

Stellungnahme

Diakonie 
Deutschland

Evangelischer Bundesverband

Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1632
Telefax: +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de

Berlin, 11. Mai 2015

Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz-KHSG) vom 28.04.2015

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Die Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband nimmt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege und als Werk der evangelischen Kirche zum vorliegenden Referentenentwurf Stellung. Grundlage christlichen Handelns ist das Gebot der Nächstenliebe, das sich auch in der Fürsorge, Pflege und im seelsorgerlichen Beistand für kranke Menschen konkretisiert. In diesem Sinne sind die 200 evangelischen Krankenhäuser tätig, die zur Diakonie gehören. Christliche Krankenhausarbeit versteht sich als ein Teil der umfassenden Begleitung, Behandlung und Pflege, die kranke Menschen in guter Abstimmung möglichst nah an ihrem Wohnort brauchen. Zur Entwicklung einer bedarfsgerechten und humanen Krankenhausversorgung, die unterschiedliche Bedürfnisse und regionale Gegebenheiten berücksichtigt, hat sich die Trägervielfalt in Deutschland bewährt.

Telefon: +49 30 652 11-0
Telefax: +49 30 652 11-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

Registergericht:
Amtsgericht
Berlin (Charlottenburg)
Vereinsregister 31924 B

Evangelische Bank eG
BIC GENODEF1EK1
IBAN:
DE42520604100000405000

Der vorliegende Referentenentwurf ist mit dem Anspruch verbunden, die Krankenhausplanung stärker auf die Qualität der Versorgung auszurichten, die Pflege im Krankenhaus, die Notfallversorgung sowie die Versorgung in strukturschwachen Regionen zu stärken, in überversorgten Regionen auf eine Verringerung der Kapazitäten hinzuwirken und unerwünschte Effekte im Vergütungssystem zu korrigieren.

USt-IdNr.: DE 147801862

Barrierefreier Parkplatz in
der Tiefgarage

Aus Sicht der Diakonie Deutschland besteht dringender Regelungsbedarf gegenwärtig insbesondere in der Krankenhausplanung und Tragung der Investitionskosten durch die Bundesländer. Auch das DRG-Vergütungssystem bedarf offensichtlich einer Neujustierung, wie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Korrekturen zeigen. Zur Erreichung der grundsätzlich unstrittigen Qualitätsziele empfiehlt die Diakonie Deutschland die Stärkung professioneller Selbststeuerung durch die Fachlichkeit der Gesundheitsberufe anstelle externer ökonomischer Anreize oder Vorschriften.

Grundsätzlich gilt: Ein Krankenhaus, das seinen Versorgungsauftrag erfüllt, muss wirtschaftlich betrieben werden können, ohne seine Leistungen ausweiten zu müssen. Die Klärung von Versorgungsaufträgen, die Bereitstellung der erforderlichen Kapazitäten und der Abbau von Überkapazitäten müssen nach fachlicher Vorklärung politisch entschieden werden. Zur Krankenhausversorgung

gehört wesentlich auch die Pflege, die über ad-hoc-Maßnahmen hinaus, im Vergütungssystem besser abgebildet werden muss.

Im Folgenden nimmt die Diakonie Deutschland zu ausgewählten Regelungsvorschlägen kurz Stellung. Sie verweist zugleich auf die vertiefende Stellungnahme des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes (DEKV) bzw. der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD).

1. Qualitätsorientierung

Dass im Krankenfinanzierungsgesetz nun auch eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung als Ziel genannt wird, ist zu begrüßen, verpflichtet den Gesetzgeber aber dazu, die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen durch eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung zu schaffen. Die Erarbeitung der für die Krankenhausplanung vorgesehenen Qualitätsindikatoren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss setzt eine Verständigung über das zugrundeliegende Qualitätsverständnis voraus. Skeptisch ist die Diakonie Deutschland, ob im G-BA schnell und auch konsensfähig taugliche Qualitätsindikatoren geschaffen werden können, die dann auch durch die Länder übernommen werden und somit tatsächlich Wirkung entfalten.

Die Förderung der Trägervielfalt ist aus Sicht der Diakonie ein unverzichtbares Element einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Krankenversorgung, der die Pflicht der Träger korrespondiert, gleichwertige Qualität zu realisieren (§§ 1 u. 8 KHG).

