

Krankenhausversorgung: Qualitätsoffensive, aber Investitionsfinanzierung weiterhin offen

JOCHEN METZNER

Jochen Metzner leitet das Referat für Krankenhausversorgung und Gesundheits- und Krankenpflege im Hessischen Sozialministerium in Wiesbaden

Der Koalitionsvertrag widmet dem Thema Krankenhausversorgung breiten Raum. Es finden sich eine Reihe von wichtigen und richtigen Lösungsansätzen, um das vorgegebene Ziel, gute, gut erreichbare und sichere Kliniken zu haben, zu erreichen. Die Ankündigung einer Qualitätsoffensive ist ein erwarteter und konsequenter Schritt, um Transparenz zu erhöhen und Patientennutzen zu mehren. Leider wird das drängende Problem unzureichender Investitionsfinanzierung ausgeklammert.

1. Investitionskostenfinanzierung

Gut, gut erreichbar und sicher soll es sein, das Krankenhaus der Zukunft, so will es die neue schwarz-rote Koalition in ihrer Koalitionsvereinbarung. Dafür muss es aber auch vorhanden sein – aus Fleisch und Blut -, besser gesagt: aus Steinen und Metall. Ich komme damit gleich zum größten Manko dieser Vereinbarung: der zweite Grundpfeiler des dualen Finanzierungssystems im Krankenhausbereich, die Investitionsfinanzierung, wird mit keinem Wort erwähnt. Darüber kann man nur den Kopf schütteln, das ist fahrlässig, ja geradezu skandalös.

Die Investitionsfinanzierung ist unzureichend, das kann man nicht leugnen. Es gibt diverse Quellen, die zum dem Ergebnis kommen, dass man etwa sechs Milliarden Euro jährlich benötigt, um die Vorgabe des § 9 Abs. 5 KHG zu erfüllen: „Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze **notwendigen** Investitionskosten decken.“ Tatsächlich liegen die Investitionen der Kliniken auch bei

ca. sechs Milliarden Euro jährlich, das hat das aktuelle Barometer des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) gerade festgestellt. Da die von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Fördermittel aber nur 2,7 Milliarden Euro betragen, ergibt sich eine Lücke von ca. drei Milliarden Euro, die aus DRG-Erlösen oder kreditfinanziert gefüllt werden muss. Anders ausgedrückt: Würden die notwendigen sechs Milliarden Euro tatsächlich zur Verfügung gestellt, wären die Betriebsergebnisse der deutschen Krankenhäuser um drei bis vier Prozent besser, und das pro Jahr. Unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder ist also einer der Gründe, die dazu führen, dass mittlerweile über 50 Prozent der deutschen Krankenhäuser defizitär sind. Wer sonst als eine große Koalition mit einer breiten Mehrheit und einem starken Rückhalt in den Bundesländern könnte dafür sorgen, dass dieses seit langem erkannte Problem gelöst wird?

Hessen hat versucht, folgenden Lösungsvorschlag in die Koalitionsverhandlungen einzubringen: Der Bund stellt jährlich zwei Milliarden Euro zur Verfügung, die nur den Ländern anteilmäßig (etwa nach Königsteiner Schlüssel) zufließen, die

ihrerseits den erforderlichen Anteil an den von den Ländern insgesamt zu erbringenden vier Milliarden Euro zahlen. Ja, das hätte Steuermittel erfordert (der Steuerzuschuss des Bundes für die Gesundheitsversorgung ist im Jahr 2013 genau um den Betrag von zwei Milliarden Euro gekürzt worden), aber Infrastruktur besteht nicht nur aus Straßen oder Brücken, sondern eben auch aus Krankenhäusern. Im Wahlkampf hat man das Thema Infrastruktur aufgegriffen, leider nie im Zusammenhang mit Krankenhäusern, wie ja das Thema Gesundheitspolitik im gesamten Wahlkampf nicht existent war, von einigen oberflächlichen Debatten pro und kontra Bürgerversicherung abgesehen.

Selbst die ursprünglich im Entwurf der Koalitionsvereinbarung vorgesehene „Abwrackprämie“ von 500 Millionen Euro, die wie oben vorgeschlagen nach Königsteiner Schlüssel verteilt werden sollte, wenn die Länder den entsprechenden Betrag zur Verfügung gestellt hätten, ist dem Rotstift des Finanzministers zum Opfer gefallen. Damit die Umwidmung von Krankenhäusern in Pflegeeinrichtungen finanzieren zu wollen, war zwar realitätsfern, weil Pflegeeinrichtungen heute ganz andere bauliche Anforderungen haben und vorwiegend privat finanziert werden, Hessen hätte damit aber gerne strukturwirksame Maßnahmen in Krankenhäusern unterstützt wie Konzentration von Standorten, Konzernbildungen u.ä.

Das Thema Investitionsfinanzierung ist damit jedenfalls nicht vom Tisch, die Diskussionen über einen Bund-Länder-Pakt oder andere Lösungsoptionen müssen in der kommenden Legislaturperiode fortgeführt werden.

2. Qualität

Abgesehen von der Enttäuschung darüber, dass die Investitionsfinanzierung ausgeklammert wurde, ist dieser Koalitionsvertrag in Bezug auf die Krankenhausversorgung ein großer Wurf. Nie in den vergangenen Legislaturperioden wurde das Thema so ausführlich behandelt, nie hat man die Probleme so offen benannt, nie so viele Lösungswege skizziert. Dass ein Koalitionsvertrag keine ausformulierten Gesetzestexte beinhaltet, versteht sich dabei von selbst.

Hauptthema, unter dem Aspekt des „guten“ Krankenhauses, ist die Qualität. Die Bedeutung der Qualität soll künftig bereits in § 1 KHG zum Ausdruck kom-

men, wie dies etwa bereits in § 1 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 erfolgt ist. Es soll in der kommenden Legislaturperiode eine „Qualitätsoffensive“ gestartet werden, die eine Vielzahl von Aspekten berücksichtigen soll und durch Verbesserungen bei sektorübergreifenden Modellen und der Versorgungsforschung ergänzt werden soll.

Dieser Ansatz ist notwendig und überfällig. Die Qualität der in den Krankenhäusern erbrachten Leistungen ist eine Blackbox, obwohl es diverse Versuche gibt, (Ergebnis-)qualität zu messen und zu veröffentlichen. Die unterschiedlichen Publikationen und Portale hierzu, die sich teils widersprechen, lassen die Patienten allerdings ratlos zurück. Es existiert bislang keine Einrichtung die, einer „Stiftung Warentest“ vergleichbar, seriöse und objektive, einrichtungsbezogene Qualitätsdaten veröffentlicht. Dies soll nun durch ein „gesetzlich zu begründendes“ Qualitätsinstitut geschehen. Das Institut soll „dauerhaft und unabhängig“ die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermitteln und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Entscheidungsgrundlagen liefern. Die Akzeptanz des Instituts soll dadurch erhöht werden, dass es vorwiegend schon vorhandene Routinedaten nutzen soll. Ähnliche Aufgaben hat nach § 137a SGB V bereits derzeit ein „vom G-BA beauftragtes Institut“ (seit 2009 AQUA). Offensichtlich will man aber nun gesetzlich dauerhaft ein neues Institut mit starker Stellung begründen, statt aufgrund europäischen Vergaberechts alle fünf Jahre eine erneute Ausschreibung machen zu müssen, mit all den damit verbundenen Unsicherheiten. Man kann sich ausmalen, unter welcher Beobachtung dieses neue Institut angesichts seiner Aufgaben stehen wird, das IQWiG dient hierfür als Beispiel. Eine starke rechtliche Grundlage, um dauerhaft bestehen zu können, ist daher unverzichtbar.

