

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

Vor dem Hintergrund der aktuellen Bevölkerungsentwicklung wird die Zahl der betagten und hochbetagten Patienten in den nächsten Jahren stark ansteigen. Um eine sachgerechte Versorgung sicherzustellen und gleichzeitig die Ressourcen des Gesundheitssystems nicht zu überlasten, kommt der Versorgung dieser geriatrischen Patienten eine sehr hohe Bedeutung zu und bedarf einer besonderen Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems.

Im Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes wird die Geriatrie nicht direkt angesprochen. Gleichwohl gibt es eine Vielzahl von Regelungen, die auch hinsichtlich der Versorgung geriatrischer Patienten eine unmittelbare Wirkung entfalten werden. Darüber hinaus kommt es insbesondere im Bereich der Geriatrie sehr stark auf die konkrete Gestaltung der Umsetzung der im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen an. Der geriatrische Patient unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von durchschnittlichen Krankenhauspatienten. Insofern wird es sehr wichtig sein, über die jeweiligen Fachverbände und Fachgesellschaften die entsprechende Fachlichkeit bei der späteren Gesetzesumsetzung ausreichend einzubinden.

Dies betrifft insbesondere die Regelungen zur Änderung der Versorgungsstruktur, den Qualitätsbezug sowohl im Bereich der Krankenhausplanung als auch hinsichtlich der angedachten Qualitätsverträge, die Veränderung der Kalkulationsstichprobe sowie Aspekte des Risikomanagements bzw. der Fehlermeldesysteme.

Orientierung der Krankenhausplanung an Qualitätsindikatoren (Artikel 4 Nr. 14)

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt ausdrücklich die stärkere Qualitätsorientierung, die mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz angestrebt wird. Eine fachspezifische Versorgung geriatrischer Patienten setzt eine besondere Versorgungsstruktur voraus. Es sind besondere räumliche sowie personelle Voraussetzungen von der jeweiligen Einrichtung zu erfüllen. Zudem spielt die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsangebote eine wichtige Rolle. In der Versorgungspraxis zeigt sich immer wieder das Bestreben einzelner Einrichtungen, sich der vollständigen Umsetzung der Struktur- und Qualitätsvoraussetzungen soweit möglich, zu entziehen. Im Sinne der qualitätsorientiert ausgerichteten Krankenhäuser sieht der Bundesverband Geriatrie in der angedachten Verknüpfung zwischen Qualitätsindikatoren und Krankenhausplanung einen guten Ansatz, eine qualitativ hochwertige und fachspezifische Versorgung geriatrischer Patienten zu sichern.

Gleichwohl stellt die Entwicklung sachgerechter Qualitätsindikatoren in der Geriatrie eine besondere Herausforderung dar. Ein typisches Merkmal geriatrischer Patienten ist ihre Multimorbidität, d. h., geriatrische Patienten sind von mehreren, oftmals chronischen Erkrankungen betroffen. Dies erfordert einen multiprofessionellen und interdisziplinären Behandlungsansatz, sodass sich diese besondere Ausrichtung auch im Bereich der Qualitätssicherung entsprechend widerspiegeln muss.

Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an die im Gesetz angedachte Entwicklung entsprechender Qualitätsindikatoren. Die Entwicklung sachgerechter Qualitätskriterien, die diesen fachübergreifenden und damit „mehrdimensionalen“ Ansatz ausreichend aufgreifen und gleichzeitig sachgerecht abbilden, ist bisher insbesondere für die Geriatrie nur sehr eingeschränkt gelungen. Der aktuelle Entwicklungsstand in diesem Bereich muss daher aus Sicht des Bundesverbandes ausreichend berücksichtigt werden.

Eine Aufnahme dieses Aspektes unmittelbar in den Text des KHSG ist ohne die Gefahr, die Regelung inhaltlich zu relativieren und den angestrebten Zweck zu gefährden, kaum möglich. Der Bundesverband Geriatrie regt jedoch an, diesen Aspekt in die Gesetzesbegründung mit aufzunehmen, sodass bei einer späteren Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben dieser Umstand mit einfließen kann.

Abbau systematischer Übervergütung von Sachkostenanteilen (Artikel 1 Nr. 7)

In den Bereichen, in denen eine systematische Übervergütung von Sachkostenanteilen im DRG-System festgestellt wird, ist ein entsprechender Abbau dieser Übervergütung sinnvoll. Im Eckpunktepapier der Bund-Länder AG (sog. „Bund-Länder-Papier“) ist jedoch unter Punkt 2.1.2 (letzter Spiegelstrich) vorgesehen, dass den Krankenhäusern keine Mittel entzogen werden, die freiwerdenden Finanzmittel vielmehr personalintensiven Leistungen zugute kommen sollen. Hierdurch besteht die Möglichkeit, einen direkten positiven Einfluss auf die unmittelbare Patientenversorgung zu nehmen. Wir regen daher an, die im Eckpunktepapier niedergelegte Vorgehensweise vollumfänglich durch das KHSG umzusetzen und auch die „Förderung“ der personalintensiven Bereiche im Gesetzentwurf entsprechen zu verankern.

