



**Vorläufige Stellungnahme  
des Marburger Bund-Bundesverbandes**

**Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der  
Strukturen der Krankenhausversorgung vom 28.04.2015**

(Krankenhaus-Strukturgesetz - KHSG)

Reinhardtstraße 36  
10117 Berlin  
Telefon 030 746846-0  
Telefax 030 746846-16  
[bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)  
[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)

Berlin, 12. Mai 2015

Der Marburger Bund hat die im Koalitionsvertrag skizzierte Zielsetzung einer grundlegenden Krankenhausreform ausdrücklich begrüßt. Der vorliegende Referentenentwurf verfehlt allerdings in wesentlichen Regelungsbereichen die von der Koalition selbsternannten Ziele und steuert in eine komplett andere Richtung.

Ziel war es laut Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier der Bund-Länder Arbeitsgruppe, Reformmaßnahmen zur Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität und der sicheren und guten Erreichbarkeit zu ergreifen.

Bei den Regelungen des Referentenentwurfs hat demgegenüber der Abbau von behaupteten Überkapazitäten Vorrang vor einer auskömmlichen Finanzierung. Damit erhält die beabsichtigte Reform eine neue Zielrichtung, nämlich die Verschärfung des Mangels.

Wenn nicht mehr Geld im System zur Verfügung steht oder zur Verfügung gestellt werden soll, dann muss die Koalition dies den Bürgerinnen und Bürgern vermitteln. Stattdessen wird unter dem Deckmantel einer Qualitätsoffensive der Mangel durch Kapazitätsabbau verschärft und dem Bürger werden Qualitätsdefizite in der Versorgung suggeriert. Das stellt die medizinische Leistung der Ärztinnen und Ärzte in Frage, schafft Misstrauen und entspricht nicht dem Verständnis des Marburger Bundes von einer Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität. Die Patientenversorgung wird dadurch nicht besser.

Der Marburger Bund fordert den Gesetzgeber zur Vorlage einer Krankenhausreform auf, die den Ankündigungen einer großen grundlegenden Reform auch inhaltlich Rechnung trägt. Er fordert insbesondere ein Gesamtkonzept, das verhindert, dass sich die angedachten Maßnahmen letztlich gegenseitig aufheben. Darüber hinaus muss die Reform auch ein Konzept zur Ausstattung der Krankenhäuser mit ausreichenden Investitionsmitteln beinhalten.

Zu den aus Sicht der im Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzten wichtigen Fragen der Krankenhausfinanzierung und Qualitätssicherung nimmt der Marburger Bund wie folgt Stellung:

## **1. Investitionskostenproblematik erfordert staatliches Handeln**

Die Regelungen des aktuell vorgelegten Referentenentwurfs eines Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) beinhalten keine Lösung der Investitionskostenproblematik.

Die Verpflichtung der Länder, mindestens den Durchschnitt ihrer Förderung der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen, heißt nichts anderes, als dass die unbestritten unzureichende Finanzierung beibehalten wird. Völlig unverständlich ist, diese Verpflichtung – im Gegensatz zu den Ausführungen im Eckpunkte-Papier - auch noch an den geplanten Strukturfonds zu binden und damit auf die Jahre 2016 bis 2018 zu befristen. Zum einen ist nach der Ausgestaltung der Regelung völlig fraglich, ob einzelne Bundesländer Mittel aus dem Fonds abrufen. Nur dann wäre das vorgenannte Investitionskostenvolumen für sie bindend. Zum anderen steht ab dem Jahr 2018 zu befürchten, dass die Investitionskostenfinanzierung weiter abgesenkt wird.

Die vorgesehene Errichtung eines Strukturfonds löst das Problem eben so wenig. Denn mit dem Fonds sollen der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akut-stationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Ziel des Fonds ist somit der Abbau und nicht der Substanzerhalt von Abteilungen und Krankenhäusern.

Auch die vorgesehene verbindlichere Umstellung der Investitionsförderung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen ist ohne Erhöhung der zu verteilenden Mittel lediglich ein besseres Verfahren zur Verteilung des Mangels.

