



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

Stellungnahme

**zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)**

Berlin, 12. Mai 2015

CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Jedes dritte deutsche Krankenhaus wird in konfessioneller Trägerschaft geführt. Etwa 265.000 Beschäftigte versorgen im Jahr über sechs Millionen Patienten, jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Bernadette Rümmelin, Geschäftsführerin KKVD

Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

KONTAKTADRESSE

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.

Invalidenstraße 29 | 10115 Berlin

Telefon +49 (30) 801986-0, Fax +49 (30) 801986-22

Mail: info@dekv.de, Web: www.dekv.de

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD)

Haus der Deutschen Caritas | Reinhardtstraße 13 | 10117 Berlin

Telefon +49 (0)30/28444-730, Fax +49 (0)30/28444-733

Mail: kkvd@caritas.de, Web: www.kkvd.de

FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD) vertreten rund 600 Krankenhäuser. Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

Vorwort

Allgemeine Vorbemerkungen zum Referentenentwurf

Die beiden konfessionellen Krankenhausverbände, der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. K(KVD) nehmen als Christliche Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) gemeinsam Stellung zum vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG).

Einleitend gibt der vorliegende Entwurf als allumfassende Zielvorgabe die Sicherstellung einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung (auch noch) in der Zukunft vor. Die zur Zielerreichung im Entwurf gesetzlich definierten Regelungen und Maßnahmen lassen sich in der Essenz auf eine kurze und einfache Formel zusammenfassen: Mehr Qualität durch weniger Krankenhäuser und weniger Leistungen!? Aus Sicht der christlichen Krankenhäuser in Deutschland wird diese Rechnung allerdings für viele Patienten nicht aufgehen.

Diese Reform führt zu einer erheblich verschärften Situation in der Versorgungslandschaft in Deutschland - insbesondere in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung. Die allgemeine Tendenz des vorgesehenen Gesetzes, nämlich einschränkend und kapazitätsbegrenzend zu wirken, reduziert tendenziell das Leistungsspektrum gerade dieser Krankenhäuser. Hieraus resultiert eine Verminderung ihrer Attraktivität für Patienten und Fachkräfte. Angesichts der demografischen Entwicklung und des bereits bestehenden Fachkräftemangels gerade im ländlichen Raum sind hier dramatische Verschlechterungen der Krankenhausversorgung zu befürchten. Das Krankenhaus als wichtiger Infrastrukturfaktor wird an vielen Standorten in Zukunft verloren gehen. Die akutstationäre Versorgung gerade der alternden Bevölkerung in vielen Flächenlandkreisen in Deutschland wird dadurch lückenhaft. Eine Entwicklung, die die älteren Menschen in diesen Regionen in ihrer Lebensqualität nachhaltig benachteiligen wird.

Insgesamt betrachtet reagiert der Referentenentwurf zu wenig auf die Veränderungen des demografischen Wandels und blendet damit eine der wichtigsten Herausforderungen der zukünftigen Krankenhausversorgung aus. Um den Demografie-Effekten zum Beispiel im Bereich der Betriebskostenfinanzierung Rechnung zu tragen, setzen sich die CKiD für die Einführung einer Freigrenze in Höhe von 1 % ein, bis zu der Mehrleistungen abschlagsfrei bleiben sollen. Dadurch kann sichergestellt werden, dass Leistungssteigerungen infolge von medizinisch-technischen Innovationen oder demografisch bedingten Effekten regulär finanziert werden.

Der Referentenentwurf transportiert Forderungen nach einheitlichen, hohen Qualitätsstandards in der medizinischen Leistungserbringung und der Entlastung des ärztlichen und pflegerischen Personals. Diese sind notwendig geworden, da in den meisten Kliniken notwendige Investitionen in bauliche Maßnahmen, die Grundlage für optimierte Betriebsabläufe sind, nicht realisiert werden konnten und können. Umso abwegiger ist es, dass der vorliegende

Referentenentwurf keine Regelungen zum Abbau des dramatischen Investitionsstaus und damit zum Erhalt der Substanz der Krankenhäuser enthält. Ein nachhaltiges Konzept zur Ausstattung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln, wozu die Bundesländer per se gesetzlich verpflichtet sind, fehlt im Referentenentwurf leider völlig.

Einzig ein Strukturfonds zur Umwandlung und zum Abbau von stationären Behandlungskapazitäten, z.B. zugunsten von Hospizen und Pflegeheimen, wird eingerichtet. Zweck dieses mit 500 Mio. Euro ausgestatteten Strukturfonds, welche von den Ländern allerdings nur in Anspruch genommen werden können, wenn sie Mittel in gleicher Höhe beisteuern, ist die Verbesserung von Versorgungsstrukturen und die Förderung des Abbaus von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in „nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen“ – also die Schließung und nicht der Erhalt von Abteilungen und Krankenhäusern.

Im Bereich der Betriebskostenfinanzierung wartet der Entwurf mit einer Vielzahl von neuen, sich zum Teil überlagernder Abschlagsregelungen auf der Orts- und Landesebene auf. Erwartungsgemäß sind gewisse Instrumentarien zur „Mengensteuerung“ vom Gesetzgeber erwünscht. Die Vielfalt der jetzt vorgesehenen Instrumente, die im Grunde leistungsbezogene Restriktionen darstellen – wie Zweitmeinung, Mindestmengen, Katalogpreisabstaffelung, Fortbestehen der 65 %-igen Mehrerlösausgleichsregelung, Fixkostendegressionsabschlag etc. – führt jedoch zu einer deutlichen Überregulierung. Die konkreten Auswirkungen dieser im Einzelfall sich verstärkenden oder aber gegenseitig aufhebenden Instrumente sind selbst für Fachleute kaum einschätzbar. Die zielgerichtete Steuerung eines Krankenhauses wird dadurch fast unmöglich gemacht.

Aufgrund dieser Regelungen sind ab 2016 einschneidende Erlösminderungen zu erwarten. Fast 40 % der deutschen Kliniken schreiben aber durch die jahrelange Unterfinanzierung der Investitionskosten bereits heute rote Zahlen. Die gesetzlichen Maßnahmen zur stringenten Leistungsmengenregulierung werden noch mehr Kliniken in ein unausgeglichenes Betriebsergebnis führen. Verstärkt wird diese Entwicklung noch durch die ersatzlose Streichung des Versorgungszuschlages in Höhe von 0,8 % ab 2017. Was der Krankenhausvergütung ein Finanzierungsvolumen von rund 500 Millionen Euro pro Jahr entzieht.

Die sich verschärfende wirtschaftliche Schieflage vieler Kliniken wird Leistungseinschränkungen für die Patienten nach sich ziehen. Eine ähnliche Entwicklung wie in vielen Arztpraxen wird sich auch in der Krankenhausversorgung vollziehen: Hat das Krankenhaus die Mittel seines verhandelten Budgets ausgeschöpft, erhält es für jeden weiteren Patienten nur noch einen Bruchteil der Behandlungskosten. Elektive Behandlungen werden dann vor allem am Jahresende aufgeschoben. Patienten werden demnach mit Wartezeiten rechnen müssen, weil Termine erst wieder im neuen Jahr vergeben werden.

Im Zusammenhang mit der Qualitätsdebatte ist anzunehmen, dass hier beachtet werden muss, was bei der Einführung der DRG-Systematik versäumt wurde, nämlich die Überprüfung, welche negativen Anreizmechanismen von den Definitionen der Qualitätskriterien ausgehen könnten, um die Gefahr einer möglichen Risikoselektion auszuschließen. Einzelne Krankenhäuser werden, um Defizite zu vermeiden, zunehmend versuchen, Patienten zu

meiden, bei denen aufgrund des Alters und der möglichen Komplikationen die Behandlungskosten besonders hoch sind. Jüngere, risikoarme Patienten werden bevorzugt aufgenommen. Dieser Mechanismus wird für ältere und chronisch kranke Menschen zu einer Verschlechterung im Zugang zur Krankenhausbehandlung und in der Versorgungsqualität führen. Auch die geplante Verlagerung und Konzentration von Leistungen auf nachweislich qualitativ besonders gute Krankenhäuser, die von der Politik nachdrücklich eingefordert wird, wird durch die vorgesehenen Abschlagsregelungen vollständig blockiert.

Generell verstärkt sich der Eindruck, dass durch den Referentenentwurf die seit Jahren bestehende Tendenz zur politischen Kompetenzverlagerung bzw. „Entscheidungs-Anonymisierung“ in der Krankenhausversorgung fortgeschrieben wird. Die zunehmende Bedeutung des Gemeinsamen Bundesausschusses sorgt dafür, dass der Einfluss der Länder in der Versorgungsgestaltung zurückgedrängt wird. Wesentliche Elemente der Krankenhausplanung werden zukünftig vom Gemeinsamen Bundesausschuss determiniert. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach der Reichweite der Regelungskompetenz eines solchen Gremiums, das immer mehr quasi gesetzgeberische Funktion übernimmt.

Im Rahmen der Investitionsfinanzierung geschieht dies ebenfalls schleichend. Nicht nur, dass seit Jahrzehnten zu wenig Fördermittel zur Verfügung stehen und nicht erkennbar ist, dass hier mit Entschiedenheit Abhilfe geschaffen werden muss. Auch die Verteilung der zu geringen Investitionsmittel erfolgt zunehmend nach pauschalierenden Grundsätzen, zukünftig dann über „anonyme“ Investitionsbewertungsrelationen.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich Gesetzgeber und Politik zunehmend aus der aktiven Gestaltung von Krankenhausstrukturen zurückziehen.

Diese kurz skizzierten durch den Referentenentwurf zu erwartenden Veränderungen in der Krankenhausversorgung veranlassen die christlichen Krankenhäuser in Deutschland vor allem in Bezug auf die negativen Auswirkungen für die Versorgungssituation der Patienten, zu einer äußerst kritischen Bewertung des vorliegenden Referentenentwurfs.

