

Deutscher Städtetag · Gereonstraße 18 - 32 · 50670 Köln

Bundesministerium für Gesundheit
Rochusstraße 1
53123 Bonn

per E-Mail: 216@bmg.bund.de

Gereonshaus
Gereonstraße 18 - 32
50670 Köln

12.05.2015/rem/de

Telefon +49 221 3771-0
Durchwahl 3771-305
Telefax +49 221 3771-409

E-Mail

lutz.decker@staedtetag.de

Bearbeitet von

Lutz Decker

Aktenzeichen

54.05.02 D

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

Ihr Schreiben vom 28. April 2015, AZ 216 – 20651 – 06

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Übersendung des o. g. Gesetzentwurfs und die Gelegenheit für eine Stellungnahme bedanken wir uns.

Eingangs müssen wir leider erneut auf die Kurzfristigkeit der Einbindung eingehen. Ihr Anschreiben nebst Gesetzentwurf erreichte uns am Abend des 28. April d. J. Die Stellungnahmefrist bis zum 12. Mai ist nicht geeignet, um eine fundierte Einbindung der kommunalen Spitzenverbände zu realisieren. Rein praktisch kann dies nicht gelingen, wenn wir noch eine hinreichende Rückkopplung mit unserer Mitgliedschaft vornehmen wollen. Auch formell entspricht dieses Verfahren nicht der Intention der bestehenden Regularien für Bundesministerien (insbesondere § 47 der gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien). Vor diesem Hintergrund und der Tatsache, dass auch bei erster Durchsicht des Entwurfes augenfällig wird, dass sich die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser hierdurch per Saldo nicht sinnvoll weiterentwickeln sondern teilweise noch deutlich verschlechtern, hielten wir eine auch zeitlich ausreichend dimensionierte Debatte für dringend angezeigt, um dem umfangreichen Änderungsbedarf an diesem Entwurf gerecht zu werden. Wir äußern uns zu dem Gesetzentwurf nun im Rahmen einer ersten Stellungnahme und behalten uns ergänzende Positionierungen ausdrücklich vor.

Grundsätzlich würden wir ein Vorhaben begrüßen, endlich die Strukturen und Rahmenbedingungen für Krankenhäuser zu verbessern. Dies halten wir für dringend erforderlich. Die Städte erwarten von der aktuellen Debatte zu einer Krankenhausreform eine substantielle Unterstützung der örtlichen Krankenhausstrukturen. Kommunen tragen eine Verantwortung in der

öffentlichen Daseinsvorsorge, wozu auch eine Mitverantwortung für eine funktionierende Krankenhausversorgung gehört. Deutlich wird das z. B. dann, wenn diese vor Ort nicht mehr gewährleistet zu sein droht und sich Bürgerinnen und Bürger hilfeschend in Richtung ihrer Kommune wenden. Viele Kommunen tragen als Träger eigener Krankenhäuser noch zusätzliche Verantwortung. Aus der kommunalen Verantwortung heraus, entstehen an eine Krankenhausstrukturreform insbesondere Erwartungen für verbesserte Rahmenbedingungen. Dazu gehören

- eine ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser u. a. der unabwendbaren Personal- und Sachkostensteigerungen,
- das zur Verfügung stellen von Investitionsmitteln in tatsächlich bedarfsgerechter Höhe durch Länder und Bund,
- hinsichtlich neuer, die Qualität betreffende Regeln und Vorgaben, die Erwartung, dass diese sachgerecht ausgestaltet werden und einhergehen mit einer regelhaft ausreichenden Finanzausstattung der Krankenhäuser und
- die Sicherstellung der medizinisch flächendeckenden Versorgung und der Notfallversorgung, die im ambulanten, wie auch im stationären Bereich sichergestellt und insbesondere im Krankenhausbereich zukünftig auch adäquat gegenfinanziert werden muss.

Vor dem Hintergrund müssen wir feststellen, dass der Referentenentwurf diesen Anforderungen in keiner Weise gerecht wird.

Laufende Betriebskosten und Regelungen zur Mengenentwicklung:

Hinsichtlich der Finanzierung der laufenden Betriebskosten stellen sich hohe Anforderungen und Notwendigkeiten an eine Reform. Etwa muss besonders darauf geachtet werden, dass Lohnerhöhungen und Tarifsteigerungen adäquat berücksichtigt werden. Personalkosten stellen den Löwenanteil der Krankenhauskosten dar und müssen adäquat durch die Krankenhauspreise gegenfinanziert werden können. Die Krankenhausfinanzierung muss neben diesen Kostensteigerungen von Löhnen auch weitere wie etwa die von Medien wie Strom, Gas, Wasser, Abwasser und medizinischen Gasen komplett abdecken.

In dem Gesetzentwurf finden sich entsprechende dringend benötigte Regelungen allerdings entweder nicht oder nicht hinreichend oder die Regelungen laufen den o.g. Zielen sogar zuwider. Hinzuweisen ist hier u.a. auf folgendes:

- Der Versorgungszuschlag von 0,8 % soll ab 2017 ersatzlos wegfallen. Diese Regelung konterkariert Möglichkeiten einer ansatzweisen Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen für die Krankenhausbeschäftigten und wird von uns strikt abgelehnt.
- Produktivitätssteigerungen, vermutete Fehlbelegungen und ambulantes Potential soll zusätzlich von den Krankenhauspreisen abgezogen werden. Auch diese Regelungen sind kontraproduktiv.
- Grundsätzlich zu begrüßen sind zwar Verbesserungen bei der Finanzierung besonderer Aufgaben von Zentren, bei Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse oder Sicherstellungszuschlägen, von der Substanz her kompensieren sie die Schlechterstellungen jedoch bei weitem nicht
- Der Landesbasisfallwert soll sich ab dem Jahr 2016 weiter angleichen. Dies ist in der ursprünglichen Gesetzgebung bereits so vorgesehen. Nach wie vor erschließt sich nicht, wie ein Stadt-Land-Gefälle ausreichend Berücksichtigung findet. Bestimmte, höhere Kosten im städtischen Bereich müssen besser berücksichtigt werden.

Per Saldo ist eine deutliche Schlechterstellung bei der Finanzierung für die Krankenhäuser absehbar. Vor einem Inkrafttreten des Gesetzes muss daher dringend nachgearbeitet werden. Wichtige Punkte, die zudem verbessert werden müssen, sind u.a. die derzeit nicht vollständige Aufhebung der absenkenden Berücksichtigung der Mengenentwicklung bei den Landesbasisfallwerten. Beim Bundesbasisfallwert (vgl. § 10 Absatz 9 KHEntgG) soll ab 2021 eine ebenfalls kontraproduktive Neuregelung greifen, zu der deutlich zu kritisieren ist, dass statt der prospektiven Festlegung des einheitlichen Basisfallwertes und einheitlichen Basisfallwertkorridors dann diese rückwirkend auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse der Landesebene festgelegt werden sollen. Der Gesetzentwurf sieht hier derzeit erhebliche Schlechterstellungen der Krankenhäuser vor.

Zur Mengensteuerung sieht der Entwurf grundsätzlich drei Instrumente vor:

- die Zweitmeinung - zu der allerdings wissenschaftliche Analysen zu ihrer Wirkung fehlen
- die Senkung des Fallgewichts bei DRGs mit wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung - hier fehlt im Entwurf jedenfalls der Zusatz „von den Krankenkassen vermuteter bzw. behaupteter“.
- den Fixkostendegressionsabschlag mit einer Laufzeit von wenigstens 5 Jahren. Er tritt auf Landesebene an die Stelle der Mengendegression des Basisfallwerts und auf lokaler Ebene an die Stelle des bisher 3-jährigen Mehrleistungsabschlags von 25%.

Bei der Mengenproblematik wäre als Kernelement einer Reform eigentlich dringend erforderlich, dass Krankenhäuser nicht für nicht von ihnen zu verantwortende Mengenentwicklungen negativ herangezogen werden. Die doppelte Degression wird aber nun erst voraussichtlich ab dem Jahr 2017 und auch dann nur teilweise abgeschafft. Letztlich wird es so unattraktiv für Krankenhäuser zusätzliche Leistungen zu erbringen. Der Fixkostendegressionsabschlag (weitgehend ohne erkennbare Ausnahmetatbestände) wird die Problematik des bisherigen Mehrmengenabschlags ablösen und dabei verschärfen.

