



dbb
beamtenbund
und tarifunion

Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

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

Berlin, 11. Mai 2015





Grundsätzliches

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Während GKV und PKV durch einheitliche diagnosebezogene Fallpauschalen die Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser sicherstellen, stehen die derzeitigen Mängel der zu weiten Teilen in der Verantwortung der Länder befindlichen Investitionskostenfinanzierung diesem Ziel entgegen.

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung sieht vor, durch Schaffung eines so genannten Strukturfonds den Ländern Anreize zu geben, sich in auskömmlichem Maße an den Investitionskosten der Krankenhäuser zu beteiligen. Eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung, die die Länder dazu bewegt, ihrer gesetzlichen Verpflichtung der Finanzierung existenzsichernder Investitionskosten der Krankenhäuser im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nachzukommen, vermisst der dbb.

Hierzu fordert der dbb die Politik auf, die Möglichkeiten der Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung ernsthaft zu diskutieren. Aus Sicht des dbb sollten Mehrausgaben über einen Investitionskostenzuschuss zu den Fallpauschalen ausgeglichen werden, der systemunabhängig aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

Unabhängig von der Art der Finanzierung ist jedenfalls sicher zu stellen, dass die Gesamtkosten der Krankenhäuser gedeckt sein müssen. Dies schließt die Personalkosten mit ein.

Qualität und Sanktionierungsmöglichkeiten

Der dbb begrüßt ausdrücklich den besonderen Fokus auf das Thema Qualität in der stationären Versorgung. Die vorgesehene Aufnahme der Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung ist nicht nur sinnvoll, vielmehr wird mit der neu eingeführten Regelung des § 8 Abs. 1a und 1b KHG erstmals eine wirksame Sanktionsmöglichkeit geschaffen, die die Möglichkeit bietet, Krankenhäuser bei Verfehlung der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Qualitätskriterien entweder aus dem jeweiligen Krankenhausplan auszuschließen oder gar nicht erst dort aufzunehmen. Es bleibt nun abzuwarten, wie die Qualitätskriterien im Einzelnen ausgestaltet werden, um die Wirksamkeit der Regelung abschließend beurteilen zu können.

Qualität darf sich jedoch nicht nur an den Resultaten bei Entlassung der Patienten messen lassen. Neben der Krankenhaushygiene muss auch eine kontinuierliche Weiterqualifizierung des medizinischen und pflegerischen Personals oberste



Priorität haben. Dies gilt in besonderem Maße, da Arbeitgeber häufig als erstes in diesem Bereich sparen.

Die mit dem neu eingefügten § 3a KHEntgG vorgesehenen Qualitätszu- bzw. -abschläge werden vom dbb grundsätzlich begrüßt. Besonders die weitgehend unmittelbare Gewährung der Qualitätszuschläge sendet die richtigen Signale an die Leistungserbringer. Auch die vorgesehene Karenzzeit von 12 Monaten, binnen der etwaige Qualitätsdefizite „geheilt“ werden können, vermeidet aus Sicht des dbb Härten und möglicherweise ineffiziente Schnellschüsse bei der Problemlösung. Durch die vorgesehene Frist können mögliche Mängel in Bezug auf die Qualität strukturiert und kostengünstiger umgesetzt werden als Hals über Kopf. Die befristete Verdopplung der Abschläge bei fruchtlosem Verstreichen des 12-Monatszeitraumes ist sinnvoll und vermeidet im Vergleich zu einer rückwirkenden Belastung unnötige Bürokratie.

Um die Einhaltung der vom gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 137 SGB V geregelten Qualitätsrichtlinien zu kontrollieren, wird in § 275a SGB V der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit der Umsetzung beauftragt. Der dbb begrüßt, dass in § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V ebenfalls die Möglichkeit einer anlassunabhängigen Prüfung zumindest ermöglicht wird.

Aus Sicht des dbb gilt es jedoch zwei wesentliche Sachverhalte zu beachten:

Bereits der Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) sieht ein neues Aufgabenfeld für den MDK vor, namentlich die Beurteilung der Dienstfähigkeit von Bundesbeamten. Der dbb sowie auch seine Mitgliedsorganisation „Gewerkschaft der Sozialversicherung – GdS“ hatten in ihren Stellungnahmen zum Referentenentwurf des GKV-VSG vom 5. November 2014 schon darauf hingewiesen, dass der MDK bereits heute massiv überlastet ist, was sich beispielsweise an einem Rückstand von rund 100.000 Fällen beim MDK Niedersachsen zeigt. Vor der Übernahme zusätzlicher Aufgaben ist der MDK deshalb dringend mit ausreichendem Personal für seine bestehenden Aufgaben auszustatten.