Laut Begründung des Referentenentwurfes sei es angesichts des Rückgangs der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zielgenauer auszugestalten, damit die für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erforderlichen Mittel effizienter als bisher eingesetzt werden können. Die Versäumnisse der Länder sollen folglich auf dem Rücken des Personals ausgetragen werden. Die bisher nur von einzelnen Krankenhäusern betriebene

missbräuchliche Verwendung von Versichertengeldern wird durch den vorliegenden Referentenentwurf legalisiert. Denn um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssen die Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen. Diese Mittel fehlen aber für die Patientenversorgung, für eine adäquate Personalausstattung und für die Finanzierung der Personalkosten, deren Anteil im Krankenhaus bei über 60 Prozent liegt.

Bund und Länder machen es sich an dieser Stelle zu leicht. Momentan enthalten die Länder den Krankenhäusern jedes Jahr mehr als 3,3 Mrd. Euro vor. Allein für 2014 hat die Große Koalition Länder und Kommunen in Deutschland mit Bundesmitteln in Höhe von 22 Mrd. Euro entlastet. Vor diesem Hintergrund muss über die Festlegungen, die Bund und Länder getroffen haben, konkret geklärt werden, wie die notwendigen Investitionsmittel in die Krankenhäuser kommen. Hierzu beinhaltet der Referentenentwurf keine Regelungen.

## **2. Geplante Strukturreform der Krankenhauslandschaft ist widersprüchlich**

### **Zur Krankenhausplanung**

Der Referentenentwurf sieht im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Erweiterung der planungsrelevanten Kriterien um Qualitätskriterien vor. Die Ausgestaltung und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätskriterien liegt – wie im Referentenentwurf ausdrücklich formuliert - in der Hoheit der Bundesländer. Bereits deshalb stellt sich die Frage, warum der Referentenentwurf zur Ausgestaltung und Umsetzung umfassende Regelungen beinhaltet.

Zu den Regelungen selbst merkt der Marburger Bund Folgendes an: In der Begründung des Referentenentwurfs wird auf Seite 46 ausgeführt, dass durch planungsrelevante Qualitätskriterien die rechtliche Grundlage dafür geschaffen werden sollen, dass die Länder ihre begrenzten Investitionsmittel auf die Krankenhäuser konzentrieren können, die den vom G-BA entwickelten Qualitätsstandards gerecht werden. Das ist aber nicht Ziel der Krankenhausplanung.

Des Weiteren soll die Nichteinhaltung der Qualitätsvorgaben zur Nichtaufnahme in bzw. zum Ausschluss aus dem Krankenhausplan führen. In der Begründung (Seite

60 zu Nummer 3 (§8)) heißt es ausdrücklich: „Mit den Neuregelungen in den Absätzen 1a bis 1c werden die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass eine nicht oder nicht mehr ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes hat. Das Ziel, eine ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung der in einem Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser sicherzustellen, dient einem hohen Schutzgut des Allgemeinwohls, indem die stationäre Versorgung der Bevölkerung mit einem qualitätsgesicherten Standard gewährleistet wird.“ Damit würden aber die bisherigen Planungskriterien „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ Makulatur. Das kann nicht gewollt sein.

### **Zum Strukturfonds**

Mit der beabsichtigten Errichtung eines Strukturfonds sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur der Krankenhausversorgung gefördert werden. Hierzu sollen zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt werden.

Der Marburger Bund wiederholt, dass mit diesen zusätzlichen Mitteln die grundsätzliche Problematik der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung nicht gelöst wird.

Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Bereits das geltende KHG sieht in § 9 Abs. 2 Nr. 5 und 6 die Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder die Umstellung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben als Förderfähigkeitsbestände vor. Inwieweit allerdings mit der Schließung oder Umwandlung von Standorten und Abteilungen Strukturverbesserungen verbunden sein sollen, bedarf der weiteren Konkretisierung. Strukturverbesserung aus Sicht der Krankenkassen bedeutet in der Regel die Reduzierung von Ausgaben. Deshalb ist es auch nicht akzeptabel, dass die Kriterien der Förderung ohne Beteiligung der Krankenhauses-

vertreter und der Bundesländer allein vom Bundesministerium für Gesundheit und dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden sollen.

