



Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK ev.) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSg)

**1.
Allgemeines**

Den einführenden Bemerkungen des BMG zu dem im Betreff genannten Referentenentwurf zufolge setzen sich Bund und Länder mit diesem Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

Diese vorgegebene Zielsetzung - Weiterentwicklung der qualitativen Standards und die nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser – werden nach Einschätzung des VLK mit den im Entwurf vorgesehenen Regelungen nicht erreicht werden können:

Einerseits sollen die Krankenhäuser mit Qualitätsindikatoren „vermessen“ werden. Diese Qualitätsindikatoren sollen in Jahresfrist durch den GBA unter Beteiligung des Instituts n. § 137a (IQTiG) erarbeitet werden. Es darf bezweifelt werden, dass diese Qualitätsindikatoren insbesondere bei den bekannten unausgewogenen Stimmenverhältnissen von Kostenträgern und Leistungserbringern im GBA und einem noch längere Zeit nicht oder nur eingeschränkt arbeitsfähigen Institut, der Aufgabe angemessen und medizinisch sachgerecht erarbeitet werden. Es muss befürchtet werden, dass - wie in der Vergangenheit bereits mehrfach geschehen - Indikatoren beschlossen werden, deren vordergründiges Ziel es ist, Krankenhäuser durch überzogene Strukturvorgaben aus der Versorgungskette auszuschließen und nicht die Qualität der Versorgung zu fördern.

Da als Konsequenz Krankenhäusern bei Nichterreichen der Qualitätsindikatoren das Ausscheiden aus dem Krankenhausplan oder die Nichtaufnahme in diesen droht, muss auch bezweifelt werden, ob derartige „evidenzbasierte“ und die konträren Positionen der abstimmungsberechtigten Bänke im GBA widerspiegelnden „s.g. Qualitätsindikatoren“ das politisch angestrebte Ziel einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung erreichen helfen bzw. konsensfähig und justitiabel sein werden.

Mehr noch: Reicht der Befund der Leistungsbewertung eines Krankenhauses hierfür nicht aus, ist zu befürchten, dass der MDK solange kontrolliert, bis Negativ-Feststellungen gefunden werden, die zu der gleichen Konsequenz führen.

Andererseits wird der Finanzrahmen der Krankenhäuser beschnitten: Abschläge drohen bei „Untererfüllung“ der Qualitätsindikatoren. Nichtzahlung droht bei Unterschreitung von ebenfalls „evidenzbasierten“ d.h. wissenschaftlich nicht untermauerten Mindestmengen.

Sicherstellungszuschläge sind nur zu erwarten, wenn andere Krankenhäuser diese Leistungen nicht ohne Zuschlag erbringen können.

Der Gesetzentwurf enthält außerdem einen Widerspruch in sich: Einerseits soll die Qualität der Leistungen gesteigert werden. Andererseits werden Krankenhausträger, die aufgrund ihrer guten Qualität einen höheren Zulauf verzeichnen, ggf. mit Vergütungsabschlägen durch die Absenkung der Bewertungsrelationen bestraft!

In der Gesamtschau erscheint dem VLK die Intention des Verordnungsgebers mehr als deutlich, unter dem Deckmantel der Qualität eine Ausdünnung der Krankenhauslandschaft herbeizuführen.

2.

Zu einzelnen Vorschriften

2.1

Artikel 1: Änderung des KHG

Hier: Ziffer 2 (§6 Abs. 1a neu)

Nach den vorgesehenen Regelungen sollen die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes der Länder werden. Durch Landesrecht können die Länder jedoch die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken.

Der VLK geht davon aus, dass einige Landesregierungen von der Möglichkeit des Ausschlusses der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus ihrem Krankenhausplan Gebrauch machen werden. Von daher ist zu befürchten, dass sich –im Hinblick auf die vom G-BA beschlossenen Empfehlungen der Qualitätsindikatoren – eine ungleichgewichtige Weiterentwicklung der stationären Versorgung in den einzelnen Bundesländern ergeben wird. Krankenhäuser haben je nach regionalem Standort unterschiedliche Anforderungen für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan zu erfüllen. Es entsteht eine im Hinblick auf die vorgesehenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „fleckige“ Krankenhauslandschaft, die eine bundesweite Vergleichbarkeit erschwert oder unmöglich macht.

2.2

Artikel 1: Änderung des KHG

Hier: Ziffer 3 (Änderung des § 8 Abs. 1a und 1b)

§ 8 Abs. 1a KHG sieht vor, dass Krankenhäuser, die - gemessen an den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA – nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden

dürfen. Die Regelung des § 8 Abs. 1b gibt vor, dass Plan-Krankenhäuser, die bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

Hierzu ist anzumerken, dass der G-BA planungsrelevante Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bis zum 31.12.2016 beschließen soll. Es wird nicht möglich sein, in dieser kurzen Zeitspanne rechtssichere, fundierte und konsenterte Indikatoren für Ergebnisqualität zu erarbeiten. Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität sind möglicherweise schneller bereitzustellen. Sie beinhalten aber vor allem kostenintensive Vorgaben im Personal- und Sachbereich, die vor dem Hintergrund der bereits seit Jahren zu konstatierenden Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich wie auch im Bereich der Investitionsfinanzierung und unzureichendem Personalangebot nicht erfüllt werden können. Werden diese Indikatoren jedoch zum Maßstab für die Aufnahme oder den Verbleib der Krankenhäuser im Krankenhausplan vorgegeben, dann ist die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft programmiert.

Der VLK plädiert deshalb für die ausschließliche Festlegung von Indikatoren der Ergebnisqualität als Maßstab für den Verbleib oder die Aufnahme der Krankenhäuser in die Kette der Leistungserbringer. Dies bedingt eine ausreichende Zeitspanne, um diese Qualitätsindikatoren als planungsrelevante und rechtssichere Vorgaben zu entwickeln.

2.3

Artikel 1: Änderung des KHG

Hier: Ziffer 5 (§ 12 neu)

Zum Abbau von Überkapazitäten und zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sieht § 12 die Einrichtung eines Strukturfonds vor. Dieser ist mit 500 Millionen € ausgestattet. Aus diesem Fonds kann jedes Land einen genau definierten Anteil abrufen, um sein stationäres Versorgungsangebot neu zu strukturieren.

Diese geplante Gesetzesvorschrift ist vom Ansatz her positiv zu bewerten. Dies wird jedoch durch die Bedingung relativiert, dass die Länder mindestens die Hälfte der förderungsfähigen Kosten der geplanten Umstrukturierungsmaßnahmen selber tragen.

Vor dem Hintergrund der Haushaltslage der Bundesländer ist jedoch zu befürchten, dass die im Strukturfonds vorgesehenen Mittel in Höhe von 500 Millionen € nur unzureichend abgerufen werden, da die Bundesländer sich vor dem Hintergrund ihrer Haushaltslage schwertun dürften, korrespondierende Förderbeträge aus dem eigenen Budget hier einzubringen.

Von daher ist zu befürchten, dass dieses für die Umstrukturierung der Versorgungslandschaft im stationären Bereich vorgesehene Instrument nicht die gewünschte Wirkung entfalten wird. Dies ist um so beklagenswerter, als die derzeitige Investitionspolitik der Bundesländer für den Bereich der stationären Versorgung völlig unzureichend ist, um Krankenhäuser im erforderlichen Maße an den medizinisch-technischen Fortschritt anzupassen und von der Investitionsseite her ein qualitativ hohes Niveau der Krankenhausversorgung sicherzustellen.

2.4

Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Hier: Ziffer 4 (neuer § 4 Abs. 2b)

Absatz 2b des § 4 KHEntgG schreibt vor, bei Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017 den Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden. Ein höherer Abschlag ist zu vereinbaren für Leistungen, bei denen in erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind.

Mit diesen vorgesehenen Regelungen werden ab 2017 die bisherigen Mehrleistungsabschläge durch Fixkostendegressionsabschläge abgelöst. Die Mindesthöhe der vor Ort zu vereinbarenden Fixkostendegressionsabschläge soll auf der Landesebene festgelegt werden. Dies soll „aufwandsneutral“ erfolgen, d.h. im Vergleich zur bisherigen Degression sollen keine Mehrkosten entstehen. Abweichend von der auf Landesebene festgelegten Mindesthöhe können die Vertragsparteien vor Ort einen höheren Abschlag vereinbaren. Dies gilt auch für zusätzliche Leistungen, bei denen in erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlensteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind.

Gerade die letztgenannte Möglichkeit erscheint aus Sicht des VLK problematisch. Die unbestimmten Rechtsbegriffe „in erhöhten Maße“ und der nicht näher definierte Begriff „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ öffnen bei den Gesprächen der Vertragsparteien vor Ort die Tür zu einer Fülle strittiger Verhandlungen. Außerdem steht diese vorgesehene Regelung nach Einschätzung des VLK im Widerspruch zu der Intention des Ordnungsgebers, gute Qualität für Leistungen der Krankenhäuser zu fördern: Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Leistungsqualität eine höhere Fallzahl zu verzeichnen haben, werden – da die Abgrenzung zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen nicht eindeutig möglich sein wird – durch Vergütungsabschläge bestraft. Außerdem wird dadurch das in § 17b Abs. 1a KHG vorgesehene Instrument der Zuschläge für außerordentlich gute Qualität der Krankenhausleistungen wieder ausgehebelt.

Es ist zu vermuten, das per Saldo im günstigsten Fall ein „Null-Summen-Spiel“ zu erwarten sein wird. Dies bedeutet konkret, dass für Krankenhäuser nicht wirklich ein zusätzlicher Anreiz zur Erbringung von Leistungen mit außerordentlich guter Qualität besteht.

2.5

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Hier: Ziffer 5b (Änderung des § 5 Abs. 2 KHEntgG)

Die Regelung des neu gefassten § 5 Abs. 2 sieht vor, dass Sicherstellungszuschläge vereinbart werden können, die zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen dienen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind.

Diese vorgesehene Regelung ist zunächst positiv zu bewerten. Sie wird allerdings wieder konterkariert durch die im gleichen Absatz aufgeführte Bedingung, dass bei der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch zu prüfen ist, ob die Leistung durch ein anders geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann.

Nach Einschätzung des VLK ist diese einschränkende Voraussetzung kontraproduktiv zum ursprünglich geplanten Regelungsansatz: Der Sicherstellungszuschlag soll nur dann vereinbart werden können, wenn nicht ein anders Krankenhaus aufgespürt werden kann, das im Stande ist, diese Leistungen ohne Zuschlag zu erbringen. Dies wird – da keine Angabe über den Mindestradius, in dem dieses vergleichbare Krankenhaus angesiedelt sein muss - im Zweifel zu benennen sein. Allerdings nur auf Kosten einer weiteren Entfernung, so dass hier der ursprüngliche Ansatz der Sicherstellung der Versorgung auch in der dünnbesiedelten Fläche wieder ausgehebelt wird.

2.6

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Hier: Ziffer 8b (Änderung des § 8 Abs. 4 KHEntgG)

§ 8 Abs. 4 legt fest, dass ein Krankenhaus für die jeweilige Leistung kein Entgelt berechnen darf, wenn es die Vorgaben für Mindestmengen unterschreitet.

Die sogenannten Mindestmengen werden gem. § 136b SGB V vom G-BA festgelegt. Der G-BA fasst Beschlüsse über einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist und Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses.

D.h. konkret, dass Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt und /oder je Standort eines Krankenhauses vorgegeben werden sollen. Wird – wie im Referentenentwurf vorgesehen – eine Mindestmenge für eine bestimmte Leistung persönlich an einen zu benennenden Arzt eines Krankenhauses gekoppelt, dann darf diese Leistung ausschließlich von diesem spezifischen Arzt erbracht werden. Im Urlaubsfall, bei Krankheit oder Abwesenheit zu Fortbildungszwecken kann das Krankenhaus in Abhängigkeit von der Höhe der festgelegten Mindestmenge diese Leistung möglicherweise nicht mehr anbieten. Insbesondere im Krankheitsfall ist es denkbar, dass der benannte Arzt die vorgegebene Mindestmenge nicht mehr erreichen kann, mit der Konsequenz der dann nicht mehr möglichen Abrechnung aller bisher erbrachten Eingriffe, sofern er unterhalb der für ihn geltenden Mindestmenge bleibt.

Darüberhinaus bedeutet die Kopplung der Mindestmengen einer bestimmten Leistung an einen zu benennenden Arzt, dass die Weiterbildung in erheblichem Ausmaße gefährdet ist, da nach Abarbeitung der als Mindestmenge vorgegebenen Eingriffszahl durch den hierfür benannten Arzt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei leistungsstarken Einheiten nicht genug Eingriffe übrigbleiben, die im Rahmen der Weiterbildung von den Weiterbildungsassistenten erbracht werden müssen.

Beide Faktoren zusammengenommen gefährden einerseits die Rundumversorgung des Krankenhauses und seine Erlössituation und zum anderen die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung.

Der VLK plädiert aus diesem Grunde dafür, Mindestmengen für spezifische Leistungen nur an den Standort eines Krankenhauses und nicht personenbezogen an den Arzt zu binden.

2.7

Artikel 4: Änderung des SGB V

Hier: Ziffer 14 (neuer § 135c)

Der Referentenentwurf sieht für § 135c folgende Formulierung vor:

*Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit Leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, **welche die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gefährden.***

Diese Formulierung entspricht weitgehend dem Vorschlag, den VLK und BÄK hierzu übermittelt haben. Allerdings ist der letzte Halbsatz des Textes nach Einschätzung des VLK eine Verschlechterung gegenüber dem aktuellen Gesetzestext zu § 136a SGB V: Der letzte Halbsatz der neuen Textformulierung ist ein Relativsatz und bedeutet, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, nur dann ausgeschlossen sein sollen, wenn dadurch die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gefährdet wird.

Dies heißt konkret, dass in jedem Einzelfall – also bei Zielvereinbarungen für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen – geprüft und in jedem Einzelfall nachgewiesen werden muss, dass sie die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gefährden. Nur dann können diese Zielvereinbarungselemente ausgeschlossen bzw. vom Arzt abgelehnt werden.

Liest man den Text der Begründung hierzu, dann wird deutlich, dass die aufgezeigte „Schwachstelle“ so nicht gewollt ist. Die Begründung des Referentenentwurfes zu diesem § verdeutlicht, dass nach dem Willen des Verordnungsgebers in Zielvereinbarungen Bonuszahlungen nicht nur nicht für Einzelleistungen, sondern auch nicht für Leistungsmengen und Leistungskomplexe vereinbart werden dürfen. Insofern kann durch eine leichte redaktionelle Änderung diese zu Fehlinterpretationen führende Formulierung im letzten Halbsatz des § 135c SGB V beseitigt werden: Es müsste nur vor dem letzten Halbsatz des Gesetzestextes das Komma durch einen Punkt ersetzt werden und dann – wie im ursprünglichen Textvorschlag des VLK und der Bundesärztekammer aufgeführt – der Satz eingefügt werden: „Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“

Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Tel.: 0211/ 454990

Fax: 0211/ 451834

www.vlk-online.de

info@vlk-online.de