Die vorgesehenen Zu- und Abschläge für höhere oder mindere Qualität für einzelne Leistungen bzw. Leistungsbereiche (§ 136 b SGB V) sind kritisch zu beurteilen, weil sie – vermutlich auf einer fachlich kontroversen Grundlage – Einzelanreize setzen, die der Qualitätsentwicklung eines Krankenhauses insgesamt nicht förderlich sind. Ähnliche Vorbehalte gelten den Qualitätsverträgen und den durch sie gesetzten wirtschaftlichen Anreizen (§ 110a SGB V); die Notwendigkeit einer gründlichen Erprobung ist zu unterstreichen.

Die Übertragung der externen Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (§ 275a SGB V) ist abzulehnen, da diese einseitig den Kostensenkungsinteressen der Krankenkassen verpflichtet ist. Mit dieser Aufgabe ist eine unabhängige bzw. von Kostenträgern und Leistungserbringern gemeinsam getragene Institution zu betrauen.

In jedem Fall sollte der gegenwärtig parallel in Planung befindliche Innovationsfonds beim G-BA (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) explizit die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Qualität als Maßstab auch für Krankenhäuser fördern.

2. Verbesserung der Versorgungsstrukturen/Investitionskosten

Mit dem Fonds zur Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen wird ein im Umfang begrenzter, jedoch wichtiger politischer Akzent gesetzt (§§ 12 ff. KHG): Der Abbau von Überkapazitäten wird nicht mehr ausschließlich einem durch das Vergütungssystem gesteuerten Wettbewerb überlassen, sondern eine vom Bund geförderte Gestaltungsaufgabe der Bundesländer. Neben der Umwandlung des Krankenhauses in eine andere Gesundheitseinrichtung sollte nach Auffassung der Diakonie Deutschland auch die Schließung eines Krankenhauses und die Tragung der damit verbundenen Kosten als Option vorgesehen werden.

Noch wichtiger ist jedoch die Einhaltung der Verpflichtung der Bundesländer zur Finanzierung der Investitionskosten. Die Versorgungsstrukturen können dem heutigen Bedarf und fachlichen Standard nur angepasst werden, wenn die Bundesländer dieser Verpflichtung umfassend nachkommen.

3. Stärkung der Pflege am Krankenbett

Mit dem Pflegestellenförderprogramm reagiert der Gesetzgeber auf Appelle aus der Mitarbeiterschaft der Krankenhäuser, die Pflege am Krankenbett unverzüglich zu stärken (§ 4 KHEntgG). Diesen Appell unterstützt die Diakonie Deutschland: Die Anwendung des DRG-Systems in Verbindung mit der jahrelangen Unterfinanzierung der Investitionskosten hat zu einem fachlich und menschlich nicht vertretbaren Stellenabbau in der Krankenhauspflege führt. Die vorgesehenen ad-hoc-Maßnahmen müssen möglichst bald durch eine systemische Lösung ersetzt werden, durch die die Pflege in der Krankenhausvergütung ausreichend abgebildet wird. Dies beinhaltet u.U., die Personalkosten jenseits des

Fallpauschalensystems zu bemessen, und stattdessen den tatsächlichen Stellenbedarf (auf Grundlage einer allgemeinverbindlichen Personalbemessung) zu finanzieren.

4. Sicherstellung der Versorgung, Notfallversorgung

Die präzisierten Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die aufgrund geringer Fallzahlen über Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden können, sind sinnvoll; allerdings sollte der Sicherstellungszuschlag nicht erst dann gezahlt werden, wenn das gesamte Krankenhaus in seiner Existenz bedroht ist, sondern bereits dann, wenn einzelne für die Versorgung der Bevölkerung vorzuhaltende Leistungsbereiche aus Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden können (§ 5 Abs. 2 KHEntgG). Die Zuschläge dürfen nicht auf den Landesbasisfallwert angerechnet werden.

Bei den Zuschlägen für die stationäre Notfallversorgung (§ 9 Abs. 1a KHEntgG) ist aus Sicht der Diakonie Deutschland die wohnortnahe Notfallversorgung deutlich zu stärken. Eine auf die Maximalversorger konzentrierte Notfallversorgung ist abzulehnen. Bei dieser Gelegenheit ist auch auf die Notwendigkeit hinzuweisen, den Krankenhäusern den beträchtlichen Aufwand zu ersetzen, den sie in Vertretung der niedergelassenen Ärzte in der Versorgung ambulanter Notfälle haben.

5. Anerkennung von Tarifverträgen bzw. kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien

Nach Auffassung der Diakonie müssen Leistungen nach allen Sozialgesetzbüchern so vergütet werden, dass der Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung seine Aufwendungen finanzieren kann. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Dieser Grundsatz muss bei der Weiterentwicklung und Anwendung des Orientierungswertes berücksichtigt werden (§ 10 KHEntgG).

Berlin, den 11. Mai 2015

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik