

Bundesministerium für Gesundheit
Ministerialrat Wilhelm Walzik
53107 Bonn

Dokumentname	Autor	Fon	Fax	E-Mail	Datum
Stellungnahme Refentw KHSG.docx	Jochen Scheel	030.60984280	030.60984283	Jochen.Scheel@GKinD.de	11.05.2015

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG) vom 28.04.2015

Sehr geehrter Herr Walzik,

vielen Dank für die Übermittlung des Referentenentwurfs zu einem Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG. Wir nehmen dazu gerne Stellung, beschränken uns dabei aber auf diejenigen Regelungen, die Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in besonderer Weise betreffen.

Zu Artikel 1, § 17b Abs. 1, Ziffer 6 KHG sowie zu Artikel 2, § 5 KHEntgG, Abs. 2 Sicherstellungszuschlag

Sicherstellungszuschläge sollen eine flächendeckende Versorgung auch dort gewährleisten, wo diese mit den Erlösen aus DRG-Fallpauschalen nicht gegenfinanziert werden können. Bisher wird nicht differenziert zwischen einer Versorgung von erwachsenen Patienten und Patienten im Kindes- und Jugendlichenalter.

Die Versorgungslandschaft für Kinder und Jugendliche ist mit derjenigen für erwachsene Patienten aber bereits heute nicht mehr vergleichbar. Mit den nun vorgesehenen Neuregelungen zum Sicherstellungszuschlag droht eine weitere Verstärkung der Ungleichbehandlung von Kindern und Jugendlichen insbesondere hinsichtlich der Erreichbarkeit von Notfallversorgungsangeboten in bevölkerungsarmen Regionen.

Die personelle **Mindestvorhaltung** eines Krankenhauses zur adäquaten Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfordert:

- Facharztstandard (Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendmedizin), mindestens durch Rufdienst sichergestellt

- Ärztliche Anwesenheitsbereitschaft rund um die Uhr (mind. Arzt/Ärztin in Weiterbildung zum/r Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendmedizin)
- Anwesenheit von mindestens 2 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/innen im Schichtdienst (mind. 1 zur kontinuierlichen Stationsbetreuung und 1 für Notfälle)

Diese Strukturen können (in einigen wenigen bevölkerungsarmen Regionen) mit den DRG-Erlösen schon jetzt nicht mehr finanziert werden.

Während vergleichbare Voraussetzungen für die Versorgung von erwachsenen Patienten derzeit mit einer Erreichbarkeit von bis zu max. 20 km vom Wohnort diskutiert werden, müssen Familien mit Kindern in vielen Regionen Entfernungen deutlich über 30 km in Kauf nehmen.

Eine separate Betrachtung der Versorgungssicherheit für Kinder ist vonnöten, wenn eine weitere Erosion in bevölkerungsschwachen Regionen verhindert werden soll. Dies ist umso wichtiger, als dass die bei immer weiteren Entfernungen erforderlichen rettungsdienstlichen Strukturen für Kinder gar nicht existieren.

Der Grundgedanke des im Entwurf neu vorgesehenen § 5 Abs. 2 KHEntgG, als Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags festzulegen, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist, ist für erwachsene Patienten noch nachvollziehbar. Den Versorgungsnotwendigkeiten für Kinder wird er aber nicht gerecht.

Die Regelung würde die Versorgung von Kindern in bevölkerungsarmen Gegenden letztlich der betriebswirtschaftlichen Entscheidung der Krankenhausträger überlassen, ob die verlustbringende Kinderversorgung weiterhin hausintern subventioniert wird. Das wird einer angemessenen Daseinsvorsorge für unsere Kinder nicht mehr gerecht. Diese muss gesetzgeberisch gesichert werden.

Wir fordern daher nachdrücklich eine eigene gesetzliche Regelung, die eine flächendeckende Versorgung für unsere Kinder sichert. Angesichts der wenigen Regionen, wo diese Regelung überhaupt greifen würde, wären die damit verbundenen Mehrkosten bescheiden.

Geht man beispielsweise davon aus, dass eine solche Regelung für max. 40 der rd. 340 Kinderabteilungen greifen würde und sich die Mehrkosten pro Haus im Schnitt auf 500 TEUR bis 1 Mio EURO belaufen würde, könnte mit einem zusätzlichen finanziellen Aufwand von ca. 30 Mio EURO die flächendeckende Versorgung von Kindern durch Vorhaltung adäquater Strukturen gesichert werden.

Textvorschlag:

In § 5 KHEntgG wird nach Absatz 2 ein Absatz 2a eingefügt:

(2a) Für die Vorhaltung von Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 einen Versorgungszuschlag Kindergesundheit, wenn und soweit die aufgrund des Versorgungsauftrags vorgehaltenen Leistungsangebote mit den Fallpauschalen und weiteren Entgelten nicht kostendeckend finanzierbar sind.

Zu Artikel 1, § 17b Absatz 1a, Ziffer 5 KHG sowie zu Artikel 2, § 5 Absatz 3c KHEntgG

Berücksichtigung der Mehrkosten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die mit den vorgesehenen Neuregelungen in § 17b Absatz 1a, Ziffer 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz und § 5 Absatz 3c Krankenhausentgeltgesetz beabsichtigte Berücksichtigung der Mehrkosten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses begrüßen wir ausdrücklich, insbesondere die Klarstellung im letzten Satz des § 5 Absatz 3c KHEntgG.