Insgesamt ist das Konstrukt des beabsichtigten Strukturfonds nicht rund. Es birgt Widersprüche und gegenläufige Zielrichtungen. So fehlt eine klare Abgrenzung des Strukturfonds zur beabsichtigten Neugestaltung des Sicherstellungszuschlags. Zudem weisen wir darauf hin, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz einer ambulanten Unterversorgung dadurch vorbeugen will, dass er Leistungen in die Krankenhäuser verlagert. Das gilt zum Beispiel auch für die Notaufnahmen der Krankenhäuser, die schon heute überfüllt sind. Tatsache ist, dass Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern unter einer zu hohen Arbeitsbelastung leiden.

### **Zum Sicherstellungszuschlag**

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die Absicht, den Sicherstellungszuschlag durch neue Vorgaben praktikabler ausgestalten zu wollen. Allerdings bestehen Zweifel, ob dieses Ziel mit den beabsichtigten Regelungen erreicht wird. Voraussetzungen sollen die Vorgaben des G-BA zur Erreichbarkeit, zum geringen Versorgungsbedarf und zur Notwendigkeit der Vorhaltung sein. Die Gewährung des Sicherstellungszuschlages soll nur erfolgen, wenn ein notwendiges Krankenhaus insgesamt Defizite zu tragen hat (Nachweis Bilanzdefizit) und wenn die Leistung auch durch ein anderes geeignetes Krankenhaus nicht ohne Zuschlag erbracht werden kann. Schließlich soll der Sicherstellungszuschlag durch die Partner der Selbstverwaltung vereinbart werden. In Summe dürften diese Voraussetzungen das Verfahren eher verkomplizieren.

### **Sicherung der Krankenhausfinanzierung nicht gewährleistet**

Einer der zentralen Bausteine der Reform sollte die Beseitigung bestehender Systemmängel der Krankenhausfinanzierung sein. Mit dem Eckpunktepapier der Bund-Länder Arbeitsgruppe vom 05.12.2014 haben Bund und Länder ausdrücklich bekräftigt, dass sie zu einer nachhaltigen Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser stehen.

Der Marburger Bund begrüßt in Bezug auf die Preisfindung die vorgesehene Weiterentwicklung des Orientierungswertes und den Prüfauftrag zur vollen Anwendung des weiterentwickelten Orientierungswertes für 2018. Ebenso wird begrüßt, dass bis dahin die Meistbegünstigungsklausel weiter gelten soll.

Die vorgesehenen Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren, für die Teilnahme an der Notfallversorgung, für klinische Sektionen, bei Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse oder die Sicherstellungszuschläge sind als punktuelle Verbesserungen der Finanzierung zu sehen.

Die vorgesehenen qualitätsorientierten Zu- und Abschläge verbessern indes aus Sicht des Marburger Bundes nicht die Versorgung und sollten gänzlich gestrichen werden.

Änderungsbedarf sieht der Marburger Bund insbesondere bei den vorgesehenen Regelungen zur Preisbildung auf Landesebene sowie zur Mengensteuerung. Denn der Marburger Bund befürchtet, dass die Finanzierung der laufenden Betriebskosten und insbesondere die Refinanzierung der Personalkostensteigerungen durch die hier vorgesehenen Regelungen insgesamt nicht besser sondern eher schlechter werden könnten.

### **Pflegestellenförderprogramm**

Die Regelfinanzierung muss sicherstellen, dass Krankenhäuser die Tarifsteigerungen für seine Beschäftigten refinanzieren können. Der Marburger Bund begrüßt daher grundsätzlich, dass mit einem Pflegestellenförderprogramm zusätzliche Mittel für Personalaufwendungen in der Krankenpflege den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden sollen. Das Finanzierungsvolumen entspricht allerdings rechnerisch drei Pflegekräften je Krankenhaus und stellt damit lediglich einen Tropfen auf den heißen Stein dar.

Ohne eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser insgesamt wird die Überforderung des Krankenhauspersonals weiter zunehmen und die ohnehin schon

zu knappe Zuwendungszeit der Ärzte, der Pflegekräfte und des übrigen medizinischen Assistenzpersonals für die Patienten nochmals gekürzt.

Erforderlich ist eine volle Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhaus, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten können.

### **Zielvereinbarungen Leitende Krankenhausärzte**

Der Marburger Bund begrüßt die geplante Neufassung und Weiterentwicklung der Regelung des § 136a SGB V zur Vermeidung von Zielvereinbarungen, die die ärztliche Unabhängigkeit von leitenden Ärzten im Krankenhaus gefährden. Der Marburger Bund ist seit vielen Jahren mit der Thematik Bonusvereinbarungen für leitende Ärzte befasst. Bereits im Jahr 2002 hat er sich gemeinsam mit der Bundesärztekammer und dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte in einem Positionspapier eindeutig gegen die Bindung von Boni an die Einhaltung von vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen ausgesprochen und auf die berufsethische Problematik einer derartigen Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und wirtschaftlicher Erwägungen hingewiesen. Der Marburger Bund hat zuletzt im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) angeregt, in § 136a SGB V zur Erarbeitung der Empfehlungen der DKG folgende konkrete Rahmenvorgaben zu machen:

- Vollständiger Verzicht auf alle ökonomisch orientierten Anreizmechanismen in Arbeitsverträgen sowie Zielvereinbarungen von Ärzten und ausschließliche Orientierung an medizinisch-qualitativen Kriterien.
- Entwicklung von qualitätsorientierten Zielgrößen für Bonusvereinbarungen
- Festlegung einer prozentualen Obergrenze des Bonus als Anteil an der Gesamtvergütung des Arztes, damit fixe und variable Vergütung in einem angemessenen Verhältnis stehen und die ärztliche Unabhängigkeit gewahrt bleibt.



### **Falsche Weichenstellung für die Versorgungsqualität**

Der Marburger Bund hat die angekündigte Qualitätsoffensive mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer guten Versorgungsqualität grundsätzlich unterstützt. Angesichts des vorliegenden Referentenentwurfs warnt der Marburger Bund aber vor falschen Weichenstellungen. Bedenklich ist, dass die Qualitätsindikatoren in erster Linie als Messinstrument für finanzielle Zu- und Abschläge genutzt werden sollen. Damit geht es bei der Qualitätsoffensive nicht vorrangig um die Verbesserung der Patientenversorgung, sondern um die Einführung eines zusätzlichen Steuerungsinstruments für die Krankenkassen.

Die Entwicklung von Qualitätskriterien ist kein Selbstzweck, sondern dient der Patientenversorgung. Insbesondere darf Qualitätssicherung nicht dazu missbraucht werden, die bestehenden Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern lösen zu wollen.

In der Begründung des Referentenentwurfes wird davon ausgegangen, dass Krankenhäuser mit hohem Qualitätsstandard kostengünstiger arbeiten (Seite 46). Das verkennt aber, dass ein hoher Qualitätsstandard nur durch eine dazu erforderliche finanzielle Grundlage überhaupt erst erreicht werden kann.

Zur Entwicklung von Qualitätskriterien verweist der MB zudem auf seine beigefügten Positionen zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung (Beschluss Nr. 3 der 125. Hauptversammlung).

### **Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Mit dem geplanten Krankenhaus-Strukturgesetz sollen die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses erheblich erweitert werden.

Nach Auffassung des Marburger Bundes ist es rechtssystematisch verfehlt, dem G-BA Aufgaben im Rahmen des KHG und damit für die gesamte Krankenhausversorgung übertragen zu wollen. Der G-BA ist oberstes Organ der Selbstverwaltung im SGB V. Er hat damit grundsätzlich nur Rechtsetzungskompetenz im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Unabhängig davon ist der G-BA angesichts seiner aktuellen Zusammensetzung und der widerstreitenden Interessen der einzelnen Trägerorganisationen in seiner derzeitigen Ausgestaltung und Organisation kein sinnvolles Instrument zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung. Die Interessen der Patienten stehen in der gegebenen Form nicht an erster Stelle. Der Marburger Bund fordert, die geltende Aufstellung/Zusammensetzung und Aufgabenstellung des G-BA zu prüfen.

Schließlich kritisiert der MB die kurze Fristsetzung für Stellungnahmen, die der Bedeutung dieses Gesetzesvorhabens nicht Rechnung trägt. Der Marburger Bund behält sich eine ausführliche Stellungnahme vor.