Hinsichtlich der Einführung des ab 2017 neu vorgesehenen Fixkostendegressionsabschlages befürchten wir deutliche zusätzliche finanzielle Einbußen der Krankenhäuser mit Mehrleistungen im Fallpauschalenbereich und somit eine weitere Verschlechterung ihrer Rahmenbedingungen. Bewirkt wird dies u.a. durch die lange Abschlagdauer von 5 Jahren, die in vielen Ländern zu befürchtende zunehmende Abschlaghöhe und die Begrenzung von Ausnahmetatbeständen. Das ganze System wird hierdurch zudem auch noch einmal ein gutes Stück komplizierter und damit in der Anwendung, ohne Nutzen für die Patienten, teurer.

Der Fixkostendegressionsabschlag wird in der Gesetzesbegründung ausführlich umschrieben und mit den Zu/Abschlägen für Qualität und Notfallversorgung teilweise auch etwas unklar verknüpft. Vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen sein sollen unverzichtbare Leistungen. Hier stellen sich Fragen, wie diese definiert sein sollen. Krankenhäuser haben aufgrund des Kostendrucks bereits in der Vergangenheit darauf geachtet, einen möglichst hohen Anteil ihrer Kosten als zur erbrachten Leistung proportional, also variabel zu gestalten. Z. B. wurden Krankenhauseigene Wäschereien geschlossen um die Kosten für Wäsche proportional zu den erbrachten Pflorgetagen steuern zu können. Bei den Fixkosten dürfen Investitionen bei der Berechnung des Fixkostendegressionsabschlag keine Rolle spielen, da diese ja von den Ländern finanziert werden (sollten). Andernfalls würden die Krankenhäuser doppelt bestraft.

Der Fixkostendegressionsabschlag ist in halber Höhe bei der Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern vorgesehen. Das heißt, schließt ein Krankenhaus seine Geburtshilfe, so müssen die verbleibenden Krankenhäuser mit Geburtshilfe dessen Geburten zu einem um den halben Fixkostendegressionsabschlag reduzierten Preis erbringen. Das heißt, dass

Mehrleistungen aufgrund landesplanerischer Maßnahmen auch dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen. Diese waren bisher auf lokaler Ebene vom Mehrleistungsabschlag befreit. Damit wird die Landesplanung geschwächt.

Es steht zu befürchten, dass die Aufhebung der Mengendegression beim Landesbasisfallwert nicht nur unvollständig ist, sondern durch die Verschärfung der Behandlungskomponente der Wirtschaftlichkeitsreserven bzw. die Konsequenzen der neu vorgesehenen Instrumente überkompensiert wird. Eine Schlechterstellung zur jetzigen Situation ist zu erwarten. Die hier enthaltenen Regelungen zur Mengenentwicklung führen in Regionen mit Bevölkerungswachstum und/oder demographisch bedingten Steigerungen der Krankenhausbehandlungen zur Unwirtschaftlichkeit der Aufrechterhaltung von Versorgung und damit potentiell zur inhaltlichen Einschränkung der Leistungsentwicklung (Anreize zur Vermeidung „schlechter Risiken“, Wartezeiten auf OP Termine, Einschränkung von Kapazitäten in Bereichen ohne Deckungsbeiträgen - z.B. der Pädiatrie). Neben der oben beschriebenen grundsätzlichen Kritik zu den mengenbezüglichen Regelungen fehlen auch Landes- oder örtliche Möglichkeiten, um wenigstens hier abschlagsfreie Mehrleistungen zu ermöglichen.

Zur Mengenentwicklung insgesamt fehlt ein gesetzgeberisches Statement, welches die demografische Entwicklung inkl. absehbar häufiger auftretender Erkrankungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt gerecht wird. Krankenhäuser dürfen nicht für die durchaus erfreulichen Entwicklungen aus dem Bereich der Demografie und des medizinisch-technischen Fortschritts negativ haftbar gemacht werden. Auch wenn Krankenhäusern unterstellt werden sollte, selber für Mengenentwicklungen mit verantwortlich zu sein, sollte zur Begegnung vor allem darauf geachtet werden, dass ansonsten eine regelgerechte, hinreichende und abschlagsfreie Krankenhausfinanzierung einzelner Leistungen sichergestellt ist.

Extemkostenfälle / Kostenausreißer

Es genügt nicht, dass hierzu jährlich berichtet wird. Krankenhäuser, die diese mit ihren Kosten belegen können, müssen diese in den Budgetverhandlungen geltend machen können.

Mehrkosten aus dem Wirken des G-BA

Bei den geplanten Zuschlägen für Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA ist von einer zeitlichen Befristung der Zuschläge die Rede. Wenn Konsequenzen von G-BA Vorgaben aber zeitlich unbefristet sind, müssen auch entsprechende Zuschläge zeitlich unbefristet gelten.

Für die Mehrkosten der vielfältigen G-BA-Richtlinien sind die vorgesehenen Vorgaben als Überregulierung zu bewerten. Sowohl der G-BA als auch die Bundesebene müssen erst zu jeder neuen Richtlinie Vereinbarungen, bzw. Regelungen treffen, bevor auf der Ortsebene über Zuschläge verhandelt werden kann. Für die außergewöhnliche Problematik der Neonatologie wäre eine Sofortmaßnahme mit vollständiger Finanzierung der Mehrkosten ab in Kraft treten der Richtlinie erforderlich.

Analog sollten auch Mehrkosten aus gesetzlichen Maßnahmen und Auflagen von Behörden mit vergleichbarer Bindungswirkung berücksichtigt werden. Das Patientenrechtegesetz führte neben dem Anstieg der Kosten für die Haftpflichtversicherung (die in den Orientierungswert einfließen sollten) zu einem erheblichen Mehraufwand bei der Dokumentation der Aufklärung (Exemplar für den Patienten). Für die Krankenhäuser drohen erhebliche Mehrkosten beim Betrieb unternehmenskritischer Infrastruktur.

Qualität

Eine stärkere Ausrichtung auf die Qualität ist eine richtige Entwicklung. Grundsätzlich sollten Maßnahmen aber nicht vornehmlich auf Misstrauen, Kontrollen und Abschlüge aufgebaut werden. Genau in eine solche Richtung geht aber der vorliegende Gesetzentwurf. Es kann durchaus davon ausgegangen werden, dass alle Beteiligten ein Interesse an einer weiter verbesserten Qualität haben. Neben den Patienten an erster Stelle, sind das auch die Krankenhäuser selbst.

Insoweit Qualitätsprüfungen vorgesehen werden, wäre, anders als im Entwurf geplant, eher eine Institution notwendig, die sektorübergreifend und neutral die Qualitätsprüfung durchführt. Dies kann weder der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) –der schon durch seinen Namen seine Nicht-Neutralität vorstellt- noch die kassenärztliche Vereinigung (KV) sein. Während im Gesetzentwurf für den stationären Bereich der MDK vorgesehen ist, sollen es für die Ambulanzen die KV sein. Neben einer damit verbundenen kritisch beurteilten Verlegung von Sektorengrenze in das Krankenhaus stellen sich hier etwa auch Fragen, ob die Notaufnahme eines Krankenhauses künftig von beiden geprüft wird. Als Ort der Notaufnahme ist sie eine Station, die vom MDK zu prüfen wäre, als Ort der ambulanten Notfallversorgung ist sie eine Institutsambulanz, die von den KVen zu prüfen wäre. Fraglich ist dann auch, ob beide gleiche Prüfkriterien haben.