Versuche, die erheblichen Mehrkosten im Pflegedienst von Perinatalzentren aufgrund der G-BA-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, als Zentrumszuschlag gem. § 5 KHEntgG geltend zu machen, sind bisher an restriktiven Entscheidungen der Schiedsstellen dazu gescheitert. Gerichtliche Entscheidungen liegen bisher noch nicht vor.

Rechtliche Auseinandersetzungen zur Höhe der Mehrkosten werden sich auch mit der Regelung im neuen Absatz 3c nicht vermeiden lassen, aber das muss hingenommen werden.

Damit aber die Frage, ob ein Anspruch auf Geltendmachung von Mehrkosten, insbesondere wegen notwendiger Personalaufstockungen, zumindest dem Grunde nach unstrittig ist, schlagen wir eine Klarstellung im amtlichen Begründungstext vor. Die Formulierung sollte klar stellen, dass selbstverständlich auch Kosten gemeint sind, die zwar dem Grunde nach bereits über DRGs vergütet werden, aber noch nicht der Höhe nach, in der sie neu in G-BA-Richtlinien gefordert werden.

Beispiel: Die Personalkosten im Pflegedienst zur Betreuung von Frühgeborenen sind dem Grunde nach über das DRG-System vergütet, aber derzeit nicht der Höhe nach, wie sie die QFR-RL vorgibt.

Diese Forderung mag vordergründig kleinlich erscheinen, beruht aber auf den eingangs erwähnten Erfahrungen mit Schiedsstellenentscheidungen, in denen exakt mit dieser Begründung geltend gemachte Mehrkosten abgelehnt wurden.

Andererseits sollte die Formulierung auch klarstellen, dass zur Höhe der Mehrkosten gegenüber den in den DRGs enthaltenen Kosten ein Nachweis durch eine geeignete Kalkulation zu erbringen ist. Ein solcher Hinweis hätte den Sinn, mögliche Rechtsstreite auf die Frage der Richtigkeit der Kalkulation zu begrenzen.

Textvorschlag

Satz 1 der amtlichen Begründung zu § 5 Absatz 3c Krankenhausentgeltgesetz wird wie folgt gefasst:

Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA resultieren und die **sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach** noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen und der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten, vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben befristete krankenhausesindividuelle Zuschläge.

Hinter Satz 1 wird ein zusätzlicher Satz 2 eingefügt:

Der Nachweis zur Höhe der Mehrkosten gegenüber den in den DRGs enthaltenen Kosten ist durch eine geeignete Kalkulation des Krankenhauses zu erbringen.

**Zu Artikel 2, § 9 Absatz 1a KHEntG sowie
zu Artikel 4, § 136c Absatz 4 SGB V
Notfallversorgung**

Im neu vorgesehenen § 9 Absatz 1a Krankenhausentgeltgesetz sollen Verpflichtungen der Selbstverwaltung geregelt werden. In Ziffer 5 ist vorgegeben, bis zum 30. Juni 2017 mit Unterstützung des InEK die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren.

Die Zu- und Abschläge müssen sich wiederum auf ein Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das nach dem neuen § 136c Absatz 4 SGB V vom G-BA bis zum 31.12.2016 zu entwickeln ist.

Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen nehmen i.d.R. an der Notfallversorgung teil. Hier sollte vorgegeben werden, dass den besonderen Belangen der Notfallversorgung von Kindern Rechnung zu tragen ist.

Textvorschlag:

§ 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird um folgenden Satz 6 ergänzt:

Dabei sind die besonderen Erfordernisse der Notfallversorgung von Kindern in Abstimmung mit den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften zu berücksichtigen.

Grundsätzliche Anmerkung

Gemäß der UN-Kinderrechtskonvention ist die Bundesrepublik Deutschland Verpflichtungen eingegangen und es ist Aufgabe aller deutschen Behörden und Gerichte, dem **Vorrang des Kindeswohls** (Art. 3 UN-KRK) Geltung zu verschaffen.

Artikel 3 Wohl des Kindes

(1) Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

(2) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, dem Kind unter Berücksichtigung der Rechte und Pflichten seiner Eltern, seines Vormunds oder anderer für das Kind gesetzlich verantwortlicher Personen den Schutz und die Fürsorge zu gewährleisten, die zu seinem Wohlergehen notwendig sind; zu diesem Zweck treffen sie alle geeigneten Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen.

(3) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass die für die Fürsorge für das Kind oder dessen Schutz verantwortlichen Institutionen, Dienste und Einrichtungen den von den zuständigen Behörden festgelegten Normen entsprechen, insbesondere im Bereich der Sicherheit und der Gesundheit sowie hinsichtlich der Zahl und der fachlichen Eignung des Personals und des Bestehens einer ausreichenden Aufsicht.

Wir bitten Sie dringend, auf die Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse und Belange der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in dem Gesetzgebungsverfahren einzugehen und dies auch im Gesetzestext als Erfordernis zu verankern.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. Scheel', with a stylized, somewhat abstract form.

(Jochen Scheel)
Geschäftsführer

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Nicola Lutterbüse', with a more fluid and cursive style.

Dr. Nicola Lutterbüse
Ärztl. Koordinatorin