Auch die Stellung des G-BA wird insgesamt weiter gestärkt. So heißt es, dass die Anforderungen der Qualitätsrichtlinien des G-BA „zwingend einzuhalten“ seien (das ist auch heute schon so, weil die Richtlinien untergesetzliche Normen sind) und die Befugnisse des G-BA zur Festlegung von Mindestmengen „rechtsicher gestaltet“ werden sollen. Gerade

beim letzten Punkt besteht Handlungsbedarf, hier hat der Gesetzgeber sich selbst unnötig eingeschränkt, als er die Festlegung von Mindestmengen davon abhängig gemacht hat, dass die Qualität der betroffenen Leistungen „in besonderer Weise“ von der erbrachten Menge je Arzt oder Krankenhaus abhängig sein muss. Dies erschwert natürlich den Nachweis, dass jeweils eine konkrete Anzahl von Leistungen tatsächlich wissenschaftlich begründet die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt. Das Bundessozialgericht hat die Festsetzung von Mindestmengen allerdings immerhin als grundsätzlich rechtmäßig anerkannt. Mindestmengen haben eine stark strukturfördernde Funktion, um die Spezialisierung von Krankenhäusern zu unterstützen. Sie etwas praktikabler und gleichzeitig rechtssicher nutzen zu können, fördert daher sowohl Ergebnis- als auch Strukturqualität.

Der G-BA soll künftig auch dafür sorgen, dass die Qualitätsberichte verständlicher und als Grundlage für Patientenentscheidungen präziser werden

Der Koalitionsvertrag ist in Bezug auf die Krankenhausversorgung ein großer Wurf – enttäuschend ist, dass die Investitionsfinanzierung ausgeklammert wurde.

und soll hierbei wiederum Unterstützung vom neuen Qualitätsinstitut erhalten, das eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und hierbei auch die Vielzahl an Zertifikaten „bewerten und einordnen“ soll. Alleine dies wäre schon eine deutliche Verbesserung zum heutigen Zustand, wo diverse „Listen“ objektive Qualitätsbewertungen vorgaukeln und die „Zertifikateritis“ eher Marketing-, als Qualitätszwecken dient.

Für viel Wirbel wird die Aussage sorgen, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) künftig „zur Überprüfung der Vorgaben des G-BA zur externen und internen Qualitätssicherung“ unangemeldete Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen können soll. Da die Prüfungen des MDK heute schon für einen ungeheuren Arbeitsaufwand in den Krankenhäusern sorgen und die jüngsten Neuregelungen in § 17c KHG

mit Abs. 4b ein weiteres Bürokratiemonster geschaffen haben, wird der Aufschrei gegen weitere Prüfkompetenzen laut sein. Andererseits sind unangemeldete Kontrollen ein wirksames Mittel gegen schwarze Schafe, die es auch in den Kliniken gibt.

Eine weitere Neuregelung, die für Diskussionen sorgen wird, sind die Qualitätsverträge, die die Krankenkassen modellhaft mit einzelnen Krankenhäusern schließen sollen. Die Kriterien sollen von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt werden. Die Verträge sollen sich auf vier vom G-BA ausgewählte planbare Leistungen beziehen und evaluiert werden. Die freie Krankenhauswahl soll erhalten bleiben. Es ist nicht auf Anhieb ersichtlich, wo der Unterschied zu den heute schon möglichen Verträgen zur integrierten Versorgung liegen soll und ob die Verträge einheitlich oder gemeinsam oder von einzelnen Kassen abgeschlossen werden sollen. Jedenfalls handelt es sich nicht um den Einstieg ins „selektive Kontrahieren“, das die Krankenkassen immer wieder fordern, weil sie den Kontrahierungszwang aus § 108 Nr. 2/109 SGB V lockern wollen. Durch gemeinsam vereinbarte Kriterien soll wohl verhindert werden, dass Marketing statt Qualität im Vordergrund steht. Letztlich gibt es den Krankenkassen etwas mehr Handlungsspielraum, man wird abwarten müssen, wie sie ihn nutzen.

Insgesamt werden mit dem Koalitionsvertrag in Sachen Qualität hohe Ziele gesteckt. Zur Verwirklichung ist ein langer und teilweise steiniger Weg zu gehen, denn die Medizinrechtler der Republik werden versuchen, die Wissenschaftlichkeit von Bewertungen zu erschüttern, wie dies bei den Mindestmengen teilweise gelungen ist. Dennoch muss man den Versuch nun wagen, die Qualität der in den Krankenhäusern erbrachten Leistungen zu messen und zu veröffentlichen. Auch der längste Weg beginnt mit dem ersten Schritt, sagt ein chinesisches Sprichwort. Wenn am Ende festgestellt wird, dass eine wissenschaftlich begründbare, risikoadjustierte und gerichtsfeste Feststellung der Ergebnisqualität nicht umsetzbar ist, hat man es wenigstens versucht.

3. Vergütungssystem

Der Koalitionsvertrag stellt fest: „Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) war richtig“. Allerdings werden nun eine Reihe

von Neuregelungen angekündigt. Ganz wesentliche Aussagen finden sich zur vielkritisierten „doppelten Degression“. Der Satz: „Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht“, kann nichts anderes bedeuten, als dass die Absenkung der Landesbasisfallwerte bei Mengen- oder Schweregradsteigerung aufgegeben wird, wie dies die Länder mehrfach gefordert haben. Diese „doppelte Degression“ benachteiligt die (vor allem im ländlichen Raum gelegenen) Kliniken, die ihre Fallzahlen nicht steigern können. Durch die Tatsache, dass in Hessen 20% der Krankenhäuser für 80% der Fallzahlsteigerungen verantwortlich sind, führt die durch die Fallzahlsteigerungen verursachte Absenkung des Landesbasisfallwerts zu Fehlentwicklungen.

Leider wird die o.g. Grundaussage zur Berücksichtigung von Mengensteigerungen zum Teil konterkariert durch die nachfolgenden Sätze. Die Höhe der auf Ebene der einzelnen Kliniken entstehenden Mehrleistungsabschläge will man an die Qualität koppeln, weil „gute Qualität soll und dabei eine breite Spanne zwischen Zuschlägen und Abschlägen für Mehrleistungen möglich werden soll. Die Qualität soll risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Dabei soll die Degression des Landesbasisfallwerts „entsprechend“ vermindert werden. Hierin liegt natürlich ein Widerspruch. Wenn Menge „nur“ da berücksichtigt werden soll, wo sie anfällt, kann man dies nicht davon abhängig machen, wie gut die Kliniken sind, die für die Mengensteigerungen verantwortlich sind. Die Bestrafung gerade der Krankenhäuser im ländlichen Raum, die von etwaigen Zuschlägen trotz bester Qualität gar nichts hätten, weil sie keine Leistungssteigerungen haben (s.o.) würde sich fortsetzen.

Das Thema „Menge“ spielt auch eine Rolle beim Zweitmeinungsverfahren, das für „mengenanfällige planbare Behandlungen“ rechtssicher gestaltet werden soll. Die Ärzte sollen die Patienten künftig über ihr Recht zur Einholung einer Zweitmeinung spätestens 10 Tage vor der Operation verbindlich aufklären. Da hiermit sicherlich eine Reihe von zweifelhaften Eingriffen erspart werden, dürften die Krankenkassen sich nicht beschweren, dass sie die Kosten zu übernehmen haben.

Weitere Aussagen des Koalitionsvertrags sind kritisch zu sehen. Es ist gut gemeint, dass das InEK künftig Kal-

kulationskrankenhäuser repräsentativ auswählen können soll. Leider haben sich die privaten Träger mittlerweile fast komplett aus der Kalkulation verabschiedet, sicherlich, weil sie sich davon Vorteile versprechen. Ob es aber vorteilhaft sein wird, Kliniken zur Teilnahme zu zwingen, die weder kalkulieren können noch dies wollen, darf bezweifelt werden. Das InEK schafft es auch im bestehenden Regelwerk, das System in jedem Jahr wieder besser und gerechter zu machen.

Ideologisch geprägt und systemwidrig ist die angekündigte Regelung, dass Krankenhäuser künftig in Budgetverhandlungen nachweisen müssen, dass sie die in der DRG-Kalkulation zugrunde gelegten Mittel auch tatsächlich für Personalkosten eingesetzt haben. Man will damit erreichen, dass die Personalkosten, vor allem in der Pflege, „in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt“ werden. Letztlich bedeutet dies aber eine völlige Abkehr von einem pauschalierenden Entgeltssystem, das besseres Wirtschaften, auch auf Kosten des Personals, belohnt. Die Regelung ist auch und gerade angesichts der Qualitätsoffensive überflüssig: wenn man Qualität messen und veröffentlichen will, werden sich die Patienten die Krankenhäuser aussuchen, die gut sind und die meiden, die schlecht sind. Mit wie viel Personal die guten oder schlechten Ergebnisse erzielt worden sind, spielt keine Rolle. Der notwendige Patientenschutz wird durch Personalvorgaben in Richtlinien des G-BA oder im OPS auch künftig gewährleistet.