In diesem Zusammenhang muss der MDK auch dadurch entlastet werden, dass sowohl der G-BA als auch die Länder als Auftraggeber der Prüfverfahren möglichst konkrete Vorgaben zum Prüfungsumfang und -inhalt machen. Diese Maßgabe ist konsequent umzusetzen. Auch dass in § 275a Abs. 1 SGB V die Rede davon ist, dass die Kontrollen „aufwandsarm zu gestalten“ sind, ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, muss sich jedoch in der Realität umsetzen lassen.

Strukturfonds und Finanzierung der Investitionskosten

Mit den neu eingefügten §§ 12-14 KHG setzt sich der Referentenentwurf zum Ziel, die Länder stärker in die Pflicht zu nehmen, sich entsprechend ihrem gesetz-



lichen Auftrag in angemessenem Umfang an den Investitionskosten zu beteiligen. Hierzu wird ein so genannter Strukturfonds eingerichtet. Dieser wird in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gespeist. Die Mittel können von den Ländern anteilig gemäß des Königsteiner Schlüssels beim Bundesversicherungsamt beantragt werden. Voraussetzung der Förderung ist eine Eigenbeteiligung in gleicher Höhe sowie eine Verpflichtung, in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereit zu stellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht.

Ob eine entsprechende Fondslösung mit der Notwendigkeit einer hälftigen Eigenbeteiligung der Länder tatsächlich genügend Anreize setzt, die Länder dazu zu bewegen, ihrer gesetzlichen Pflicht zur zumindest anteiligen Tragung der Investitionskosten nachzukommen, ist aus Sicht des dbb fraglich.

Die Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds lehnt der dbb ab. Vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (BGBl. I Jahrgang 2010 S. 2309) erfolgten Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge auf 7,3 Prozent würden entsprechende Mehrkosten mittelfristig in den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen aufgehen und damit allein von den Versicherten zu tragen sein.

Der dbb sieht in der flächendeckenden Versorgung auch im Hinblick auf den Zustand und die Ausstattung der stationären Einrichtungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und würde auch aus Gerechtigkeitsaspekten eine Steuerfinanzierung der Investitionskosten als den besseren Weg ansehen.

Pflegestellenförderprogramm

Das im ehemaligen § 4 Abs. 10 KHEntgG für die Jahre 2009 bis 2011 installierte Pflegestellenprogramm erfährt nun im neuen § 4 Abs. 8 KHEntgG eine modifizierte Neuauflage für die Jahre 2016 bis 2018.

Die künftige Begrenzung der zu fördernden Stellen auf die unmittelbare Patientenversorgung, also die „Pflege am Bett“, ist sinnvoll und trägt den Bedürfnissen des demografischen Wandels ebenso Rechnung wie der bislang noch unzureichenden Palliativversorgung. In besonderem Maße begrüßt der dbb die Feststellung in der Begründung zum Entwurf auf Seite 73, dass es nicht die Intention des Gesetzgebers ist, durch die zusätzlichen geförderten Stellen die Delegation ärztlicher Leistungen weiter zu befördern. Hiergegen hatte sich der dbb bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (BT-Drs. 17/6906) deutlich ausgesprochen. Eine stärkere Delegation ärztlicher Leistungen kann der dbb nur mittragen, sollte mit einer entsprechenden „Professionalisierung der Pflege“ auch eine Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns in Form von Mitbestimmung bei der Arbeitsorganisation erfolgen. Der dbb verbindet mit der Neu-



aufgabe des Pflegestellenförderprogramms die Hoffnung, dass aus den Fehlern der Vergangenheit gelernt wurde und die neu zu schaffenden Stellen passgenauer eingesetzt werden.

Im Hinblick auf die 90%ige Finanzierung zusätzlicher Stellen bzw. der Aufstockung bestehender Teilzeitstellen fordert der dbb, auch der (Weiter-) Qualifizierung einen angemessenen finanziellen Raum einzuräumen.

Fazit

Der vorliegende Referentenentwurf fokussiert sich stark auf Verbesserung in der Qualität stationärer Leistungen. Dies ist im Sinne der Patienten zu begrüßen und kann durch Vermeidung von möglichen Folgeerkrankungen zu einer Dämpfung zukünftiger Kostensteigerungen in der stationären Versorgung beitragen.

Sowohl die aufzuwendenden Mittel für die Speisung des Strukturfonds in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als auch die zusätzlichen Mittel für die 90%-Finanzierung neuer Pflegestellen in Höhe von bis zu 600 Millionen Euro pro Jahr, die über Zuschläge zu den abgerechneten DRG-Fallpauschalen bereitgestellt werden, belasten die Versicherten einseitig. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie das gesamtgesellschaftliche Interesse an einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden stationären Versorgung legen aus Sicht des dbb eine Steuerfinanzierung der mit dem Gesetz ausgelösten Kostensteigerungen nahe.