



12. Mai 2015

Erste vorläufige Stellungnahme

zum Referentenentwurf vom 28. April 2015 eines Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSKG) des Bundesministeriums für Gesundheit

Nachfolgend nimmt der VKD zu ausgewählten Regelungen des Referentenentwurfs vom 28. April 2015 eines Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSKG) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Stellung. Aufgrund der kurzen Fristsetzung bitten wir dies als priorisierte und nicht abschließende Stellungnahme zu verstehen. In den Vordergrund stellen wir die aus Sicht der Praxis größten Risiken der beabsichtigten Neuregelungen für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung in Krankenhäusern.

1. Investitionsfinanzierung

Sachlich unstrittig ist, dass bei der Finanzierung der Regelinvestitionen von Krankenhäusern durch die Bundesländer mit jährlich rund 2,8 Milliarden Euro eine Investitionslücke von rund 3 Milliarden Euro pro Jahr klafft. Mindestens rund 6 Milliarden Euro wären also sachgerecht. Durch diese Lücke kumuliert der Investitionsstau von Jahr zu Jahr mit bekannten negativen Auswirkungen auf Betriebssicherheit, Brandschutz, Hygiene, Qualität, Patientensicherheit und Betriebskostenfinanzierung.

Die Krankenhausversorgung ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge und durch entsprechende Regelungen in Bundes- und Landesgesetzen sicherzustellen. Dazu hat sich der Gesetzgeber selbst wiederholt verpflichtet. Mit dem Entwurf eines KHSKG wird dies nicht erreicht.

In dem Zusammenhang weisen wir den Pauschalvorwurf des GKV-Spitzenverbandes „Deutschland leidet unter den Überkapazitäten im Krankenhausbereich“ zurück. Diese Fehlbewertung wurde allein durch die Grippe- und Erkältungswelle im Februar 2015 Lügen gestraft. In nicht wenigen Regionen Deutschlands war infolge vermehrter stationärer Aufnahmen, Patientenisolationen und Flurbetten kaum noch ein Krankenhaus aufnahmefähig. Die dann durch den Rettungsdienst erfolgten Zwangszuweisungen bringen die Krankenhäuser und vor Ort verantwortlichen Entscheidungsträger in eine haftungs- und strafrechtlich pre-

käre Situation. Die Kapazitätsplanung kann sich nicht an Durchschnittswerten orientieren, sondern muss Belastungsspitzen berücksichtigen.

Bewertung:

Die Investitionsförderung der Bundesländer ist weiterhin weder sachgerecht, noch rechtskonform geregelt. Die bisherigen Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sind nicht geeignet, den Dauerverstoß der Bundesländer gegen diese Vorschriften zu unterbinden. Insbesondere liegt ein Dauerverstoß gegen den Grundsatz der „wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ nach § 1 KHG vor. Insoweit ist der Referentenentwurf unzureichend und als „sozialstaatlich unterlassene Hilfeleistung“ zu klassifizieren.

Änderungsvorschläge:

Die Krankenkassen sollten parallel zu den Bundesländern an der Finanzierung von Regelinvestitionen beteiligt werden. Hierzu sollte eine entsprechende Regelung im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) aufgenommen werden. Die Zuweisung von Investitionsmitteln der Krankenversicherung kann über die bereits ermittelten Investitionsbewertungsrelationen erfolgen.

Bei einer aus Sicht des VKD betriebswirtschaftlich vernünftigen Investitionsquote mit einem Rechnungszuschlag von mindestens 5 Prozent würde dadurch ein zusätzliches Investitionsvolumen von 3,6 Milliarden Euro (Stand 2013) pro Jahr resultieren, das über die Investitionsbewertungsrelationen verteilt würde. Aufgrund der Logik der Fallpauschalen als Wettbewerbssystem liegen Investitionsentscheidungen ausschließlich und autonom in der Hand der Krankenhausträger. Aus ordnungspolitischer Sicht verbietet sich hier also ein Mitspracherecht der Krankenkassen.

2.

Fixkostendegressionsabschlag

Nach dem Referentenentwurf soll ab 2017 eine „Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene“ erfolgen (§ 10 Abs. 13 i. V. m. § 4 Abs. 2b KHEntgG). Die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen sollen bei der Budgetverhandlung derjenigen Krankenhäuser berücksichtigt werden, die Mehrleistungen anbieten, indem für Mehrleistungen ein Fixkostendegressionsabschlag erhoben wird. Die Dauer des zu erhebenden Abschlags soll fünf Jahre betragen.

Abweichend von § 4 Abs. 2b Satz 1 KHEntgG „ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der

Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus nachzuweisen.“

Bewertung:

Grundsätzlich begrüßt der VKD die angestrebte Abschaffung der Kollektivhaftung auf der Landesebene. Die „doppelte Degression“ wird jedoch nicht abgeschafft. Die Ebenenverlagerung bedeutet im Zusammenwirken mit den weiteren vorgesehenen Abschlagsregelungen eine Verstärkung der Degressionseffekte vor Ort. Diese würden vor allem die leistungsstarken Krankenhäuser und Krankenhäuser mit qualitativ hochwertiger Versorgung treffen. Vor allem durch die in den nächsten Jahren zu erwartende höhere Qualitätstransparenz infolge der Qualitätsoffensive dürften Patientenströme sich im Qualitätswettbewerb verstärkt auf Krankenhäuser mit qualitativ hochwertiger Leistungserbringung konzentrieren. Eine massive finanzielle Beeinträchtigung dieser Entwicklung würde den Intentionen des Gesetzgebers zuwiderlaufen und das Ziel der Krankenhausreform 2015 konterkarieren.

Der Grundgedanke einer nur hälftigen Berücksichtigung des Fixkostendegressionsabschlages bei Leistungsverlagerungen geht zwar in die richtige Richtung. Er ist jedoch gegenüber einer grundsätzlichen Befreiung vom Abschlag, insbesondere aufgrund nachweislich hoher Qualität, die schlechtere Variante. Zum einen kann ohne operationalisierten Bezug zur Qualität kein gezielter Qualitätswettbewerb stattfinden, wie es der Gesetzgeber anstrebt. Zum zweiten ist auch der halbierte Abschlag immer noch eine finanzielle Bestrafung trotz hoher Qualität, die auch in Zusammenhang mit den weiteren Degressionsregelungen zu sehen ist. Und zum dritten kann das einzelne Krankenhaus den geforderten Nachweis nicht erbringen, da es keinen Überblick über das Leistungsgeschehen der Wettbewerber hat.

Änderungsvorschläge:

Grundsätzlich sollte der Fixkostendegressionsabschlag auf zwei Jahre begrenzt werden. Ebenso sollte ein fester Prozentsatz ins Gesetz geschrieben werden, der sich an den derzeitigen Mehrleistungsabschlägen orientiert.

Krankenhäuser, die Leistungen nachweislich in hoher Qualität erbringen, sollten gemäß den Zielen der Krankenhausreform 2015 und den Absprachen im Koalitionsvertrag 2013 grundsätzlich von solchen Vergütungsabschlägen ausgenommen werden. Ein Abschlag auf mit dem Landesbasisfallwert vergütete Leistungen ist ein Abschlag auf einen ohnehin nur durchschnittlichen Wert. Insoweit ist es nicht sachgerecht, für eine geforderte überdurchschnittliche Qualität einen unterdurchschnittlichen Preis zu zahlen („Mercedes fahren, Golf bezahlen“). Der vom Gesetzgeber gewollte Qualitätswettbewerb würde somit im Keim erstickt.

3. Bewertungen und Änderungsvorschläge zu Degressionsregelungen und Kürzungen auf Landesebene

Zusätzlich zum Fixkostendegressionsabschlag soll auf der Landesebene nach § 10 Abs. 3 KHEntgG (neu gefasster Satz 2) vorgegeben werden, dass für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere auch die Entwicklung der Produktivität (z. B. die allgemeine Verweildauerentwicklung), Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und das Verlagerungspotential von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen sind.

Diese erweiterten und zusätzlichen Degressionsregelungen auf der Landesebene sollten ersatzlos gestrichen werden, da sämtliche Tatbestände bei den Regelungen vor Ort (z. B. führen kürzere Verweildauern zu Kurzliegerabschlägen), insbesondere durch die Erlöskürzungen infolge von MDK-Gutachten, in der Leistungsvergütung bereits berücksichtigt werden.

Weiterhin soll der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent für die Krankenhäuser, den die Vorgängerregierung beschlossen hatte, mit einem Volumen von rund 500 Millionen Euro pro Jahr, ab 2017 entfallen. Der ursprüngliche sächliche Zusammenhang mit der Abschaffung der Kollektivhaftung ist angesichts der vorstehend geplanten erweiterten und zusätzlichen Degressionstatbestände nicht mehr gegeben. Er sollte deshalb fortgeführt werden.

In der Systematik zur Ermittlung der Landesbasisfallwerte fehlt zudem eine Demografiekomponente. In den kommenden Jahren ist mit einer verstärkten demografischen Alterung zu rechnen. Insoweit ist eine solche Komponente aus Sicht des VKD genauso sachgerecht, wie Produktivitätseffekte oder ambulante Verlagerungspotenziale. Der VKD fordert daher die Aufnahme einer Demografiekomponente in die vorgenannten Regelungen als Erhöhungstatbestand von mindestens einem Prozent des Landesbasisfallwertes.

Die im Referentenentwurf als regelungsbedürftig angesehenen „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“ (§ 4 Abs. 2b KHEntgG) sind nicht operationalisierbar und zudem ein Element der Kassenpropaganda, das trotz mehrerer Studien nicht evidenzbasiert belegt werden konnte. Die Regelung, nach der hierfür ein höherer Abschlag und/oder eine längere Abschlagsdauer vorgesehen werden sollen, ist daher zu streichen.

Grundsätzlich sollte berücksichtigt werden, dass Krankenhäuser aufgrund der spezifischen Struktur der Gesundheitsversorgung in Deutschland insgesamt einen stetig steigenden Versorgungsbedarf zu bedienen haben. Die Ursachen liegen nicht nur im teilweisen Rückzug niedergelassener Ärzte aus der Gesundheitsversorgung, der unter anderem zu einer Überlastung der klinischen Notfallambulanzen führt, sondern auch darin, dass die Babyboomer schon jetzt verstärkt in die behandlungsrelevanten Altersjahrgänge kommen und der medizinisch-technische Fortschritt viele patientenschonendere, aber auch teurere Verfahren in

die Regelversorgung bringt. Zudem dürften die Kliniken auch infolge des (politisch gewollten) Qualitätswettbewerbs und steigender Ansprüche von Patienten und niedergelassenen Ärzten in Zukunft eher mehr als weniger Patienten zu versorgen haben. Dies sind Erfahrungen aus der Praxis, die im Gesetzgebungsverfahren gehört werden sollten.

Die im Referentenentwurf vorgesehene gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung von Leistungen, bei denen es „Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ gibt (§ 9 Abs. 1c KHEntgG) ist ebenfalls nicht operationalisierbar und ähnlich zu bewerten wie die vorgenannte Regelung gemäß § 4 Abs. 2b KHEntgG. Zudem würde dies einen unzulässigen Eingriff in die methodische Validität der statistischen Ermittlung der Bewertungsrelationen bedeuten. Auch diese Regelung sollte gestrichen werden.

4. Orientierungswert

Nach dem Referentenentwurf ist das Statistische Bundesamt weiterhin mit der Entwicklung eines sachgerecht ermittelten Orientierungswerts beauftragt. „Sobald dem Weiterentwicklungsbedarf Rechnung getragen wurde“, soll für die Zeit ab 2018 die Anwendung des vollen Orientierungswerts geprüft werden (als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte und der Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen).

Die unter obigen Ziffern 2 und 3 genannten Regelungen zur Mengensteuerung führen aus Sicht der Praxis ab 2017 zur „Leistungsbremmung“ und faktischen Deckelung der Krankenhausbudgets. Die Krankenhäuser haben damit kaum noch eine Möglichkeit, Tarif- und Sachkostensteigerungen über die Erbringung von Mehrleistungen zu refinanzieren. Eine fehlende Refinanzierung – von bislang etwa 50 Prozent der Mehrkosten – wurde in den vergangenen Jahren insbesondere mit einer Ausdünnung der Personaldecke beantwortet. Zu einer unerwünschten Nebenwirkung davon wurde die Problematik, die in der Krankenausreform 2015 jetzt mit dem Pflegestellten-Förderprogramm zumindest teilweise abgemildert werden soll.

Nach den bisherigen Erfahrungen können sich die Krankenhäuser nicht darauf verlassen, dass die durchschnittliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser sachgerecht abgebildet wird, auch wenn der Gesetzgeber dies intendiert. In der angestrebten Konstellation (weg von der Leistungsorientierung, hin zur Kostenorientierung) muss alternativ sichergestellt sein, und zwar bereits ab 2017, dass „ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren kann“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft). Dies hat nichts mit Selbstkostendeckung zu tun, da der Orientierungswert ohnehin nur ein Durchschnittswert ist, der für nicht wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser zu niedrig ist.

Bewertung:

Die Regelung zum Orientierungswert ist ein echter Schwachpunkt des Referentenentwurfs und wenig konsequent.

Änderungsvorschlag:

Gesetzlich muss sichergestellt werden, dass bereits in 2016 für 2017 ein sachgerechter Orientierungswert vorliegt. Zudem sollte nicht erst geprüft werden, ob der Orientierungswert als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte und der Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Anwendung finden soll. Bei dieser grundsätzlichen Änderung der Krankenhausfinanzierung auf der Leistungsseite muss ebenso konsequent die Änderung auf der Kostenseite erfolgen. Die Regelungen sollten entsprechend angepasst werden. Bleibt eine solche Anpassung aus, ist mit einem Finanzdesaster ab 2017 zu rechnen.

5. Strukturfonds

Nach § 12 KHG soll zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet werden (Strukturfonds). Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln an ein Bundesland ist unter anderem, dass das antragstellende Land mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt und zusätzlich bereitstellt. Zudem muss es sich verpflichten, 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die regelhafte Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht.

Bewertung:

Die Einrichtung eines Strukturfonds ist grundsätzlich positiv zu werten. Nachvollziehbar ist auch, dass zunächst eine Überprüfung des bewirkten Strukturwandels und der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung vorgesehen ist. Geht man von den bestehenden Engpässen der Investitionsfinanzierung der Bundesländer und einem auf Bundesebene bereitgestellten Investitionsvolumen von 100 Millionen Euro pro Jahr aus (1 Promille vom aktuellen Umsatz der Krankenhausbranche), dann ist dies allenfalls ein überschaubares Pilotprojekt.

Änderungsvorschlag:

Insoweit sollte im Referentenentwurf konkretisiert werden, dass die Fördermittel nur gezielt und regional ausreichend für den Zweck des beabsichtigten Strukturwandels eingesetzt werden dürfen. Geeignet sind dazu regionale Pilotprojekte. Die Umsetzung dieser Projekte sollte wissenschaftlich begleitet werden. Ohne eine solche Vorschrift ist bei dem geringen Mittelvolumen damit zu rechnen, dass entsprechende Wirkungen nicht nachgewiesen werden können und die aufgewendeten Mittel verpuffen.

6. Kontrollen vor Ort zu den Qualitätsanforderungen von G-BA und Ländern

Die Neuregelung des § 275a SGB V und andere sehen vor, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Länder sowie zur Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen soll.

Das in den vergangenen Jahren auf Rechnerkürzung optimierte Verhalten des MDK sowie die Vorgaben und Praxis der Prüfvereinbarung nach § 17c Abs. 2 KHG, insbesondere seit Anfang 2015, haben dazu geführt, dass sich die Akzeptanz des MDK in den Krankenhäusern nochmals deutlich verschlechtert hat. Die vorgesehenen Kontrollbefugnisse des MDK jetzt auch auf Qualitätsfragen zu erweitern, dürfte das Konfliktpotenzial vor Ort nochmals deutlich erhöhen, zumal der MDK gerade in Fragen der medizinischen Qualität oft nicht als fachlich gleichwertiger Partner wahrgenommen wird.

Bewertung:

Die Regelungen sind wenig praxistauglich. Der MDK ist keine neutrale Institution, hat nicht die nötigen Erfahrungen in der individuellen Qualitätskontrolle von Krankenhäusern und ebenso nicht die Akzeptanz der Krankenhäuser vor Ort.

Änderungsvorschlag:

Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA und der Länder sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung sollten durch die bereits bestehenden und für diesen Zweck besonders geeigneten Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung kontrolliert werden, die als Einrichtungen der Selbstverwaltung auf Landesebene organisiert sind. Gerade im „strukturierten Dialog“ haben die Institutionen bereits

über Jahre Erfahrungen sammeln können in der individuellen Kontrolle von Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern. Die Regelungen im Referentenentwurf sollten entsprechend geändert werden.

7.

Qualitätspolizei und Bürokratismus

Der Referentenentwurf enthält zahlreiche Kontrollmechanismen, die den Bürokratismus zum Wuchern bringen. Bürokratismus ist Unkraut in der Patientenversorgung, ressourcenverschwendend und kaum zurückzudrehen. Neben Kontrollmechanismen gibt es ebenso Regelungen, die nötig sind, weil die Krankenhausfinanzierung insgesamt unzureichend ist, statt an dieser Stelle sachgerechte Lösungen vorzusehen. Schließlich gibt es neue Gremien und bestehende mit ebenfalls zusätzlichem Aufwand. Bürokratieförderlich gegenüber dem Status Quo sind insbesondere folgende Regelungen:

- Neue und erweiterte Vorgaben zur Qualität, differenziert nach unterschiedlichen Parametern und Berichtspflichten, unter anderem für Qualitätsberichte
- Koppelung von Qualität und Vergütung, Qualitätsverträge
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)
- Erweiterte Kontrolltatbestände des MDK
- Vor-Ort-Kontrollen des MDK
- Neue und erweiterte Aufgaben für den Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in erheblichem Umfang
- Kalkulation, Vereinbarung und Umsetzung sämtlicher Zuschlagstatbestände

Bewertung:

Der Aufbau einer „Qualitätspolizei“, insbesondere mit dem MDK als eine nicht unabhängige Institution, mit Vor-Ort-Kontrollen ist nicht der richtige Weg, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Die Maßnahmen führen insgesamt zu einem deutlichen Bürokratieschub und zu hunderten von Stellen in patientenfernen Bereichen, insbesondere auch Arztstellen beim MDK, die der Patientenversorgung in den Krankenhäusern fehlen (Bürokratismus). Angesichts des Ärzte- und Fachkräftemangels ist dies ganz klar eine Fehlentwicklung.

Änderungsvorschlag:

Der VKD empfiehlt dringend, die oben genannten Regelungen zu vereinfachen und von bürokratieförderlichen Maßnahmen zu entschlacken.

8. Ambulante Notfallversorgung

Im Referentenentwurf ist zur ambulanten Notfallversorgung nichts zu finden. Offenbar ist geplant, mit den bislang vorgesehenen Regelungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz das Thema abzuschließen.

Bewertung:

Noch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom Dezember 2013 hieß es: „Die ambulante Notfallversorgung konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten auf die Krankenhäuser. Das macht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich.“ Anders als diese Aussage erwarten ließ, ist in den aktuellen Gesetzgebungsverfahren keine Lösung ersichtlich.

Aus Sicht des VKD ist es wirklichkeitsfremd, auch künftig die Zuständigkeit für die ambulante Notfallversorgung und damit auch die Regelung der Vergütung für die Kliniken allein bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zu belassen und sie lediglich zur Kooperation mit den Krankenhäusern zu verpflichten.

Es gibt bereits heute viele enge Kooperationen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Notdiensten, vielfach mit Standort auf dem Gelände des Krankenhauses. Dies hindert Patienten jedoch nicht, in die Ambulanzen auch der umliegenden Krankenhäuser zu gehen. Insofern wird die jetzt vorgesehene Regelung aus Sicht der Praxis den Status Quo nicht verändern. Zudem versorgen die Krankenhäuser schon heute mehr Notfälle als die niedergelassenen Ärzte – zu deutlich schlechteren Konditionen, die absurder Weise von den KVen und Krankenkassen festgelegt werden, ohne dass die Krankenhäuser irgendein Mitspracherecht hätten.

Änderungsvorschlag:

Der VKD schlägt vor, unter Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages der KVen die ambulante Notfallversorgung als gemeinsame Aufgabe von Krankenhauseite und KVen zu regeln. Dies sollte die Organisation des ambulanten Notdienstes wie auch die Vereinbarung der Vergütung umfassen.

9. Qualitativ hochwertige Patientenversorgung als zweites Zielkriterium im KHG

Entsprechend den Eckpunkten vom 5. Dezember 2014 wird in § 1 Abs. 1 KHG der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser um das Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Krankenhäusern erweitert. Für die Krankenhausplanung als Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern wird damit ein „zusätzliches gesetzliches Zielkriterium“ zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern aufgenommen.

Bewertung:

Die Neuregelung wird vom VKD grundsätzlich begrüßt. Aus Sicht der Praxis ist die Wirkung der Norm so einzuschätzen, dass das Management der Krankenhäuser noch stärker als bisher den Fokus auf Qualitätsverbesserungen legen dürfte, insbesondere in der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Da mit den noch zu erarbeitenden Qualitätsvorgaben des GBA und der Krankenhausplanung zukünftig Mindeststandards vorgegeben werden und damit transparente Orientierungsgrößen vorliegen, ist von einem weiteren Qualitätsanpassungsprozess nach oben auszugehen, ähnlich wie seinerzeit mit der Einführung von Parametern zur externen Qualitätssicherung. Dies aber bedeutet, dass sich die Qualitätsunterschiede verringern und in Richtung der Orientierungsgrößen konvergieren. Damit würde sich die stille Hoffnung von Krankenkassenseite, Qualitätsparameter auch als „Knock-out-Instrument“ zu nutzen, zerschlagen und aller Erfahrung nach auch die Patientenversorgung in den Krankenhäusern entsprechend der erhöhten Qualität verteuern („Wer Mercedes bestellt, wird auch Mercedes bezahlen müssen“).

Offen ist aus Sicht des VKD die rechtliche Bewertung des neuen zweiten Zielkriteriums („qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung“) im Hinblick auf das erste Zielkriterium („wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“). Artikel 12 Grundgesetz (GG) schützt die Berufsfreiheit, Artikel 14 das Eigentum. Mit den Neuregelungen in §§ 6 und 8 zur Umsetzung der Vorgabe in § 1 KHG sollen die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen werden, 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.

Auch wenn die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in diesem Zusammenhang offenbar diskutiert wurde, ist aus Sicht des VKD die Frage der Verhältnismäßigkeit von Eingriffen in die Berufsfreiheit eines betroffenen Krankenhauses noch nicht abschließend und hinreichend geklärt, da mögliche Einzelfälle der zukünftigen Umsetzung dieser Regelung, zumindest ausweislich der Gesetzesvorlage, nicht geprüft wurden. Kann ein Krankenhaus

aufgrund von Qualitätsmängeln über ein bis zwei Jahre als Ganzes oder mit einer Abteilung aus dem Krankenhausplan genommen werden? Reichen Qualitätsunterschiede in einem Qualitätsbenchmark aus, um auf dieser Grundlage rechtssichere Planentscheidungen treffen zu können? Dies sind nur zwei von möglicherweise zahlreichen Fragen, die sich mit Einführung dieser grundsätzlichen Änderung stellen und zu beantworten sind.

Änderungsvorschlag:

Bevor ein neues zweites Zielkriterium („qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung“) in § 1 Abs. 1 KHG eingeführt wird, sollte in einem Rechtsgutachten differenziert und für praktische Einzelfallkonstellationen geprüft werden, ob die Regelung verfassungsrechtlichen Grundsätzen standhält. Ohne eine solche Abklärung könnte die geplante Neuregelung – zumindest unter dem Gesichtspunkt einer Veränderung der Krankenhausstrukturen – ins Leere laufen.

10. Bewertung des Referentenentwurfs insgesamt

Insgesamt sollen mit dem Referentenentwurf erhebliche finanzielle Degressionseffekte auf Landes- und Ortsebene eingeführt werden, die mit nachgängigen Vereinbarungen weiter verschärft werden können. Zusammen mit der nicht sachgerecht geregelten Investitionsfinanzierung würde eine Beibehaltung der Degressionsregelungen den Kellertreppeneffekt in der Krankenhausfinanzierung ab 2017 massiv beschleunigen.

Seit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 wehrt sich die Krankenhausbranche gegen eine Ungleichbehandlung und eine verfehlte Gesetzgebung. Während der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung seinerzeit auf 15,5 Prozent angehoben wurde, sah der Gesetzgeber für die Krankenhäuser massive, bis heute anhaltende Kürzungen vor. Seit 2011 verzeichnen jedes Jahr rund 40 bis 50 Prozent der Krankenhäuser daher rote Zahlen, während auf Krankenkassenseite weiterhin Überschüsse in Milliardenhöhe aufgehäuft werden. Die gesetzlich vorgegebene konservative Anlage dieser Versichertengelder dürfte aufgrund der Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank mittlerweile zu Vermögensverlusten führen. Statt über eine Erlaubnis zur Anlage in Aktienvermögen zu philosophieren, wie dies aktuell offenbar geschieht, sollten diese Mittel nicht weiter zweckentfremdet, sondern endlich der Patientenversorgung zugeführt werden, wo sie dem Zweck ihrer Erhebung nach auch hingehören. Eine Fortsetzung der aktuellen Situation wäre durch den Gesetzgeber unterstützter Betrug gegenüber dem Versicherten. Zu berücksichtigen ist überdies, dass der Bundeswirtschaftsminister die Wachstumsprognose für das Bruttoinlandsprodukt 2015 und 2016 wieder einmal oben korrigiert hat, ähnlich wie 2010.

Wenn der Gesetzgeber die Ziele der Krankenhausreform 2015 erreichen will, muss er sich für eine grundlegende Kurskorrektur in der Gesetzgebung entscheiden.

Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident
für den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)