Festlegung einer neuen Kalkulationsstichprobe (Artikel 1 Nr. 7)

Die Behandlung der geriatrischen Patienten ist unter anderem durch den Einsatz des interdisziplinären Teams bzw. die Aktivierend-therapeutische Pflege im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen sehr personalintensiv. Im KHSG ist der Plan festgeschrieben, die bisherige freiwillige Teilnahme an der Kalkulation durch eine repräsentative Kalkulationsgrundlage für das DRG-System abzulösen. Der erhöhte Personalaufwand in der Geriatrie muss bei der Umsetzung der Reformansätze ausreichend berücksichtigt werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung falsche versorgungspolitische Weichen gestellt werden.

Ergänzende Regelungen:

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie sind zwei zusätzliche Änderungen des SGB V in das Krankenhaus-Strukturgesetz aufzunehmen, um bestehende Fehlentwicklungen zu korrigieren. Es geht dabei um eine zeitgemäße Fassung der Datenübermittlungspflicht der Krankenhäuser gemäß § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V (Übermittlung von Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) und um eine Anpassung im Bereich der Geriatrischen Institutsambulanzen.

Änderung des § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V

Folgende Formulierung sollte in das KHSG aufgenommen werden:

§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

„(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

...

8. ~~Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie~~ Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,...“

Begründung: § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V gibt vor, dass Krankenhäuser erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Krankenkassen melden müssen. Nach Einführung dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich eine deutliche Trennung zwischen Frührehabilitation als Krankenhausleistung und medizinischer Rehabilitation als eigenständige Leistung vorgenommen (§ 39 / § 40 SGB V). Die Frührehabilitation ist gemäß § 39 SGB V Teil der akutstationären Behandlung, während § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V betrifft. Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren von den Kliniken keine gesonderten Daten nach Vorgabe des § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V übermittelt und von den Krankenkassen auch nicht eingefordert. Zudem stammt diese Regelung noch aus der Zeit vor Einführung des DRG-Systems in Deutschland. Durch entsprechende Vorgaben im DRG-System ist bereits heute sichergestellt, dass die Krankenkassen die notwendigen Informationen erhalten. So werden erbrachte Frührehabilitationen in der Geriatrie über den Prozedurenschlüssel OPS 8-550* an die Krankenkassen übermittelt. In der Praxis hat sich daher spätestens mit der klaren Trennung von § 39 / § 40 SGB V und der Einführung des DRG-Systems diese Regelung inhaltlich „überlebt“.

Im Nachgang zu einem Urteil des Bundessozialgerichts soll jetzt diese überflüssige Regelung umgesetzt und unnötige Bürokratie aufgebaut werden. Das Gericht ist im Zusammenhang mit einer anderen rechtlichen Frage auf die Datenübermittlungspflicht gemäß § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V eingegangen. Dabei hat es ausschließlich rechtliche Aspekte gewürdigt und ist nicht näher auf die Notwendigkeit in der Praxis bzw. die inhaltliche Sinnhaftigkeit eingegangen.

Jenseits der rechtlichen Bewertung soll durch die Modifikation der Nr. 8 dem heute fehlenden Bedarf für diese Regelung Rechnung getragen und die redaktionelle Anpassung nach der gesetzlichen Trennung von Leistungen zur Frührehabilitation bzw. zur medizinischen Rehabilitation (§39/§40) nachgeholt werden.

Die über Jahre hinweg fehlende Umsetzung der Regelung zeigt sehr deutlich den fehlenden Bedarf an der entsprechenden Übermittlungsverpflichtung. Eine gesonderte Darstellung dieser Leistungen ist heute nicht mehr notwendig, historisch überholt und eine Wiederholung der ohnehin schon übermittelten Daten.

Aktuell besteht die Situation, dass die Krankenkassen auf eine formale Erfüllung der in § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V niedergelegten Übermittlungsverpflichtung bestehen. Als

Begründung wird zum Teil darauf verwiesen, dass anderenfalls die Rechtsaufsicht der jeweiligen Krankenkasse die Nichteinhaltung einer gesetzlichen Vorgabe monieren könnte. Aus rein formalen Erwägungen heraus soll somit sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Krankenkassen ein nicht unerheblicher Bürokratieaufwand entstehen.

Eine Änderung des § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V im KHSG könnte diesen neuen Bürokratieaufwand ohne Zusatznutzen noch rechtzeitig verhindern.

Änderung des § 120 II SGB V

Folgende Formulierung sollte in das KHSG aufgenommen werden:

§ 120 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert: „Die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der geriatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.“

Begründung: Die vom Gesetzgeber vor mehr als zwei Jahren eingeführten Geriatrischen Institutsambulanzen sind bis heute in der Praxis nicht umgesetzt. Dies liegt u. a. auch an der im Vergleich zu anderen Institutsambulanzen abweichenden Regelung der Vergütung. Eine Gleichstellung der geriatrischen Institutsambulanz im Bereich der Finanzierung ist notwendig, um eine Etablierung dieser Versorgungsform zu erreichen.

Zusammenfassung:

Grundsätzlich begrüßt der Bundesverband Geriatrie die stärkere Ausrichtung der Krankenhausversorgung an Qualitätsaspekten. Gleichwohl ist insbesondere bei der späteren Umsetzung der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen auf eine im Bereich der Versorgung geriatrischer Patienten sachgerechte Ausgestaltung zu achten.

Um den kurzfristigen Aufbau von unnötiger Bürokratie zu verhindern, ist es dringend erforderlich, eine Anpassung des § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V mit in das KHSG aufzunehmen. Ebenso sollte eine Änderung des § 120 Absatz 2 SGB V erfolgen.