



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 15.05.2015

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

Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit vom 28.04.2015

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt außerordentlich, dass die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag vereinbarte Orientierung auf die Qualität als zentralen Aspekt der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Referentenentwurf für ein Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) fortsetzt. Da es sich bei dem Merkmal „Qualität der Patientenversorgung“ um ein komplexes Konstrukt handelt, welches zahlreiche, unterschiedliche Dimensionen umfasst und deren Stellenwert je nach Standpunkt und Anliegen variiert, muss bei der Operationalisierung dieses Merkmals einerseits wissenschaftlich fundiert vorgegangen und andererseits die Einbeziehung aller relevanten Akteure zwingend vorgesehen werden. Nur dann wird die Orientierung auf dieses Leitmotiv ihr Potential entfalten und die erwünschten Effekte erreichen können. Weder dürfen zu hohe Erwartungen an diesen Steuerungsansatz gestellt werden noch dürfen die Regularien zu kleinteilig sein. Hohe Qualität der Gesundheitsversorgung kann eine übergeordnete Zielgröße und ein Steuerungsmerkmal im Sinne eines Führungsinstrumentes für das deutsche Gesundheitssystem sein.

Im Folgenden nimmt die KBV zu einzelnen Aspekten des Gesetzesentwurfs Stellung:

Verbesserung von Versorgungsstrukturen (Strukturfonds)

Überall dort, wo Einfluss genommen wird auf vertragsärztliche Versorgungsstrukturen (z. B. Umwandlung von Krankenhäusern in ambulante Strukturen) fordert die KBV nachdrücklich, beteiligt und in die Entscheidungen einbezogen zu werden. Im Hinblick auf den Abbau stationärer Überkapazitäten wird nach Gesetzesentwurf dieser von Ländern und Krankenkassen finanziert, währenddessen für den Kauf von vertragsärztlichen Praxen die Vertragsärzteschaft selbst aufkommen muss. Dies verstößt gegen Grundsätze der Gleichbehandlung beider Sektoren.

Kooperation bei der Notfallversorgung

Die KBV begrüßt die enge Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung im Bereich der Notfallversorgung. In zahlreichen Regionen gibt es heute schon Beispiele guter Kooperation. Diese sollten durch bundesgesetzliche Vereinbarungen/Regelungen nicht behindert werden. Unbenommen davon sind investive Unterstützungen auch für die ambulante Versorgung vorzusehen. Ziel einer solchen Kooperation muss die Koordination und Steuerung der Inanspruchnahme ambulanter wie stationärer Versorgungsstrukturen sein.

Verlagerungspotential stationär-ambulant

Die KBV begrüßt, dass der Gesetzgeber von stationär-ambulantem Verlagerungspotentialen ausgeht und diese bei der Krankenhausfinanzierung Berücksichtigung finden sollen. Im Umkehrschluss sind die ambulanten Mehraufwände anzuerkennen und zu vergüten, die z. B. bei frühzeitiger Entlassung aus dem Krankenhaus entstehen können.

Umstrukturierung der „Qualitätsparagrafen“

Die formale Neustrukturierung nahezu sämtlicher „Qualitätsparagrafen“ (SGB V, Viertes Kapitel, Neunter Abschnitt) kann inhaltlich nachvollzogen werden. Allerdings gibt die KBV nachdrücklich zu bedenken, dass zahlreiche Richtlinien, Normwerke, Informationsschriften etc. auf Bundesebene und Landesebene überarbeitet werden müssen und Missverständnisse hier vorprogrammiert sind. Gleichzeitig bestehen an einigen Stellen weiterhin Unschärfen; so müsste konsequenterweise eine eindeutige Unterteilung in sektorenspezifische und sektorenübergreifende Vorgaben ergänzt werden. Wir bitten daher Nutzen und Aufwand sorgsam abzuwägen.