Auch die Aussage „gesunkene Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation abzubilden“ ist systemwidrig. Es gibt noch andere Kosten, die schnell sinken oder steigen können, man denke an die Haftpflichtprämien. Auch gestiegene Personalkosten müssen zeitnah abgebildet werden. Die – typisch deutsche – Sucht nach Einzelfallgerechtigkeit darf nicht dazu führen, ein über mehr als 10 Jahre gewachsenes pauschalierendes System auszuhöhlen.

Nachzuvollziehen ist die Absicht, die Ermittlung des Orientierungswerts zu verbessern, der als „Warenkorb Krankenhaus“ jährlich vom Statistischen Bundesamt zu ermitteln ist und die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser abbilden soll. Hier gibt es in der Tat noch Verbesserungsbedarf, da krankenhausspezifische Kostenstrukturen noch nicht adäquat abgebildet werden. Die Ursache für die methodischen Schwächen liegt

aber ganz einfach in der mangelnden Personalkapazität des Statistischen Bundesamts begründet, dies wurde von der Behörde selbst eingeräumt.

Nachzuvollziehen ist angesichts der lautstarken Lobbyarbeit des VUD auch, dass man die besonderen Leistungen von Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung besser vergüten will. Man hätte allerdings erkennen können, dass hierzu mit § 17b Abs. 10 KHG erst im Sommer 2013 ein erneuter Prüfauftrag an das InEK erteilt wurde. Sei's drum, jedenfalls ist es richtig, dass auch die Leistungen der Hochschulambulanzen künftig (endlich) angemessen vergütet werden sollen.

Damit nicht genug; sogar das Thema „unterschiedliche Höhe der Landesbasisfallwerte“ wird aufgegriffen. Die Aussage, dass „bestimmte Unterschiede in den Landesbasisfallwerten, die sich nicht durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur oder der unterschiedlichen Umsetzung gesetzlicher Verpflichtungen begründen lassen“, aufgehoben werden sollen, birgt Sprengstoff. Das wenige Tage vor Einreichung dieses Beitrags hierzu vom RWI vorgelegte Gutachten weist nach, dass es kaum Besonderheiten dieser Art gibt. Es ist an der Zeit, endlich zu einem für alle Länder einheitlichen Bundesbasisfallwert zu kommen. Dass es in Mainz 170 Euro mehr Erlös für den Durchschnittsfall gibt als im wenige Meter entfernten Wiesbaden, und 250 Euro mehr als in Kiel, ist schlichtweg ungerecht.

Weitere im Koalitionsvertrag angekündigte Regelungen sind ausdrücklich zu begrüßen, etwa dass der G-BA künftig die Kriterien für die Sicherstellungszuschläge festsetzen soll. Die Selbstverwaltung hat das in zehn Jahren nicht geschafft oder wollte es nicht, nun muss es der G-BA tun, dessen Beschlüsse allerdings von der Selbstverwaltung gefasst werden. Zumindest muss es nun eine Regelung geben, die dann auch bundeseinheitlich gilt. Überfällig war auch die Aussage, dass überprüft werden soll, ob die Vorhaltekosten in der Notfallversorgung ausreichend finanziert werden. Kliniken, die an der Notfallversorgung teilnehmen, müssen eine Rund-um-die-Uhr Versorgung gewährleisten, auch wenn kein Patient kommt. Ob dies derzeit ausreichend abgebildet und mit dem Abschlag von 50 Euro für nicht-Notfallkliniken ausreichend finanziert wird, wird seit vielen Jahren heftig diskutiert. In diesem Zusammenhang ist es

ebenso sehr zu begrüßen, dass auch die ambulante Notfallversorgung thematisiert wird. Es wird anerkannt, dass die Patienten außerhalb der Praxisöffnungszeiten ganz überwiegend die Notfallaufnahme der Krankenhäuser aufsuchen, statt den ärztlichen Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung zu nutzen. Es soll hierbei für eine adäquate Vergütung gesorgt werden, die überfällig und vom BSG längst als notwendig erkannt ist.

Es war zu erwarten, dass auch das neue Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik thematisiert wird, obwohl bereits der bestehende Konvergenzzeitplan ausreichend Luft gibt, das lernende System zu optimieren. Es verwundert allerdings, dass als Ziel u.a. „Verweildauerverkürzung“ angegeben wird. Die heute in der Psychiatrie bestehende Verweildauer von knapp über 20 Tagen ist nach Ansicht vieler Fachleute, die sich mit Psychiatrie und Maßregelvollzug beschäftigen, eine Untergrenze, die nicht weiter unterschritten werden sollte, weil sonst unmittelbare Auswirkungen durch steigende Fallzahlen im Maßregelvollzug zu spüren sind.

Niemand kann und darf erwarten, dass der Gesamtpfand der von den Krankenkassen insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel von der kommenden Bundesregierung vergrößert wird. Dazu ist die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ein zu hohes Gut. Es muss und wird darum gehen, die zur Verfügung stehenden Mittel zielgerechter zu verteilen und die Notfallversorgung sowie die Bekämpfung chronischer und schwerer Erkrankungen zu verbessern. Auch hierfür gibt es in dem vorliegenden Koalitionsvertrag gute Ansätze.

4. Sicherheit

Bislang gilt der Verbotsvorbehalt im Krankenhausbereich ziemlich uneingeschränkt. Es ist richtig, dass Krankenhäuser, die neue Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse einsetzen, sich künftig an Nutzen- und Sicherheitsstudien des G-BA beteiligen müssen. Auch die Einführung von Implantate- und Transplantationsregistern wird die Patientensicherheit erhöhen, genau wie die Erklärung, dass OP-Checklisten verpflichtender Bestandteil der Qualitätssicherung werden sollen. Was für die Luftfahrt gilt, muss auch im OP Standard werden. Dass schließlich Informationen zu Krankenhausinfektionen

verpflichtender Bestandteil der Qualitätsberichte werden sollen, war überfällig.

5. Einfluss auf die Krankenhausplanung der Länder

Krankenhausplanung ist nach dem Grundgesetz Ländersache, findet aber nicht im luftleeren Raum statt. Die meisten der vorstehend beschriebenen Koalitionsaussagen werden die Krankenhausplanung beeinflussen. Das ist weder gut noch schlecht, sondern systemimmanent und galt auch in der Vergangenheit, ob zu Zeiten der Abkehr von der Selbstkostendeckung zu einem Budgetsystem, oder bei Einführung des DRG-Systems. Im Koalitionsvertrag steht, man wolle die Länder „bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung“ unterstützen, was immer das heißen mag, wobei man zugeben muss, dass es gut klingt. Dieses Angebot werden die Länder gerne annehmen. Immerhin ist im Koalitionsvertrag ja festgehalten, und das ist sehr zu begrüßen, dass zur Vorbereitung der skizzierten Krankenhausreform eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingesetzt werden soll. Sie soll unter Federführung des BMG bis Ende 2014 entsprechende Eckpunkte erarbeiten.

6. Fazit

Die Krankenhausversorgung berührt Kernbereiche menschlicher Existenz und hat direkte Auswirkungen auf das Leben fast jeden Bürgers. Es geht dabei um den Patientennutzen, aber auch um 80 Mrd. Euro Umsatz und 1,1 Millionen Arbeitsplätze. Man muss der künftigen Koalition dankbar sein, dass dieses so wichtige, aber in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommene Thema derart breiten Raum im Koalitionsvertrag einnimmt. Es gibt eine Vielzahl von richtigen Ansätzen zur Fortentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung, die weit über die früherer Legislaturperioden hinausgehen. Die angestrebte Qualitätsoffensive ist notwendig und überfällig, wenn man es ernst damit meint, den Patientennutzen zum Maßstab der Wirksamkeit des Gesundheitssystems machen zu wollen. Auf den neuen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe wartet mit der Krankenhausreform eine Belastungs- und Bewährungsprobe. ■