



Das Krankenhausstrukturgesetz

Hochwertige Patientenversorgung sichern

Demografischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt stellen Krankenhäuser vor neue Herausforderungen. Das Bundeskabinett hat deshalb eine Krankenhausreform beschlossen. Grundlage dieses „Krankenhausstrukturgesetzes“ war ein Eckpunktepapier einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Grundsatz der Reform, die 2016 in Kraft tritt, ist: Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, sicher und gut erreichbar sein. „Patienten müssen sich auf eine gute Versorgung im Krankenhaus verlassen können“, sagt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Dafür werden die Krankenhäuser unter anderem mehr Geld für Pflegepersonal am Krankenbett erhalten. „Denn gute Versorgung und Pflege können nur gelingen, wenn Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Pfleger nicht dauerhaft überlastet sind“, so Gröhe. Qualität medizinischer Leistungen wird schon bei der Krankenhausplanung eine wichtigere Rolle spielen. Das Gesetz sorgt zudem für ein qualitätsorientiertes und zielgerichtetes System der Krankenhausfinanzierung. Schließlich hilft ein Strukturfonds den Ländern bei notwendigen Umstrukturierungen.

Warum überhaupt eine Krankenhausreform?

Die Gesellschaft verändert sich:

- Die Deutschen leben immer länger. Weil Patientinnen und Patienten im Alter oft komplexe Krankheitsbilder aufweisen und häufiger in Krankenhäusern versorgt werden, wandeln sich die Anforderungen an die stationäre Versorgung.
- Immer weniger Menschen leben auf dem Land, gleichzeitig steigt dort der Altersdurchschnitt. Die Reform ist deshalb darauf ausgerichtet, bundesweit eine gut erreichbare und hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen.

Medizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten verändern sich: Dank moderner Behandlungsmöglichkeiten und aufwändiger Medizintechnik sind immer mehr

und schwerere Erkrankungen heilbar. Für behandelnde Ärzte bedeutet das: Sie müssen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen und spezialisiert und erfahren genug sein, um eine hohe Qualität zu gewährleisten.

Wie wird sichergestellt, dass es überall gute Krankenhäuser gibt?

Nach einem Unfall oder Herzinfarkt kann eine schnelle, gute und direkte Versorgung über Leben und Tod entscheiden. Krankenhäuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, wegen geringer Auslastung aber nicht kostendeckend arbeiten können, werden mit Sicherstellungszuschlägen gestützt. Gleichzeitig gilt: Bei planbaren, komplizierten Eingriffen mit modernsten Methoden sind Spezialisierungen gefragt. Daher sollen bestimmte Behandlungen nur in Einrichtungen durchgeführt werden, die dazu nachweislich qualifiziert sind: Erfahrung ist hier wichtiger als räumliche Nähe.

Welche Rolle spielen Qualitätskriterien für die Versorgung?

Das Gesetz sieht eine deutlich stärkere Qualitätsorientierung der Versorgung vor. So sollen Qualitätsindikatoren künftig schon bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Solche Indikatoren zur Bewertung der Versorgungsqualität können sich auf Strukturen beziehen, auf Abläufe oder auf die Qualität der Behandlungsergebnisse. Wenn eine Einrichtung dauerhaft unzureichende Behandlungsqualität zeigt, muss sie mit planungsrechtlichen Konsequenzen rechnen. Qualitätszu- und -abschläge für besonders gute oder schlechte Versorgung sollen finanzielle Anreize zur Qualitätsverbesserung setzen.

Wie wird die Qualität kontrolliert?

Die Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser sind schon jetzt verbindlich. Neu wird sein: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann künftig unangemeldet Kontrollen durchführen, wenn er Anhaltspunkte dafür hat, dass ein Krankenhaus Qualitätsvorgaben nicht beachtet. In diesem Fall müssen entsprechende Maßnahmen

zur Förderung der Qualität ergriffen werden. Verbessert sich die Qualität nicht, sind Sanktionen möglich; diese reichen von Vergütungsabschlägen bis zum Ausschluss der Leistungserbringung.

Welche Anreize gibt es für gute Leistungen?

Zu- und Abschläge sollen finanzielle Anreize für dauerhaft gute Leistungen setzen. Das Prinzip ist einfach: Erbringt ein Haus hochwertige Leistungen oder übernimmt besondere Aufgaben wie die Beratung oder Dokumentation bei seltenen Erkrankungen, erhält es einen Zuschlag. Qualitätsmängel müssen zum Schutz der Patientinnen und Patienten schnellstmöglich beseitigt werden. Tritt innerhalb eines Jahres keine Besserung ein, wird die Vergütung gekürzt. Darüber hinaus können Krankenkassen mit Krankenhäusern Qualitätsverträge mit besonderen Anreizen für spezielle Qualitätsstandards abschließen.

Sind Ärzte erfahren genug für komplizierte Eingriffe?

Größere Erfahrung bedeutet in der Regel höhere Qualität – besonders bei komplexen Leistungen. Daher müssen Ärzte, die etwa Frühgeborene versorgen oder künstliche Kniegelenke einsetzen, eine Mindestanzahl an Behandlungen nachweisen.

Hierzu müssen Krankenhäuser, die Behandlungen anbieten, für die Mindestmengen festgelegt sind, künftig jedes Jahr eine Prognose der geforderten Leistungsmenge für das Folgejahr abgeben. Die Prognose wird mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgestimmt. Erbringt ein Krankenhaus eine Leistung, ohne die festgelegte Mindestmenge zu erreichen, wird die Behandlung von der Kasse nicht vergütet.

Wie verhindert man unnötige Operationen?

Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass nur medizinisch notwendige Behandlungen durchgeführt werden. Um wirtschaftliche Fehlanreize zu verhindern, sieht das Gesetz Schutzmaßnahmen vor: Es greift zum Beispiel dann ein, wenn ein Krankenhaus überdurchschnittlich viel operiert oder Bonusregelungen in Chefarztverträgen zu vermeidbaren Behandlungen verleiten.

Bereits im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind neue Regelungen zum Recht auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung enthalten. Bei bestimmten mengenabhängigen, planbaren Eingriffen müssen Ärzte die Patienten künftig auf dieses Recht hinweisen und Informationen über geeignete Erbringer der Zweitmeinung bereitstellen. Die Anforderungen an die Qualifikation des Zweitmeinungsarztes und an die Abgabe der Zweitmeinung werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.

Einnahmen und Ausgaben

Für alle Kostenträger (wie Bund, Länder, Krankenversicherungen) entstehen Mehrausgaben von rund 600 Mio. Euro im Jahr 2016. In den Folgejahren bis 2020 werden die Ausgaben Schritt für Schritt auf rund 1,7 Mrd. Euro steigen.

Gleichzeitig werden durch strukturelle Änderungen wie Qualitätssicherungsmaßnahmen Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe erwartet.

In den Jahren 2016 bis 2018 sollen Fördermittel von bis zu 660 Mio. Euro eine bessere Pflege am Bett garantieren. Ab 2019 stehen dafür dauerhaft 330 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung. Voraussichtlich werden deshalb auch rd. 6.350 neue Stellen für die Pflege am Bett geschaffen.

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet. Dafür wird ein Finanzierungsvolumen von bis zu 1 Milliarde Euro aufgewendet. Die Hälfte davon kommt von den Ländern, die andere Hälfte wird mit Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Verteilt wird das Geld nach dem Königsteiner Schlüssel, der sich aus der Anzahl der Einwohner und dem Steueraufkommen des Landes berechnet. Die Fördergelder erhalten die Krankenhäuser nicht anstelle, sondern zusätzlich zur notwendigen Investitionsförderung.

Wie werden Umstrukturierungen gefördert?

Die Länder werden bei wichtigen Umstrukturierungen unterstützt. Welche Vorhaben dabei im Einzelnen gefördert werden, entscheiden die Länder im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden.

Werden Notfallkliniken und Zentren besser finanziert?

Um die Spitzenmedizin weiter zu stärken, können Unikliniken und andere Krankenhäuser, die besondere Leistungen erbringen, mit mehr Geld rechnen. Neben der Honorierung von guter Qualität können sie Zuschläge bei besonderen Aufgaben erhalten. Zudem werden Krankenhäuser, die wesentlich zur Notfallversorgung beitragen, künftig besser gestellt.

Wo finde ich Patienteninformationen zur jeweiligen Versorgungsqualität?

Umfassende Informationen zur Versorgungsqualität enthält der Qualitätsbericht des Krankenhauses. Für Patientinnen und Patienten besonders wichtige Angaben werden künftig in einem gesonderten Berichtsteil zusammengefasst. Der Qualitätsbericht ist auf Portalen der Kassenverbände und künftig verpflichtend auch auf der Internetseite der jeweiligen Klinik zu veröffentlichen.

Impressum: Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 11055 Berlin **Druck:** Hausdruckerei des BMAS, Bonn **1. Auflage:** Stand Juli 2015 **Bestell-Nr.:** BMG-V-10022

Kostenlose Bestellung weiterer Publikationen

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de **Telefon:** 0 30 / 18 272 272 1 **Fax:** 0 30 / 18 10272 2721 **Schriftlich:** Publikationsversand der Bundesregierung, Postfach 48 10 09, 18132 Rostock

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.