiden bundesweit viele Krankenhäuser unter wirtschaftlicher Not. Die Bundesländer haben sich seit Jahren weitgehend aus der Investitionsförderung zurückgezogen, sodass die Mittel dafür aus den Betriebsausgaben der Häuser entnommen werden. Investitionen waren und sind nur durch deutliche Personalreduzierungen vor allem im Pflegebereich und damit zu Lasten der Patientenversorgung möglich. Dieses entscheidende Problem der Krankenhausfinanzierung wird mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben nicht gelöst. Hoffnungen der Mitarbeiter und Träger auf eine nachhaltige Finanzierung ihrer Leistungen, unter anderem der ausufernden Notfallversorgung, und einen Bürokratieabbau dürften enttäuscht werden. Die Zielsetzung der Politik besteht im Abbau von Betten und regionalen Überkapazitäten. Im Kern geht es um eine Beförderung des von der Politik und den Krankenkassen angestrebten Strukturwandels.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat dies in einem 14-seitigen Rundbrief für die Abgeordneten des Bundestages klar formuliert. Die vorgesehene marginale Investitionsförderung und ein Pflegestellenförderprogramm werden durch eine Summe von Kürzungsregularien in Form von Mehrleistungs- und Qualitätsabschlägen konterkariert. Das Reformvorhaben droht wieder einmal zu Lasten der Mitarbeiter in den Krankenhäusern zu gehen.

Wenngleich der Investitionsstau in Sachsen wegen der Förderprogramme der Vergangenheit im Vergleich zu anderen Bundesländern eher gering erscheint, Strukturen und Kapazitäten längst dem Bedarf angepasst wurden, ist das Gesetzesvorhaben auch eine Gefährdung der Zukunftsfähigkeit unserer Krankenhäuser. Insbesondere die mit der Reform beabsichtigte „Qualitätsoffensive“ erscheint ein Instrument für weitere Mittelkürzungen. Geplant ist eine stärkere Kontrolle von Krankenhäusern, vor allem wenn Qualitätsstandards nicht eingehalten werden, drohen Vergütungsabschläge. Ein Qualitätsinstitut wird gegründet und der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll geeignete Qualitätsparameter definieren. Die teure Qualitätsbürokratie soll also weiter ausgebaut werden – fast unvorstellbar wenn man bedenkt, dass Ärzte und Schwestern heute bereits ca. 40 Prozent ihrer Arbeitszeit am Computer und nicht am Patienten verbringen. Selbst der Vorsitzende des GBA, Prof. Josef Hecken, hat Zweifel wegen des Fehlens geeigneter Qualitätsparameter. Er sagte selbst auf einem Symposium im Frühjahr „Pay for performance funktioniert nicht“.

So einfach wie sich einige Gesundheitsbürokraten das vorstellen, ist Medizin eben nicht!

Dass die Qualität eines Krankenhauses nur sehr schwer und allenfalls in Teilbereichen zu erfassen ist, zeigt eine aktuelle Studie aus den Vereinigten Staaten (JAMA 2015).

Von 3.300 untersuchten Krankenhäusern erfüllten über 20 Prozent die dort vorgegebenen Qualitätskriterien nicht. Das waren vor allem Kliniken, die häufiger Patienten mit schwer-

wiegenden oder komplexen Erkrankungen behandelten, Häuser mit Spezialabteilungen und Ausbildungs-krankenhäuser. Die Studie ergab zudem, dass in den vermeintlich besseren Kliniken nicht ausreichend und/oder schlecht dokumentiert wurde, das heißt eine sorgfältige Datenerfassung überhaupt nicht erfolgte.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen verdeutlichen eindrucksvoll, wie unzulänglich die bisherigen Instrumente zur Qualitätserfassung und auch -bewertung sind. Das entspricht voll und ganz meinen Erfahrungen. Völlig unberücksichtigt bleiben zudem die Sicht und die Individualität der Patienten. Kriterien wie Empathie, Zuwendung, Kommunikationsfähigkeit und ärztliche Expertise als wesentliche Merkmale eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses und häufig ebenso wichtig wie eine gelungene Operation, finden ebenfalls keinerlei Berücksichtigung.

Bei den Diskussionen wird völlig verkannt, dass eine sorgfältige, wissenschaftlich begründete Diagnostik und Therapie dem ärztlichen Selbstverständnis entspricht, das heißt originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsethik sind und es keiner Kontrollgremien bedarf. Es gibt überhaupt keine Rationale für eine zunehmende Kultur des Misstrauens. Eine gute und praxisorientierte Aus- und Weiterbildung am Krankenbett und nicht am Computer sind die entscheidenden Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Hier sollte in Zukunft wieder der Schwerpunkt liegen.

Die absurde und inakzeptable Bürokratisierung des Klinikalltags raubt uns hierfür nur wertvolle Zeit!

Bei der im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen „Qualitätsoffensive“ dürfte es sich um einen Irrweg handeln. Es besteht dringend Nachbesserungsbedarf, sonst droht eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in unseren Krankenhäusern. Das Lachen und die Freude am Beruf sind vielen schon jetzt abhanden gekommen. Daran kann nun wirklich keinem gelegen sein!

Ihr Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Vorstandsmitglied