Hinsichtlich von Qualität als Planungs- und Vergütungskriterium belohnt das pauschalierte Vergütungssystem die Versorgung von Patienten, deren Krankheitsstadium einen Eingriff eben rechtfertigt. Ist die Erkrankung des Patienten bereits deutlich fortgeschritten oder hat er Nebenerkrankungen, die im Vergütungssystem zu keinem Mehrerlös führen, so riskiert das Krankenhaus bei dessen Behandlung defizitär zu agieren. Im Ergebnis bedeutet dies, dass im DRG-System ein monetärer Fehlanreiz zur Selektion besteht. Ein Patient, dessen Krankheitsstadium einen Eingriff eben rechtfertigt, hat ein besseres Genesungspotential als ein Patient, dessen Erkrankung bereits deutlich fortgeschritten ist. Das heißt, die Behandlung des Patienten im Frühstadium wird sehr wahrscheinlich im Qualitätsbericht zu einem besseren Ergebnis führen, als die Behandlung des Patienten im fortgeschrittenen Stadium, selbst wenn das Genesungspotential im gleichen Grad ausgeschöpft wurde.

Auch kann eine Operation durchaus lege artis durchgeführt worden sein mit sogar einem hervorragenden operativen Ergebnis und dennoch stellt sich unter Umständen für den Patienten nicht der gewünschte Erfolg ein. Dies hängt einerseits vom subjektiven Empfinden des Patienten ab, aber sicher auch von medizinischen Begleitumständen. Zusatzerkrankungen können unter Umständen den operativen Erfolg zunichtemachen, was dann wiederum die Ergebnisqualität beeinträchtigt. Krankenhäuser mit komplexeren Eingriffen drohen so hinsichtlich einer dokumentierten Qualitätsergebnissen tendenziell benachteiligt zu werden. Durch die vorgesehenen Regelungen im Gesetzentwurf wird gefördert, dass sich die einzelnen Krankenhäuser stärker spezialisieren sollen. Dies kann zur Konsequenz haben, dass Kliniken, die sich auf eher einfachere Eingriffe spezialisieren, ein formell-dokumentiertes deutlich höheres Qualitätsniveau erreichen können, da bestimmte Eingriffe per se geringere Infektions- oder Komplikationsraten aufweisen. Die Unterschiede werden durch eine noch so aufwändige Risikoadjustierung in der Qualitätsstatistik nur sehr bedingt kompensiert. Im Ergebnis bedeutet dies, dass im angestrebten Qualitätswettbewerb ein weiterer Fehlanreiz zur Selektion besteht, der den monetären Fehlanreiz verstärkt.

Bei Fragen der Mindestmengenregelung ist es grundsätzlich richtig, wenn einem ‚Rosinenpicken‘ in der Patientenversorgung entgegen gewirkt wird. Probleme in der wohnortnahen Versorgung insbesondere in Flächenlandkreisen/Flächenländern der Bundesrepublik müssen im Kontext aber auch berücksichtigt werden. Hier müssen Regelungen gefunden werden, wie zum Beispiel eine engere Verzahnung von großen Zentren mit entlegeneren Krankenhäusern, die für die Aufrechterhaltung der wohnortnahen Versorgung bzw. Notfallversorgung notwendig sind.

Grundsätzlich wird im Rahmen der bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsverfahren seit Jahren um Prozessindikatoren für Ergebnisqualität gerungen. Um Ergebnisqualität wirklich zu messen, wäre die sektorübergreifende Zusammenführung von Behandlungsdaten erforderlich. Hierzu fehlt eine rechtliche Grundlage, die auch Fragen des Datenschutzes berücksichtigt. Bei einem Vergleich von Krankenhäusern wäre dann äußerst sensibel vorzugehen. Etwa wäre dann angezeigt, nur solche gleicher Versorgungsstufe zu vergleichen – oder eine 30- oder 90-Tages Mortalität zu erfassen. Durch Patientenverlegungen (komplexer Fälle vom Krankenhaus geringerer Versorgungsstufe in eines der höheren) drohen ansonsten falsche Ergebnisse (wenn weitere Komplikationen erst beim aufnehmenden Krankenhaus virulent werden). Insgesamt ist daher zunächst vielmehr an Qualitätsindikatoren für Struktur- und Prozessqualitäten zu denken, wobei auch hier anzumerken ist, dass insbesondere die Strukturqualität in den einzelnen Bundesländern aufgrund verschiedener Auslegungssituationen des dualen Finanzierungssystems durchaus unterschiedlich ist.

Der Investitionsstau in die Krankenhausbauten ist sehr wohl bekannt und kann alleine durch Qualitätsziele nicht abgebaut werden. Entsprechendes gilt auch für die laufenden Betriebskosten. Bei der Ausgestaltung der Qualitätskriterien muss auch der Aspekt einer notwendigen verbleibenden Krankenhausversorgungsdichte mit berücksichtigt werden.

Ein Forschungsauftrag zur Frage, wie Indikationsqualität gemessen und evtl. gesteuert werden kann, fehlt.

Hinsichtlich der Personalbemessung ist in dem Gesetzentwurf eine Vorgabe von Mindestmengen der jeweiligen Personalgruppen und die dazugehörige Definition der Arbeitsleistungen nicht ersichtlich. Seit Jahren werden zum Beispiel in der Qualitätssicherung mit der Begründung, dass sich dies quasi kosten- und personalneutral umsetzen ließe, zusätzliche Erhebungen eingeführt. In den Antragsbegründungen liest man dann beispielsweise von einer maximalen Bearbeitungszeit von ca. 2 Minuten. Dies bezieht sich allerdings immer nur auf den einzelnen Patienten und bei Vorliegen aller notwendigen Daten. Hochgerechnet auf eine Station kommt - wie uns aus der Praxis berichtet wird - schnell eine zusätzliche Stunde an Arbeitszeit pro Tag hinzu. Dies muss zukünftig bei einer Personalbemessung berücksichtigt werden. Hierzu kann der Bund im Rahmen der Legislative Vorgaben machen – diese müssten aber dann auch vollständig gegenfinanziert werden.

Vorgesehen ist, dass der G-BA für Leistungen oder Leistungsbereiche Qualitätsverträge festlegt. Qualitätsverträge mit einzelnen Kassen führen aber zu einer Ungleichbehandlung von Patienten im Krankenhaus je nach Zugehörigkeit zur Krankenkasse. Es fehlt auch ein Kontrahierungszwang der Kassen für die Krankenhäuser, die einen solchen Qualitätsvertrag abschließen wollen.

Hinsichtlich von Sanktionen ist vorgesehen, dass der G-BA ein gestuftes Sanktionssystem für Nichteinhaltung für Qualitätsvorgaben vorlegt. Der G-BA ist ermächtigt Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen, insbesondere Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruch für

Leistungen mit nicht erreichten Mindestanforderungen, Informationen Dritter über Verstöße und einrichtungsbezogene Veröffentlichungen. Aufgaben in diesem Zusammenhang hatten bisher die Landesgeschäftsstellen für Qualität mit ihrem strukturierten Dialog. Wir halten jedenfalls individuelle dezentrale Entscheidungen vor Ort für eher geeignet, die Versorgungsqualität günstig zu beeinflussen, als zentrale Automatismen.

Konkret bezüglich qualitätsabhängiger Zu- und Abschläge ist vorgesehen, dass der G-BA spätestens zum 31.12.2016 einen Katalog von Leistungen und Leistungsbereiche vorlegt, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren beschließt. Die Bundesebene vereinbart auf dieser Grundlage bis zum 30.06.2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge. Da keine Umverteilung im System oder eine Rückwirkung auf die Landesbasisfallwerte vorgesehen ist, werden sowohl Zu- als auch Abschläge direkt eine Finanzwirkung entfalten. Qualitätsabschläge passen allerdings grundsätzlich nicht in die DRG-Systematik; auch entsteht ein wieder neuer Aufgabenbereich für den G-BA für Vergütungsabschläge und den Wegfall von Vergütungsansprüchen.

Die Integration von Sanktionsstufen, sofern überhaupt möglich, in die bestehenden G-BA-Richtlinien erfordert zudem bereits rein technisch sicher mehrere Jahre Vorlauf. Die Identifizierung rechtssicherer Qualitätsindikatoren für außerordentlich gute oder unzureichende Qualität aus den vorhandenen Qualitätsindikatoren der externen, stationären Qualitätssicherung ist allenfalls ein langfristiges Projekt. Es müssten komplett neue Indikatoren entwickelt werden. Das geplante Aussetzen der Qualitätsabschläge im ersten Jahr heilt nicht die absolut kritische Beurteilung des Instruments. Vergütungsabschläge stellen den Einstieg in ein Rabattsystem dar, dass mit einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung nicht vereinbar ist und welches wir ablehnen.

Notfallversorgung

Hier fehlen Aussagen zur derzeit nicht adäquat geregelten Finanzierung der notfallambulanten Versorgung in Krankenhäusern. Krankenhäuser werden von der Bevölkerung auch bei ambulanten Notfällen häufig aufgesucht. Reduzierungen des KV-Angebots führen tendenziell zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser. Derzeit ist es für die KVen günstiger, die notfallambulante Versorgung durch Krankenhäuser erbringen zu lassen (Abschlag von 5, früher 10 %; teilweise Verweigerung von Ziffern, die niedergelassenen Ärzten gezahlt werden). Damit haben die KVen einen monetären Anreiz entgegen ihrer eigenen Versorgungsverpflichtung stärker auf die Krankenhäuser als Versorger zu setzen. Was benötigt wird, ist eine Regelung derzufolge, den Krankenhäusern für eine notfallambulante Leistung (auch notärztliche Leistung im Rahmen einer Institutsambulanz) die entstehenden Kosten auch adäquat finanziert werden, was derzeit nicht der Fall ist.

Vorgesehen ist, dass der G-BA bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System für Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme festlegt. Die Berechnung der Zu- und Abschläge mit dem Landesbasisfallwert erfolgt ausgabenneutral. Daher erfolgt nur eine Umverteilung zwischen den Krankenhäusern, eine ausreichende Refinanzierung der Notfallversorgung wird hierdurch nicht gewährleistet.

Pflegestellen-Förderprogramm:

Eine Pflegeoffensive wäre grundsätzlich zu begrüßen. Aktuell wird aus der Praxis berichtet, wie schwer es ist, auf dem Arbeitsmarkt gut ausgebildete Pflegekräfte akquirieren zu können,

selbst bei bundesweiten Kampagnen. Neben einer Pflegeoffensive für mehr Pflegepersonal, sollte das Gesetz auch eine Stärkung des Berufsbilds der Krankenpflege nach sich ziehen und somit unabhängig von einem Studium Aufstiegschancen für Pflegekräfte innerhalb des hierarchischen Systems zulassen.

Richtig ist daher, dass das Thema der Pflege im Gesetzentwurf aufgegriffen wird. Kritisch ist aber, dass das Pflegestellen-Förderprogramm viel zu klein dimensioniert ist. Bei Verfügbarkeit von 300 Mio. Euro pro Jahr und etwa 2.000 Krankenhäusern in Deutschland, können darüber vielleicht 3 Pflegestellen pro Krankenhaus geschaffen werden, was pro Station oftmals kaum mehr merklich sein dürfte, so dass Enttäuschungen vorgebeugt werden muss. Zudem besteht die Befristung auf nur 3 Jahre. Die Eigenbeteiligung von 10 % dürfte für viele Krankenhäuser nicht mehr finanzierbar sein, sodass diese ausgeschlossen werden. Der Ausschluss von Förderung von Personal in der Intensivstation ist für uns zudem nicht nachvollziehbar.

Das Pflegestellen-Förderprogramm kann daher kaum einen kleinen Ausgleich für Finanzierungsdefizite darstellen, die durch frühere massive Einschränkungen des Finanzrahmens entstanden sind. Wenn in diesem Kontext dann Krankenkassen den kompletten Personalbestand in der Pflege offengelegt und testiert bekommen sollen, so steht dies in keinem Verhältnis. Hier muss ein Testat über das Delta zum Stichtag 01.01.15 reichen.

Darüber hinaus ist zum Pflegestellenprogramm noch darauf hinzuweisen dass die stichtagsbezogene Regelung (Zusatzvergütung für Mehrstellen bezogen auf den Stichtag 01.01.2015) für auszubildende Krankenhäuser speziell ausgestaltet sein muss. Besonderheit ist dort, dass die PflegeschülerInnen stets zum Ausbildungsende am 31.08./01.09. eines Jahres in die Festanstellung übernommen werden. Nimmt man eine lineare Verteilung der Fluktuation (und damit der freiwerdenden Stellen) an, ergibt sich am 01.01. eines Jahres eine Überbesetzung des Stellenplanes und auch der jahresdurchschnittlichen Stellen. Ein Vergleich müsste also entweder auch zum Stichtag (01.01.2016 etc.) erfolgen oder sich in beiden Fällen auf einen Jahresdurchschnitt beziehen (Durchschnitt 2016 im Vergleich zum Durchschnitt 2015).