Kontrolle der Qualitätsanforderungen

Insbesondere mit § 137 (neu) wird die Erwartung manifestiert, Qualitätsentwicklung durch Sanktionen und einrichtungsbezogene Bekanntmachung anreizen zu können. Zahlreiche Studien belegen mittlerweile, dass dies nicht der Fall ist, sondern nachhaltige und kontinuierliche Qualitätsverbesserungen eine intrinsische Motivation der Akteure voraussetzen und auf einer Wertschätzung gegenüber diesen Akteuren aufsetzen müssen. Außerdem müssen die Rahmenbedingungen (Strukturquali-

tät) derart sein, dass solche Verbesserungen überhaupt möglich sind. Insofern ist aus Sicht der KBV nicht nur erlässlich, sondern sogar kontraproduktiv, unter einem eigenständigen Paragraphen mit dem Titel „Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA“ solche Regeln zu bündeln und deren Konkretisierung in Richtlinien verpflichtend vorzusehen. Vielmehr müssen stets qualitätsfördernde Ansätze im Vordergrund stehen.

Eine ausgewogene Kombination qualitätsfördernder und qualitätssichernder Elemente kann durchaus dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu fördern und Fehlanreize zu vermeiden; allerdings nur, wenn sie sachgerecht ausgestaltet wird! So sind die Festlegung von Mindestanforderungen oder Mindestmengen, die Akkreditierung, also Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung bestimmter qualitätsgesicherter Leistungen, bzw. umgekehrt deren Entzug als sanktionierende, vergütungsrelevante Maßnahme bei Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen im vertragsärztlichen Bereich seit vielen Jahren ein wesentliches Element der Qualitätssicherung.

Aufgabenzuwachs und -konzentration beim G-BA

Bewährte und effiziente, d. h. schlanke Strukturen zur Qualitätssicherung (QS) der Selbstverwaltung, sollten auch künftig unbedingt erhalten und genutzt werden. Der Aufgabenzuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), vor allem des Unterausschusses QS, ist erheblich und bedarf entsprechender personeller und organisatorisch-administrativer Ressourcen. Dies bedeutet unvermeidlich eine weitere Steigerung des bürokratischen Aufwands. Sowohl in der Geschäftsstelle des G-BA als auch auf Seiten der Träger wird eine deutliche Zunahme des Personals erforderlich sein mit entsprechenden Kosten.

Daneben wird es allein aus Gründen einer systematischen Vorgehensweise unabdingbar sein, eine klare Priorisierung der Aufgabenerledigung vorzunehmen, da zum Teil konkurrierende, äußerst knappe Fristsetzungen vorgesehen sind.

Finanzierung der Mehraufwände aufgrund Richtlinien des G-BA

Für den vertragsärztlichen Bereich sind analoge Regelungen zu den Änderungen im Krankenhausentgeltgesetz zu schaffen, das Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA vorsieht. Auch für Vertragsärzte und –psychotherapeuten entstehen durch die normativen Vorgaben zur Qualitätssicherung erhebliche Aufwände, die aufgrund der Größe der Praxen / Einrichtungen häufig relativ höher sind und nicht durch Mengeneffekte oder „Mischkalkulationen“ abgedeckt werden.

Pay-for-Performance (p4p) / qualitätsorientierte Vergütung

Da es noch zahlreiche grundsätzlich offene Fragen zur Implementierung von p4p-Ansätzen gibt, spricht die KBV sich dafür aus, Konzepte zur qualitätsorientierten Vergütung zunächst in einer Region unter Evaluationsbedingungen zu erproben. Dabei sollten sich die finanziellen Anreize auch auf die Etablierung von entsprechenden IT-Infrastrukturen beziehen. Auch wenn eine umfassende indikatorbasierte Performancemessung kurz- bis mittelfristig aus methodischen, datenschutzrechtlichen und IT-organisatorischen Gründen nicht möglich ist, sollten Anreize für besondere Qualitätsbestrebungen (z.B. pay for transparency) von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten gesetzt werden.