

**Stellungnahme der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft Per Email, Fri, 8 May 2015 13:31:33**

Sehr geehrter Herr Dr. Nothacker

Sehr geehrter Herr Müller,

Dr. Gaul aus dem Präsidium der DMKG hat sich die Mühe gemacht den Gesetzesentwurf kritisch zu lesen und doch einige sehr bedenkliche Punkte gefunden.

- 1) Es wird nicht definiert wie Qualität im Krankenhaus wirklich sinnvoll operationalisiert werden soll, wir alle wissen, dass die Meinung von Patienten sich eher an Oberflächlichkeiten orientiert.
- 2) Die Umwandlung von Krankenhäuser in ambulante Versorgungszentren ist kritisch zu hinterfragen und greift direkt in die ambulante Versorgung ein.
- 3) Die Zusammenführung der Basisfallwerte der Bundesländer ist im Wesentlichen über eine Absenkung, der Fallwerte der über dem Schnitt liegenden Ländern geplant, nicht über eine Anhebung des Basisfallwertes der unter dem Schnitt liegenden Ländern, der Zusammenführungskorridor ist im Gesetz a priori asymmetrisch angelegt. Das Gesetz verkennt völlig, dass der gleiche Basisfallwert in unterschiedlichen Bundesländern nicht für das gleiche ausreicht, Personalkosten werden in München und im Rhein-Main-Gebiet auch künftig höher sein als in Mecklenburg-Vorpommern.
- 4) Es werden zahlreiche neue Qualitätsindikatoren eingeführt, die mit sehr viel Aufwand und Arbeit einhergehen werden, deren Finanzierung aber im Gegenzug nicht gesichert ist, die aktuellen Hygieneordnungen, die Vorgaben zum QM, all diese zum Teil mit erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden, werden im Gesetz deutlich verschärft, diese Bereiche werden in den Kliniken ausgebaut werden müssen und das geht selbstverständlich mit Aufwendungen einher, die aber nicht Gegenfinanziert werden. Es sei hier auch an entsprechend notwendig werdende bauliche Maßnahmen erinnert. Wer über zu zahlende Zuschläge und Abschläge nach Qualitätskriterien urteilt und wie hoch diese sein werden, ist nicht dargestellt, wenn der MDK entscheidet, dann entscheidet quasi der Rechnungsempfänger Krankenkasse darüber, ob er etwas von der Rechnung bei tatsächlicher oder vermeintlich unzureichender Qualität abzieht. Kommt es in diesem Punkt zu Auseinandersetzungen, dann werden die Kosten der Schlichtung zwischen beiden Parteien paritätisch aufgeteilt, das heißt, eine Klinik zahlt 50% der Kosten, die entstehen, wenn eine Krankenkasse nicht zahlt (nicht zahlen will), selbst wenn am Ende eines Verfahrens festgestellt wird, dass die Rechnung korrekt war, zuzüglich des klinikinternen Aufwandes, der durch solche Verfahren entsteht.
- 5) Der verpflichtende Qualitätsbericht wird zu einem bürokratischen Monstrum, da auch noch eine Patienten-verständliche Zweitversion mit exakten Vorgaben auf die Homepage zu stellen ist, wobei nicht definiert werden kann, was Patienten-verständlich bedeutet.

- 6) Patientenrechte werden durch völlig unkonkret formulierten Vorgaben, die eher nach einem Anspruch auf ein "Wohlfühlen" im Krankenhaus („Hotel“) klingen diffus gestärkt, das öffnet Klagen Tür und Tor.
- 7) Kontrollen des MDKs können unangekündigt vor Ort auch mit dem Recht zum Begehen und der Kontrolle von Räumlichkeiten durchgeführt werden und können so von den Kassen gezielt zur Manipulation eingesetzt werden.
- 8) Steigt die Fallzahl einer Behandlung, wird die Bezahlung automatisch schlechter. Das würde am Beispiel der Schmerztherapie im Krankenhaus bedeuten: Versucht man durch Mengenausweitung die aktuelle und unzweifelhaft bestehende Versorgungslücke zu schließen, wird die Bezahlung so schlecht werden, dass die Leistung nicht mehr oder nur noch in minderer Qualität angeboten werden kann, das hätte paradoxerweise eine Verschlechterung und nicht eine Verbesserung der Versorgungssituation zur Folge.

Wir sehen in dem völlig unausgewogenen Entwurf einen populistischen Versuch dem Lobbyismus der Kassen und der Patientenvertretern nachzukommen, wobei eine sinnvolle Umstrukturierung aus dem Auge verloren wird.

A. Straube und C. Gaul

Im Namen des Präsidiums der DMKG