Strukturfonds und Investitionskosten:

Die Idee des Strukturfonds bietet Ansätze auch hinsichtlich der Entwicklung einer örtlichen Versorgungsstruktur, die wir ebenso wie zusätzliche Mittel grundsätzlich begrüßen. Die in Rede stehenden 500 Mio. Euro, die von Bundesebene hierfür bereitgestellt werden, werden jedoch nur dann fließen, wenn entsprechende Mittel von Landesebene analog bereitgestellt werden. Durch das Abstellen auf das Landesinvestitionsvolumen 2011 bis 2014 wird das derzeitige, unzureichende Investitionsvolumen dabei in gewisser Weise zementiert. Allerdings erscheint zudem fraglich, inwieweit Länder ihren geforderten, analogen Beitrag auch tatsächlich leisten bzw. leisten können. Die Regelung des § 12 Absatz 2 Nr. 2, demzufolge der Landesanteil gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung den 50%igen Anteil trägt, lässt befürchten, dass diese Mittel dann auch noch von Trägerseite kommen sollen. Wenn die Landesseite ihren Anteil finanziell nicht mehr leisten kann, wird es auch keine neuen Mittel des Bundes geben. Es bleibt also fraglich, ob durch den Strukturfonds tatsächlich die angepeilte Summe an Mitteln bereitgestellt wird.

Im Kontext der für Umstrukturierungen vorgesehenen Mittel wird uns aus der Praxis zu begründeten Zweifeln an vorhandenen Überkapazitäten berichtet; etwa hinsichtlich der Erfahrungen im letzten Winter – wo es in einigen Regionen zu einer schwierigen Versorgungssituation gekommen ist – zeigen, dass die Krankenhäuser in einigen Regionen an der Belastungsgrenze operieren, auch wenn zur saisonalen Grippeepidemie keine Noroviren-Epidemie hin-

zutritt und der Winter allgemein relativ mild war. Da es sich um eine komplexe Materie handelt und hier die Kapazität der Krankenhäuser, die Möglichkeiten des Rettungsdienstes und auch die Leistungsfähigkeit des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine Rolle spielen verbieten sich schnelle Schlüsse. Die für Umstrukturierungen vorgesehenen Mittel sollten daher auch tatsächlich für Umstrukturierungen verwendet werden müssen und nicht lediglich eine Schließungsprämie darstellen.

Im Kontext der Investitionsförderung bleibt allerdings essentiell, dass weiterhin ungelöst ist, wie der milliardenschwere Investitionsstau grundsätzlich aufgelöst werden kann. Der Strukturfonds, mit maximal 1 Mrd. Euro an verfügbaren Mitteln hilft hier nur in geringem Umfang und hinterlässt nach wie vor ein strukturell-substantielles Defizit.

Insgesamt ist leider festzustellen, dass die Ansprüche an eine dringend benötigte Strukturreform durch die im Gesetzentwurf vorgestellten Regelungsentwürfe definitiv nicht erfüllt werden. Bei den gravierenden Punkten demografische Entwicklung/Versorgungsbedarf, Unterfinanzierung der Betriebskosten, Verbesserung der Investitionskosten und dem notwendigen Bürokratieabbau besteht umfangreicher Handlungsbedarf, dem ein erheblich zu verändernder Gesetzentwurf entsprechen muss.

Wie eingangs ausgeführt, bitten wir diese Stellungnahme zunächst als vorläufige zu betrachten, die ggf. noch ergänzt wird. Ebenfalls weisen wir auf die Positionierung der Deutschen Krankenhausgesellschaft hin, die detaillierter auf Einzelfragen des Gesetzgebungsentwurfs eingehen kann und an deren Vorbereitung wir beteiligt waren.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert