

Gesetzesinitiative für mehr Qualität und Transparenz in der Patientenversor- gung

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit:

**Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)**

Impressum

Verbraucherzentrale

Bundesverband e.V.

Markgrafenstraße 66

10969 Berlin

1. Allgemeine Einschätzung

Bereits seit Jahren mahnt der Verbraucherzentrale Bundesverband wesentliche Verbesserungen bei der Qualitätsorientierung im deutschen Gesundheitswesen an. Die herrschenden ökonomischen Anreize haben in der Vergangenheit teilweise zu Fehlentwicklungen geführt, die für betroffene Patienten/Verbraucher weitreichende Konsequenzen haben. Diese können sich derzeit nicht sicher sein, ob sie im Fall einer Erkrankung oder eines Eingriffs in einer Einrichtung versorgt werden, die der medizinischen Qualität und den Bedürfnissen der Patienten oberste Priorität einräumt, oder ob Einsparungen und Kostenoptimierungen oder schlicht und einfach Nachlässigkeit im Alltag, die sie betreffenden Entscheidungen und Prozesse bestimmen. Das hat individuelle Konsequenzen (unnötige Komplikationen, gehäufte Infektionen, Überversorgung etc.), aber natürlich auch gesamtwirtschaftliche.

Obwohl der Gemeinsame Bundesausschuss seit mehr als einem Jahrzehnt für die Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zuständig ist, zeichnet sich diese de facto noch immer durch Intransparenz und erhebliche Varianzen bezüglich der Leistungsqualität der Versorgungsanbieter aus. Es ist mehr als deutlich sichtbar, dass der Gestaltungswille und die Gestaltungskraft der gemeinsamen Selbstverwaltung in den bestehenden Entscheidungsstrukturen und bei den gremieninternen Stimmverhältnissen ohne klare und konsistente flankierende Vorgaben des Gesetzgebers an ihre Grenzen stößt. De facto verfügen die Vertretungsorganisationen der zu regulierenden Leistungsanbieter (Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser) über die Hälfte der Stimmen innerhalb des Gremiums, das über ihre eigene Kontrolle entscheidet. Vor diesem Hintergrund sind gesetzgeberische Aktivitäten wie der vorliegende Gesetzentwurf zur Schaffung von besseren Rahmenvorgaben im Interesse der Anliegen der Verbraucher/Patienten dringend erforderlich.

Derzeit besteht die aus Sicht der Patienten unglückliche Anreizstruktur, dass Krankenhäuser, die Kostensenkung zu Lasten der Patientensicherheit und Leistungsqualität betreiben, eine höhere Chance haben, im nahezu ausschließlich ökonomisch gesteuerten Wettbewerb der Leistungsanbieter zu überleben als Einrichtungen, die in die Verbesserung der Versorgung z.B. durch höheren Personaleinsatz investieren. Dem kann prinzipiell entgegen gewirkt werden, indem Qualität in die Krankenhausplanung mit einbezogen oder konsequente Qualitätssicherung betrieben wird, bei der Krankenhäuser, die schlechte Qualität liefern, sukzessive erst zur Verbesserung aufgefordert, dann mit Sanktionen belegt und schließlich, bei Fortbestehen der Probleme, von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Beide Ziele verfolgt der vorliegende Gesetzentwurf durch ein Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen. Erstens wird durch die Regelungen im SGB V die gesetzliche Qualitätssicherung gestärkt. Dadurch wird mittel- bis langfristig die Chance erhöht, gute von durchschnittlicher oder gar schlechter Qualität unter-

scheiden zu können. Außerdem wird der Gemeinsame Bundesausschuss angehalten, schlechte Qualität mit Konsequenzen zu belegen. Diese können von Unterstützungsmaßnahmen über finanzielle Nachteile bis hin zum Entzug der Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen reichen. Schließlich werden die Krankenhausplanungsbehörden beauftragt, Qualitätskriterien zur Grundlage von Planungsentscheidungen zu machen. Sie erhalten die rechtliche Handhabe, um Entscheidungen auch gegen den zu erwartenden Widerstand der Krankenhäuser durchsetzen zu können. Es bleibt zu hoffen, dass diese Möglichkeiten genutzt werden und der sicher zu erwartenden rechtlichen Überprüfung durch die Gerichte standhalten.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt ausdrücklich, dass Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung integriert werden sollen, die gesetzliche Qualitätssicherung mit präziseren Vorgaben versehen wird und in Zukunft geschärfte Sanktionsmechanismen bei schlechter Qualität greifen sollen. Insbesondere bei der qualitätsorientierten Vergütung sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband allerdings noch weiteren Ausarbeitungsbedarf der nun vorliegenden Regelungsvorschläge. Dabei muss unterschieden werden zwischen Zuschlägen für nachweislich gute Qualität und Abschlägen für schlechte. Ersteres wird ausdrücklich begrüßt. Die Verbesserung des Qualitätsniveaus erfordert nicht selten zumindest Anschubinvestitionen. Auch realisieren sich die Einsparungen, die sich aus guter Qualität z.B. durch Vermeidung von Komplikationen, Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedarf etc. einstellen, häufig nicht bei demjenigen Akteur, der in die gute Versorgungsqualität investiert. Vor diesem Hintergrund ist es auch systematisch gerechtfertigt, wenn Zuschläge für gute Qualität gezahlt werden. Die Tatsache, dass eine Einrichtung diese Zuschläge erhält, könnte, wenn sie veröffentlicht wird, auch von Patienten als Indikator für ein qualitativ besonders gutes Krankenhaus genutzt werden, so dass hieraus auch Nachfrageimpulse entstehen können. Beides zusammengenommen lässt es, zusammen mit dem motivationalen Schub einer solchen Auszeichnung, als besonders attraktiv erscheinen, unter den so geförderten Einrichtungen zu sein, so dass hieraus langfristig Impulse für eine allgemeine Qualitätsverbesserung entstehen dürften.

Anders ist die Lage bei Abschlägen für schlechte Qualität. Eine angemessene, dem Standard entsprechende Versorgung sollte nicht mit Abschlägen verbunden werden, da diese nur dazu führen würden, den Kostendruck beim Anbieter – vermutlich zu Lasten der Qualität – weiter zu steigern. Statt einer langfristigen Verbesserung des Versorgungsniveaus würde man also den gegenteiligen Effekt erzielen. Versorgung jedoch, die nicht angemessen ist, weil sie dem Standard nicht entspricht, sollte Patienten nur befristet zugemutet werden. Die entsprechenden Leistungsanbieter müssen entweder in überschaubaren Zeiträumen den Anschluss an den Standard schaffen oder von der Patientenversorgung ausgeschlossen werden. Auch dürfen Krankenkassen gar nicht erst in die Versuchung geführt werden, durch Leistungsbezug von qualitativ schlechten, aber günstigeren Leistungserbringern kurzfristig ihre Ausgabensituation

zu verbessern. Aus diesen Gründen sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband die geplanten Abschlüsse für geringe Qualität kritisch. In jedem Fall sollte der finanzielle Umfang der Abschlüsse und ihre maximale zeitliche Dauer, bis andere Maßnahmen greifen, eng begrenzt werden, um die negativen Auswirkungen auf die direkt betroffenen Patienten zu reduzieren.

An verschiedenen Stellen führt der Gesetzentwurf auf, dass die Konsequenz der Entfernung derartiger Leistungsanbieter aus der Versorgungslandschaft erfolgen soll, wenn die Qualität „nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichend“ ist. Selbst wenn die fachliche Diskussion darüber, was mit dem erheblichen Maß gemeint ist, dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugeordnet wird, sollten doch gesetzgeberische Vorgaben erfolgen, wie lange eine solche Situation der festgestellten unzureichenden Qualität längstens von den zuständigen Stellen akzeptiert werden darf, bevor das entsprechende Leistungsangebot aus der Versorgung genommen wird.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband würdigt ausdrücklich die im Gesetzentwurf enthaltenen Vorgaben zur Fristsetzung für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, die von der Absicht zeugen, dass die intendierte Qualitätsorientierung zeitnah in der Versorgung ankommen soll. Angesichts der oben skizzierten Strukturen dieses Gremiums regt der Verbraucherzentrale Bundesverband dringend an, bereits jetzt festzulegen, was geschieht, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss seinen Verpflichtungen nicht oder in unzureichender Form nachkommen. Hier sollten Ersatzvornahmen des Bundesgesundheitsministeriums möglich und ab einer Verzögerung von einem Jahr obligat im Gesetz vorgesehen sein.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband befürwortet den vorliegenden Gesetzesentwurf nachdrücklich, insbesondere wegen des ausgewogenen und durchdachten Zusammenwirkens von Maßnahmen der Krankenhausfinanzierung und -planung mit der Qualitätssicherung. Auch die Vorgaben zur zeitnahen Umsetzung und Evaluierung der verschiedenen Maßnahmen dienen nach Einschätzung des Verbraucherzentrale Bundesverbands einer raschen Wirksamkeit des Gesetzes und einer patientenorientierten Fortentwicklung der Regelungen.

In den folgenden Detailausführungen beschränkt sich der Verbraucherzentrale Bundesverband darauf, einerseits einzelne, besonders wichtige Regelungen hervorzuheben, und andererseits Ergänzungen vorzuschlagen, die im Interesse von Verbrauchern/Patienten geeignet erscheinen, den Gesetzeszweck noch angemessener umzusetzen.

2 Anmerkungen zu Einzelregelungen

2.1 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz werden Regelungen zu einigen Punkten vorgeschlagen, die sich als Anmerkungen bzw. Ergänzungsbedarf auch in den anderen Regelungsbereichen wiederfinden, hier aber exemplarisch aufgegriffen werden sollen.

§ 6

Prinzipiell begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband die Regelungen, die Krankenhausplanungsbehörden verpflichten und ermächtigen, Krankenhäuser mit schlechter Leistungsqualität ganz oder teilweise von der Versorgung von GKV-Versicherten auszuschließen, indem die entsprechenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses Teil des Krankenhausplans werden. Kritisch sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband bei diesen Vorgaben allerdings die weitreichenden Möglichkeiten zu Abweichungen nach unten; Ergänzungen, also Verschärfungen der Qualitätsorientierung hingegen sind aus Patientensicht mittel- und langfristig zu begrüßen.

§ 8

Hier findet sich die erste Erwähnung der Formulierung von Krankenhäusern, die „nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen“. Der Verbraucherzentrale Bundesverband regt dringend an, den Terminus „nicht nur vorübergehend“ im Gesetz präziser zu definieren. Erforderlich ist dazu eine sicherlich schwierige Abwägung zwischen den Interessen der Patienten nach Sicherheit und Unversehrtheit, den ökonomischen Interessen der Leistungsanbieter und der regionalen Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten. Der Verbraucherzentrale Bundesverband schlägt dennoch vor, eine Regelung vorzusehen, die bei erheblichen Auffälligkeiten beim zweiten Jahr in Folge greift. Da Krankenhäuser nach dem vorliegenden Gesetzentwurf auch unterjährige Auswertungen zu den planungsrelevanten Indikatoren erhalten sollen, können zeitnah Verbesserungsprozesse in Gang gesetzt werden.

§ 12

Es ist vorgesehen, einen Strukturfonds aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Umfang von 500 Mio. Euro einzurichten. Seine Aufgabe soll insbesondere die Finanzierung des Abbaus von Überversorgung sein. Um Mittel abrufen zu können, müssen die Länder, in deren Aufgabenbereich die Aufbringung der Investitionskosten liegt, zu jedem Projekt Mittel in gleicher Höhe zusteuern und das allgemeine Finanzierungsniveau der letzten Jahre weiter aufrechterhalten. Intention, prinzipielle Ausgestaltung und Beteiligung

der Länder an dieser Maßnahme wird vom Verbraucherzentrale Bundesverband befürwortet, da Überversorgung Verbraucher, von den unnötigen Kosten einmal abgesehen, unnötigen Risiken und sogar Schäden im Gesundheitssystem aussetzt. Nach Untersuchungen des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2014 erfordert es einen erheblichen Finanzaufwand, bis hin zum Doppelten des Jahresumsatzes, um ein Krankenhaus zu schließen oder umzuwidmen. Es ist daher sachgerecht, den ökonomischen Druck zu reduzieren und ein konstruktives Vorgehen des Trägers zu unterstützen. Die Bedingungen, die an die Vergabe der Fördermittel geknüpft sind, erscheinen im Interesse der Verbraucher darüber hinaus notwendig und angemessen. Ob die vorgesehene Summe für den vorgesehenen Zweck ausreichend ist und ob die Umsetzung in der vom Gesetzgeber intendierten Weise erfolgt, soll zentral evaluiert werden. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass diese Evaluation mit dem Ziel der inhaltlichen Überprüfung und ggf. Nachsteuerung sowie der späteren Aufstockung der Fördermittel bei entsprechendem Bedarf in § 14 vorgesehen ist.

§ 17b

Über- oder Fehlversorgung ergeben sich in der Regel daraus, dass aus der Erbringung einer bestimmten Leistungs- oder Operationsart ein deutlicher Überschuss zu erzielen ist. Das kann daher rühren, dass Kostendegressionen bei wachsender Zahl erbrachter Leistungen durch einen Leistungserbringer nicht korrekt im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund ist die geplante Vergütungsregelung rund um die Kostendegression sachgerecht. Allerdings müssen Wechselwirkungen mit anderen Regelungsabsichten, z.B. der Mindestmengenregelung und damit der intendierten Bündelung von Leistungen in Zentren, aber auch der Förderung von Einrichtungen mit besonders guter Qualität, an dieser Stelle ebenfalls berücksichtigt werden. Hier sind Verlagerungseffekte von kleinen oder qualitativ schlechteren Leistungserbringern zu größeren, qualitativ besseren intendiert, so dass eine sorgfältige Bemessung der Kostendegressionsabschläge und ggf. eine kontinuierliche Nachsteuerung erforderlich ist, um diese Verlagerung ohne unnötige Mengenausweitungen auch zu ermöglichen. Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt in diesem Zusammenhang den diesbezüglichen Auftrag an das DRG-Institut, der selbstverständlich fortlaufend zu gestalten ist.

Ebenfalls positiv bewertet der Verbraucherzentrale Bundesverband den Gedanken, in begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte vereinbaren zu können. Neben den aufgeführten Beispielen (Bluter oder zusätzliche Dialyse) sollte auch der Grad der Behinderung und ein damit verbundener erhöhter Betreuung- und Pflegeaufwand aufgegriffen werden, damit Krankenhäuser keine Anreize haben, die Versorgung von Menschen mit Behinderungen systematisch zu vernachlässigen, zu vermeiden oder auf das persönliche Assistenzpersonal zu verlagern.

Nicht nur Über- und Fehlversorgung resultieren seit Jahren aus Fehlanreizen der Krankenhausfinanzierung, die durch die Krankenhausplanung gegenwärtig nicht geheilt werden können. Auch Unterversorgung in bestimmten Versorgungsbereichen ist nicht mehr ausgeschlossen. Die Kapazitäten z.B. in der pädiatrischen Versorgung aber auch bei der Behandlung von Notfällen scheinen eher gering. Nach Aussagen der Krankenhäuser sind insbesondere Notaufnahmen unter den derzeitigen finanziellen Rahmenbedingungen häufig nicht ökonomisch tragfähig zu gestalten. Daraus ergeben sich für die Patientenversorgung weitere nachteilige Anreize: Krankenhäuser, die sich aus Verantwortungsbewusstsein dem Bedarf widmen, geraten in die roten Zahlen und damit in die Gefahr z.B. von Schließung, während gewinnmaximierende Träger die für die Patientenversorgung eigentlich notwendigen Strukturen reduzieren.

Vor dem genannten Hintergrund begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband die geplante gestaffelte besondere Berücksichtigung der Notfallversorgung und die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Infrastruktur ausdrücklich. Zweifel müssen jedoch angemeldet werden, ob die Vereinbarungen zwischen Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen, die die Zu- und Abschläge regeln sollen, zu einem raschen und sachgerechten Ergebnis führen werden. Wären die Selbstverwaltungspartner dazu in der Lage, hätten sie schon in der Vergangenheit entsprechende Vergütungsvorgaben im Rahmen der relativen Gewichte einzelner Leistungen vereinbaren können. Deshalb regt der Verbraucherzentrale Bundesverband auch hier an, neben einer unabhängigen Evaluation entsprechende Handlungsmöglichkeiten für das Bundesgesundheitsministerium vorzusehen.

2.2 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4

Zu Absatz 2b (neu) soll auf die Ausführungen zu § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz im Zusammenhang mit der Kostendegression verwiesen werden.

Wie bereits im allgemeinen Teil dieser Stellungnahme ausgeführt hat der finanzielle Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, in Kombination mit der unzureichenden Transparenz über die Leistungsqualität dazu geführt, dass insbesondere die Personalausstattung im Pflegebereich mit den gestiegenen Anforderungen aufgrund der Alterung der Bevölkerung und der Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus immer weniger im Einklang steht. Internationale Studien haben gezeigt, welche Folgen die Reduktion von Pflegepersonal auf den Stationen für die Patienten hat. So wurde beispielsweise nachgewiesen, dass die Erhöhung der Zahl der zu versorgenden Patienten pro Pflegekraft um eine Person die Sterblichkeit auf der betreffenden Station um sieben

Prozent steigert.¹ Im Interesse der Patienten ist also dringend geboten, auf eine Verstetigung und Steigerung der Ausstattung bettenführender Stationen mit Pflegepersonal zu dringen. Deshalb begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich das geplante Förderprogramm für die Pflege am Bett und auch, dass eine beim Bundesgesundheitsministerium einzurichtende Expertenkommission eine Regelung erarbeiten soll, wie die Finanzmittel für diesen Zweck verstetigt werden können. Dabei regt der Verbraucherzentrale Bundesverband an, dass auch die Überprüfung, ob die Mittel dauerhaft eine Steigerung der Pflegepersonalkapazitäten in den bettenführenden Stationen bewirkt haben, verstetigt wird.

Dringend geboten wäre außerdem eine Verbesserung der öffentlichen Transparenz über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegekräften. In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser finden sich dazu zwar Angaben, doch sind diese derzeit kaum aussagekräftig. Weder können Dritte einen Eindruck darüber gewinnen, wie sich die Personalentwicklung im Krankenhaus bzw. auf der betreffenden Station im Zeitverlauf entwickelt, noch darüber, ob z.B. mit Leihpersonal oder Zeitverträgen gearbeitet wird oder ob die Stellen gar nur auf dem Papier existieren und in der Realität unbesetzt sind. Die in Abs. 9 vorgesehene Berichterstattung über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung stellt damit eine durchaus wichtige, erste Ergänzung der derzeit öffentlich berichteten Daten dar, die auch in die Qualitätsberichte aufgenommen werden. Allerdings handelt es sich bei den öffentlichen Daten bisher ausschließlich um Selbstangaben, die nicht extern überprüft werden. Es wäre aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands deshalb wünschenswert, dass im Zuge des Pflegeförderprogramms Kontrollmechanismen geschaffen werden, die auch zur Steigerung der Verlässlichkeit der Angaben im Qualitätsbericht nutzbar sind.

§ 5

Zu Absatz 2 (neu) soll auf die Ausführungen zu § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz im Zusammenhang mit Zu- und Abschlägen verwiesen werden.

In Absatz 3a werden die Qualitätszu- und -abschläge geregelt. Bezüglich der Abschläge ist vorgesehen, dass im ersten Jahr des Vorliegens entsprechender Hinweise auf unzureichende Qualität keine Abschläge erhoben werden sollen. Stattdessen ist eine Vereinbarung zur Beseitigung der Qualitätsmängel vorgesehen. Eine solche Vorgehensweise begrüßt der Verbraucherzentrale Bun-

¹ Aiken LH, et al.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European Countries: a retrospective observational study. Lancet 2014, 383: 1824–30. www.thelancet.com Published online February 26, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

desverband, denn letztlich muss das Ziel sein, den in der Einrichtung in Zukunft behandelten Patienten eine gute Versorgungsqualität zukommen zu lassen. Allerdings ist auch vorgesehen, dass bei weiterem Vorliegen im nächsten Jahr die Abschläge in doppelter Höhe quasi nachgezahlt werden müssen. Diese Regelung hält der Verbraucherzentrale Bundesverband in mehrfacher Hinsicht nicht für sachgerecht: Wenn die Qualitätsdefizite länger als drei Jahre effektiv andauern, ergäbe sich folgender Verlauf:

- Jahr 1: keine Abschläge
- Jahr 2: doppelte Abschläge
- Jahr 3 und folgende: einfach Abschläge.

Von Jahr 2 zu Jahr 3 ergibt sich also gefühlt eine Reduktion der Abschlagshöhe, obwohl die Qualitätsdefizite von Jahr zu Jahr mehr Patienten insgesamt gefährden. Jahr 2 wäre darüber hinaus das Jahr, in dem am wenigsten Gelder für Investitionen in Qualitätsverbesserungen zur Verfügung stünden. Hier wären Veränderungen also besonders unwahrscheinlich. Ist dieses Jahr erst einmal überstanden, kann sich ein Gewöhnungseffekt an die verringerte Vergütung einstellen, der wiederum gegen rasche Verbesserungen spricht. Spätestens jetzt ist aus Sicht der Patienten/Verbraucher Handeln geboten, das über Kostenabschläge hinausgeht.

Weitere befristete Zuschläge sieht der Gesetzentwurf vor, wenn aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Mehrausgaben für die Krankenhäuser resultieren, die noch nicht im allgemeinen Vergütungssystem umgesetzt sind. Diesen Ansatz unterstützt der Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich. Derzeit zeichnet sich ab, dass wichtige Qualitätsvorgaben hinsichtlich der Personalausstattung, z.B. bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen, bei der Kinderherzchirurgie oder beim Bauchaortenaneurysma, in der Patientenversorgung nur bedingt ankommen, weil die Krankenhäuser die Auflagen aus Kostengründen nicht durchgängig erfüllen. Damit dies in Zukunft erfolgt, müssen sie für die Durchführung dieser Leistungen auch umgehend die notwendigen Mittel erhalten.

Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass das geforderte Personal eingestellt wird und die geforderte Ausstattung vorhanden ist. Derzeit erfolgt keine unabhängige Prüfung dieser Merkmale. Die Krankenkassen können einzeln entsprechende Prüfungen zwar veranlassen oder im Zuge der Entgeltverhandlungen Nachweise fordern, der Verbraucherzentrale Bundesverband hat allerdings den Eindruck, dass solche Aufträge selten erfolgen und an die Stelle von echten Nachweisen Selbsterklärungen der Krankenhäuser treten. Bei der Gewährung von Zuschlägen muss deshalb bei (neuen) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, idealerweise aber bei allen Qualitätssicherungsrichtlinien aus der Vergangenheit, mit Vorgaben zur Strukturqualität eine automatische jährliche Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorgesehen werden.

§ 8

Mindestmengenregelungen sollen Gelegenheitsversorgung in der Annahme ausschließen, dass üblicherweise eine gewisse Erfahrung und Routine bei einer Behandlung oder Operation erforderlich ist, um gute Qualität zu erzielen. In der Vergangenheit haben die Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses dennoch kaum Wirkung gezeigt, weil sie einerseits vielfach von den Krankenhäusern vor Gericht beklagt und andererseits praktisch folgenlos unterschritten werden konnten. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband die vorgesehene Regelung, dass bei einem Unterschreiten der Mindestmenge keine Vergütung der Leistungen erfolgen soll. Diese Regelung korrespondiert gut mit den Gesetzesvorschlägen im SGB V in Kapitel 2.3, auf die an dieser Stelle verwiesen wird.

§9

Hier schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband zwei Änderungen bei der Aufzählung in Absatz 1a Nr. 2 vor, die sich auf die Berücksichtigung besonderer Aufgaben von Krankenhäusern im Entgeltsystem beziehen.

- Unter Buchstabe b) sollten die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen aufgeführt werden (vgl. zur Begründung die Anmerkungen zu § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz).
- Unter Buchstabe c) sollten die Worte „wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen“ gestrichen werden, denn die hier adressierten Konzentrationsprozesse können auch unter Qualitätsaspekten wünschenswert sein und sollten dann entsprechend berücksichtigt werden.

Unter Qualitätsaspekten möchte der Verbraucherzentrale Bundesverband besonders die Regelung in Nr. 3 zu den klinischen Sektionen positiv hervorheben. Die Ergebnisse von Sektionen können wesentlich dazu beitragen, herauszufinden, ob früher gestellte Diagnosen zutreffend und Behandlungen bzw. Operationen korrekt waren. Damit stellen sie ein wesentliches Mittel zur Verbesserung der Leistungsqualität für zukünftige Patienten dar.² Unter Kostenaspekten wurde jedoch nach dem Eindruck, den der Verbraucherzentrale Bundesverband gewonnen hat, die Zahl der Sektionen in vielen Kliniken drastisch gesenkt. Bemühungen der Patientenvertretung, Zahl und Qualität der Sektionen in einem Qualitätssicherungsverfahren zu fassen, haben bislang keinerlei Erfolg gezeigt. Nun sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Vereinbarungspartner auf Bundesebene Anforderungen zu Umfang und Zahl von Sektionen

² Vgl. dazu die Ausführungen im Kriterienkatalog des gemeinsamen Bundesausschusses rund um den Antrag auf Entwicklung eines entsprechenden Qualitätssicherungsverfahrens unter https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3427/KK_Klinische%20Obduktionen_2012_anonymisiert.pdf

(bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle einer Einrichtung) sowie eine Berücksichtigung im Entgeltsystem festlegen. Systematisch wird im Gesundheitswesen häufig zwischen der Festlegung von Inhalten und Qualität einerseits und Vergütung andererseits getrennt. Eine solche Trennung wäre auch hier sinnvoll. Es sollte folglich überlegt werden, Rate und inhaltliche Anforderung der Sektionen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festlegen zu lassen und eine verpflichtende jährliche Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen regelhaft vorzusehen.

2.2 Änderungen des SGB V

§ 109 und § 110

Hier wird klargestellt, dass Krankenkassen besondere Versorgungsverträge nicht mit Krankenhäusern schließen dürfen, die eine schlechte Qualität aufweisen, Qualitätsabschläge hinnehmen müssen oder gar wegen Qualitätsdefiziten aus dem Krankenhausplan gestrichen wurden. Diese Regelung ist nach der Auffassung des Verbraucherzentrale Bundesverbands bedeutsam, da ansonsten Krankenkassen in die Versuchung geraten könnten, mit besonders günstigen, qualitativ schlechten Leistungserbringern Verträge zu schließen, um kurzfristig Kosten zu senken. Wichtig ist an dieser Stelle, dass die Vorschrift auch zuverlässig durch die Rechtsaufsichten der gesetzlichen Krankenkassen geprüft und durchgesetzt wird.

§ 110a

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll vier Leistungen oder Leistungsbereiche festlegen, die sich (besonders) für den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen und qualitativ besonders guten Krankenhäusern eignen. In den Verträgen soll ein höheres Entgelt mit besonderen Anforderungen an die Leistungsqualität verknüpft werden. Hiermit wird erstmals das Prinzip durchbrochen, dass alle Krankenhäuser von den Krankenkassen gleich behandelt werden müssen. Grundsätzlich sieht der Verbraucherzentrale Bundesverband die Möglichkeit zu derartigen Einzelverträgen kritisch, da sich hieraus (weitere) Einschränkungen in der Wahlfreiheit der Patienten ergeben können und die Vergangenheit gezeigt hat, dass derartige Vertragskonstellationen dann dem Bereich der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhäuser zuzuordnen sind, sich also der öffentlichen Transparenz entziehen. So sind dann auch verdeckte Leistungseinschränkungen nicht ausgeschlossen.

Zu konstatieren ist, dass derzeit noch keine Erfahrungen dazu vorliegen, wie sich dieses Instrument in der Versorgung auswirken wird. Deshalb begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich, dass die Ausgestaltung des Paragraphen klar den Erprobungscharakter betont, etwa indem die Ver-

träge befristet werden. Positiv wird auch die verpflichtende Evaluation der Verträge gewertet, die in den Rahmenvorgaben, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbaren soll, einheitlich vorgegeben wird. Da abzusehen ist, dass von diesen Rahmenvorgaben eine erhebliche Wirkung auf die Ausgestaltung der einzelnen Verträge und damit auf die Versorgung ausgehen wird, schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband vor, den Patientenorganisationen nach § 140f SGB V ein Mitberatungsrecht (ebenso wie bei der ersatzweisen Festlegung der Vereinbarung durch eine Schiedsstelle oder das Bundesgesundheitsministerium) einzuräumen.

§ 136a

In diesem Paragraphen werden verschiedene Bereiche genannt, für die der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien zur Qualitätssicherung erlassen soll. Prinzipiell wird diese Vorgehensweise vom Verbraucherzentrale Bundesverband sehr begrüßt. Im Detail möchte der Verbraucherzentrale Bundesverband folgende Änderungen vorschlagen:

- Absatz 2 – Personalausstattung in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung: Derzeit macht die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) detaillierte, wenn auch veraltete Vorgaben über die Ausstattung von Abteilungen/stationären Einrichtungen mit Personal. Im Rahmen der öffentlichen Diskussion um das pauschalierte Entgeltsystems in diesem Bereich und der Erarbeitung eines korrespondierenden Qualitätssicherungsverfahrens ist der Verbraucherzentrale Bundesverband zu dem Eindruck gelangt, dass schon jetzt diese Vorgaben nicht nachdrücklich umgesetzt werden. Derzeit beschäftigt sich eine Arbeitsgruppe im Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Entwicklung von Personalvorgaben. Die Patientenvertretung verfolgt das Ziel, verbindliche Mindestvorgaben und nicht nur Empfehlungen zu erreichen, die dann auch in Zukunft von den Einrichtungen wieder nach Belieben unterschritten werden können. Vor diesem Hintergrund bittet der Verbraucherzentrale Bundesverband dringend darum, in Satz eins nach dem Wort „Empfehlungen“ die Worte „und Mindestvorgaben“ zu ergänzen, da andernfalls absehbar ist, dass die Gemeinsame Selbstverwaltung keinesfalls zu einem Ergebnis kommen wird, das im Interesse der betroffenen Patienten liegt.
- Absatz 4 – Qualitätssicherung der Zahnmedizin: Seit dem Jahr 2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, auch Qualitätssicherungsmaßnahmen im Bereich der Zahnmedizin zu beschließen. Bis heute liegt keine Richtlinie vor. Das einzige, derzeit in Entwicklung befindliche Verfahren beschäftigt sich mit einem Thema, das höchstens als Randbereich der Zahnmedizin einzuordnen ist, nämlich der Verord-

nung von Antibiotika durch Zahnärzte. Hintergrund ist, dass die Gemeinsame Selbstverwaltung davon ausgeht, dass nur solche Leistungen der Qualitätssicherung offenstehen, die vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Dies schließt Füllungen und Zahnersatz komplett aus, da hier häufig oder sogar regelhaft Zuzahlungen zum Festbetrag von den Patienten geleistet werden müssen. Der Gesetzentwurf nennt nun explizit Füllungen und Zahnersatz als Themen von Qualitätssicherungsverfahren, was der Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich begrüßt. Es wird aber dringend angeregt, entweder im Gesetzestext oder der Begründung deutlich zu machen, dass auch Leistungen einbezogen werden können, die nur teilweise von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden. Außerdem sollte eine Frist für den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgeben werden (z.B. Verabschiedung einer Richtlinie zu Zahnersatz oder Füllungen bis 31.12.2018).

- Entlassmanagement: Über verschiedene Gesetzgebungsinitiativen der letzten Jahre hinweg wurde immer wieder im § 39 SGB V klargestellt, dass der Gesetzgeber ein zuverlässiges Entlassmanagement aus der stationären Versorgung als Krankenhausleistung wünscht. Auch das Versorgungsstärkungsgesetz nimmt weitere Änderungen im Interesse der Patienten vor, da aus einem unzureichenden Entlassmanagement weitreichende Risiken für Patienten resultieren. Für die Krankenhäuser bedeutet ein zuverlässiges und patientenorientiertes Entlassmanagement zusätzlichen Aufwand, der sich nicht in abrechnungsfähigen Leistungen niederschlägt. Problematisch ist und bleibt aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbands das hohe Maß an Varianz und Intransparenz in diesem Bereich, denn es gibt keine Informationen darüber, welches Krankenhaus die Aufgabe verantwortungsvoll erfüllt und welches Haus hier Personal einspart. Deshalb hat die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2012 den Antrag gestellt, ein Qualitätssicherungsverfahren zum Entlassmanagement zu entwickeln. Die ersten Ergebnisse werden 2015 vom Institut nach § 137a vorgestellt. Da aber bereits zahlreiche derartige Ausarbeitungen des Instituts vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht in Qualitätssicherungsverfahren umgesetzt wurden und ein solches Vorgehen auch in diesem Fall wahrscheinlich erscheint, bittet der Verbraucherzentrale Bundesverband darum, diesen Paragraphen um einen Absatz 5 zum Entlassmanagement zu ergänzen.

§ 136b

Die Mindestmengenregelung wurde bereits unter § 8 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgegriffen. Wie bereits ausgeführt waren die entsprechenden

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Gegenstand intensiver gerichtlicher Auseinandersetzungen bis zum Bundessozialgericht, weil in der ursprünglichen Gesetzesregelung die Formulierung stand, dass für die aufgegriffenen Leistungen die Qualität „in besonderem Maße“ von der Leistungsmenge abhängig sein müsse. In Absatz 1 Nummer 2 wird diese Formulierung gestrichen, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, rechtssichere und durchsetzbare Mindestmengen in der Versorgung zu etablieren. Positiv hervorzuheben ist die Klarstellung in Absatz 4, die vorsieht, dass Krankenhäuser, die die Mindestmenge nicht erreichen, von Leistungserbringung und -abrechnung ausgeschlossen sind.

Derzeit befinden sich noch immer zahlreiche Leistungserbringer in der Versorgung, die die festgelegten Mindestmengen nicht erreichen. Zu beachten ist auch die Regelung in Absatz 5, dass Krankenhausplanungsbehörden die Anwendung dieses Leistungs- und Vergütungsausschlusses auf einzelne Leistungen und Krankenhäuser aufheben können, wenn das aus Sicherstellungsgründen erforderlich ist. Der Verbraucherzentrale Bundesverband empfiehlt, diese Regelung mit einer verpflichtenden Evaluation der Mindestmengenregelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu verknüpfen. Dadurch würde transparent, wenn die Richtlinien nicht sachgerecht sind und ob Ausnahmen der Planungsbehörden über das Patienteninteresse hinaus ausgedehnt werden.

Weiter finden sich in diesem Paragraphen Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat mit großer Zustimmung die Absicht zur Kenntnis genommen, dass die Qualitätsberichte verständlicher und nutzbringender für Verbraucher gestaltet werden sollen. Der in Absatz 6 vorgesehene spezielle Informationsteil für Patienten in allgemein verständlicher Sprache und mit den vorgeschlagenen Inhalten ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die verständliche Sprache bezieht sich dabei wohl auf die von den Krankenhäusern auf ihrer Internetseite zu veröffentlichenden Berichte in der sogenannten pdf-Version, die zwischenzeitlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss aus Kostengründen nicht mehr verpflichtend vorgegeben ist und deren Wiedereinführung vom Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt wird. In Ergänzung zu den gemachten Vorgaben hat der Verbraucherzentrale Bundesverband folgende Anregungen:

- Zahlreiche Angaben im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sind reine Selbstangaben. Den Verbraucherzentrale Bundesverband erreichen immer wieder Berichte, nach denen einzelne Krankenhäuser z.B. die Zahl der Abteilungen oder die Fallzahl größer erscheinen lassen als sie sind. Sollten dem Medizinischen Dienst im Rahmen seiner Überprüfungen Tatsachen bekannt werden, die vermuten lassen, dass Angaben im Qualitätsbericht eines Krankenhauses nicht den Tatsachen entsprechen, sollte er verpflichtet und ermächtigt werden, diese Information

sowohl an die Aufsichtsbehörden der Länder als auch an den Gemeinsamen Bundesausschuss weiterzugeben. Letzterer sollte ein Verfahren zum Umgang mit derartigen Informationen entwickeln. Sinnvoll wäre auch, dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei entsprechenden Hinweisen die Möglichkeit zu geben, den medizinischen Dienst mit einer entsprechenden Prüfung zu beauftragen. Auch sollte der Gemeinsame Bundesausschuss das Recht erhalten, stichprobenhafte Überprüfungen auch ohne entsprechende Hinweise beauftragen zu können.

- Neben der Veröffentlichung der einzelnen Qualitätsberichte in der pdf-Form ist für Verbraucher besonders der Vergleich der Krankenhäuser für die Entscheidungsfindung wichtig. Hier sollte in Absatz 7 klargestellt werden, dass sich die Veröffentlichungspflicht für den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Krankenkassen auch auf vergleichende Darstellung in entsprechenden datenbankgestützten Anwendungen bezieht. Außerdem sollte zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass auch Dritte (z.B. Patientenorganisationen, Presse) die Daten der Qualitätsberichte in maschinenlesbarer Form für die Information der Öffentlichkeit erhalten können.
- In der Vergangenheit hat sich ein besonderes Problem mit der Vergleichbarkeit der Krankenhäuser untereinander und der Beobachtung von Veränderungen im Zeitablauf herausgestellt. Die Krankenhäuser benutzen Bezeichnungen für Fachabteilungen, die nicht standardisiert und damit untereinander nicht vergleichbar sind. Darüber hinaus kam es zu Inkonsistenzen bei der Definition von Standorten, die auch damit zusammenhängen, dass kein eindeutiges und im Zeitverlauf stabiles Identifikationsmerkmal für Krankenhausstandorte vorgeschrieben ist. Die aktuelle Regelung, dass Krankenhäuser, die keinen Qualitätsbericht einsenden, mit Sanktionen zu rechnen haben, scheitert derzeit noch daran, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss keine Angaben der Landeskrankenhausplanungsbehörden vorliegen, welche Krankenhäuser es in Deutschland mit welchen Fachabteilungen gibt. Der Verbraucherzentrale Bundesverband schlägt hier vor, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landeskrankenhausplanungsbehörden einzurichten, die auf eine Vereinheitlichung der Bezeichnungen und Verfahrensweisen in den Ländern hinwirkt und darüber hinaus die Landeskrankenhausplanungsbehörden berechtigt und verpflichtet, Informationen zu zugelassenen Krankenhäusern und Fachabteilungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln. (Diese Vorschrift dürfte auch die Umsetzung von § 136c (neu) wesentlich erleichtern.)

Positiv hervorheben möchte der Verbraucherzentrale Bundesverband die Regelung in Absatz 9, die vorsieht, dass zu den festgelegten Qualitätsindikatoren für Zu- und Abschläge der Vergütung möglichst aktuelle Datenübermittlungen

vorzusehen sind. Derzeit sehen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vor, dass Angaben zu Leistungen, die in einem Jahr erbracht werden, bis Ende Februar des Folgejahres zu dokumentieren sind, mithin mit einem Zeitverzug von zwei bis 14 Monaten. Das hat Auswirkungen auf die Dokumentationsqualität und bewirkt zudem, dass Informationen über schlechte Qualität derzeit erst zweieinhalb Jahre nach Beginn des betreffenden Jahres die Öffentlichkeit erreichen. Die quartalsweise Dokumentation im Zusammenspiel mit der zeitlichen Verkürzung des strukturierten Dialogs (vgl. § 136c Abs. 2 (neu)), die nun gefordert wird, ist aus Patientensicht daher sehr zu begrüßen.

§ 136 c

Die fachlichen Festlegungen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Zusammenhang mit der Notfallversorgung und der Sicherstellung der Versorgung gefordert werden, begrüßt der Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich. Bisher war die Krankenhausplanung dadurch geprägt, dass keine einheitliche, an Patientenbedürfnissen orientierte und mit fundierten fachlichen Erkenntnissen begründete Definition vorlag, welche Versorgung zu erreichen ist, wo Unterversorgung beginnt (vgl. pädiatrische Abteilungen, Notfallversorgung) und wo Kapazitäten nicht zwingend notwendig sind. Diese Definition wird nun gefordert und kann dazu dienen, einheitliche Lebensverhältnisse zu schaffen und Fehlentwicklungen entgegenzuwirken.

§ 136 d

Eine vergleichbare Vorschrift existiert bereits heute im SGB V, wurde aber bisher nicht umgesetzt. Deshalb schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband vor, im letzten Satz zu ergänzen, dass diese Berichte spätestens alle 3 Jahre zu erstellen sind.

§ 137

Nach vielen Jahren Patientenvertretung beim GBA, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung, hat der Verbraucherzentrale Bundesverband den Eindruck, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung in Deutschland noch immer wenige Auswirkungen auf die Entscheidungsprozesse in Krankenhäusern haben. Strukturvorgaben werden teilweise übergangen, ohne dass daraus Konsequenzen resultieren und auch Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung werden von den Akteuren auf Bundes- und Landesebene mit sehr unterschiedlichem Nachdruck ermittelt und verfolgt, wenn es überhaupt dazu kommt. Selbst patientengefährdende Vorgehensweisen bleiben weitgehend folgenlos. Vor diesem Hintergrund werden die Regelungen des geplanten § 137 vom Verbraucherzentrale Bundesverband ausdrücklich begrüßt

Neben den Kontrollen nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband zusätzlich vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss auch Aufträge an den Medizinischen Dienst erteilen kann, die Einhaltung seiner Richtlinien stichprobenhaft auch ohne Vorliegen von Anhaltspunkten zu überprüfen. Eine derartige anlasslose Überprüfung ist derzeit im Rahmen der Datenvalidierung für die Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung für mindestens drei Verfahren jährlich üblich.

Anmerken möchte der Verbraucherzentrale noch, dass auch die Konsequenzen aus der ambulanten Qualitätssicherung nach § 135b Abs. 2 (neu) bzw. den Paragraphen 135 Abs. 2 (alt) und 136 Abs. 2 (alt) vereinheitlicht und konsequenter gestaltet werden sollten.

§ 299

Der Gesetzgeber hat im § 137a (alt) bereits klar zum Ausdruck gebracht, dass er sich Patientenbefragungen als weitere Datenquelle in der Qualitätssicherung wünscht. Auch der vorliegende Gesetzesentwurf weist auf die Bedeutung von Patientenbefragungen hin. Diese Auffassung teilen die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss und der Verbraucherzentrale Bundesverband, die sich seit Jahren für die Umsetzung von Patientenbefragungen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung einsetzen. Wichtige Aspekte der Patientenversorgung wie z.B. verständliche Aufklärung, angemessene Entscheidungsbeteiligung, Schmerz- und Entlassmanagement oder die Erzielung patientenrelevanter Behandlungsergebnisse lassen sich nur unter Einbezug methodisch hochwertiger Patientenbefragungen in die Qualitätssicherung zuverlässig erfassen. Trotz dieser methodischen Argumente und der Aufnahme von Patientenbefragungen in § 137a SGB V (alt) gibt es nach wie vor Zweifel bei Akteuren im Gemeinsamen Bundesausschuss, ob die datenschutzrechtliche Erlaubnis für Leistungserbringer und Krankenkassen gegeben ist, die Adressen ihrer Patienten für Anschreiben zur Umsetzung von Patientenbefragungen entweder selbst zu verwenden oder an eine Versendestelle zu übermitteln, die eine neutrale und kostengünstige Durchführung der Stichprobenziehung und Versendung der Schreiben ermöglicht. Deshalb bittet der Verbraucherzentrale Bundesverband um eine entsprechende Klarstellung im § 299.