Nachfolgend nehmen wir zu ausgewählten Regelungen und einzelnen Paragraphen des Referentenentwurfes Stellung. Im Übrigen verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die wir in ihren Inhalten voll umfänglich unterstützen. Der Deutsche Caritasverband und die Diakonie Deutschland unterstützen diese Stellungnahme in grundsätzlichen Aussagen.

Hauptteil

Zu ausgewählten Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 1, Nr. 1 –Änderung von § 1 Abs. 1 KHG

i. V. m. Artikel 4, Nr. 7 a) – Änderung von § 109 Absatz 2 SGB V

Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung

Der Gesetzeszweck soll um die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung erweitert werden.

Die CKiD begrüßen diese ausdrückliche Klarstellung, die eigentlich selbstverständlich sein sollte. Daher wird die Hervorhebung des Faktors „Qualität“ in den Strukturen der Krankenhausversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung – auch unter Beachtung bei Entscheidungen zur Aufnahme bzw. Herausnahme von Krankenhäusern in bzw. aus dem Krankenhausplan – mitgetragen. Die konfessionellen Krankenhäuser haben in der Vergangenheit ganz erhebliche Anstrengungen zur Weiterentwicklung einer umfassenden Qualität in ihrer Arbeit geleistet und können diesbezüglich auf bundesweit vorbildhafte Projekte verweisen (z. B. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser – QKK e.V.).

Sowohl die Gesetzgebung wie die Krankenhausplanung der Länder werden sich nun aber daran messen lassen müssen, ob bzw. inwieweit sie diese Zielsetzung und normierende Ausrichtung ernst nehmen. Qualität und Patientenorientierung – die selbst ein entscheidendes Qualitätsmerkmal ist – haben ihren Preis. Fiskalische und Kostengesichtspunkte, die insbesondere die Gesetzgebung der vergangenen Jahre immer wieder dominiert haben – „Kostendämpfung“ ist der cantus firmus der „Krankenhausreformen“ der letzten beiden Jahrzehnte – werden dadurch relativiert. Sie müssen künftig vor diesen Zielen verantwortet und mit ihnen in Einklang gebracht werden.

Was eine „qualitativ hochwertige“ Krankenhausversorgung ist, wird in einem transparenten, öffentlichen Diskurs aller Beteiligten erörtert und vereinbart werden müssen. Dabei ist vorhanden, in einzelnen Aspekten durchaus unterschiedlichen Qualitätsverständnissen, die sich unterschiedlichen Werteorientierungen verdanken, Rechnung zu tragen. Solche unterschiedlichen Qualitätsverständnisse sind zum Beispiel für die verschiedenen Trägergruppen der Krankenhausversorgung charakteristisch. Die kirchlichen Krankenhäuser stehen für ein umfassendes Verständnis von Heilung, das den Menschen in seinen physischen, psychischen, spirituell-religiösen und sozialen Bezügen im Blick hat. Die personale Zuwendung ist dabei prägend für den Behandlungsprozess. Ein reduziertes Qualitätsverständnis, das nur von quantifizierbaren Messwerten abgeleitet wird, ist an dieser Stelle deplatziert.

Zu Artikel 1, Nr. 2 –Änderung von § 6 KHG, neuer Absatz 1a
i. V. m. Artikel 4, Nr. 7 b) – Änderung von § 109 Absatz 3 SGB V

Relevanz von Qualitätsanforderungen für die Krankenhausplanung

Die Länder können die Geltung vom Gemeinsamen Bundesausschuss empfohlener planungsrelevanter Qualitätsindikatoren durch Landesrecht einschränken und weitere Qualitätsanforderungen für die Krankenhausplanung vorgeben.

Aus Sicht der CKiD ist diese Regelung nachvollziehbar, da sie den Ländern als Verantwortliche für die Landeskrankenhausplanung, die Möglichkeit einräumt, die Qualitätsanforderungen, die an die Leistungserbringung gestellt werden, an die realen Versorgungsstrukturen in der Region anzupassen.

Allerdings eröffnet diese Regelung ein Dilemma in Bezug auf die Deutungshoheit der Qualitätsdefinitionen. Denn sie erlaubt es den Ländern grundsätzlich, sich über Empfehlungen zu Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hinwegzusetzen. So plausibel die dafür im Einzelfall geltend gemachten Gründe sein mögen, wird dadurch der gewählte Ansatz, eine flächendeckend qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung zu gewährleisten, relativiert. Entweder beschreiben die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine zu gewährleistende Mindestqualität, dann ist – sowohl sachlich als auch gegenüber Bürgern und Patienten – nicht begründbar, warum davon abgewichen werden sollte. Oder die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen lediglich eine Orientierungshilfe dar, die regional beliebig angepasst werden kann.

Für die Leistungs- und Kostenträger, und vor allem für die Patienten, ist es im Rahmen der öffentlichen Qualitätsdebatte wichtig zu wissen, welche Qualität versprochen und gewährleistet und entsprechend auch finanziert werden soll. Wenn eine höhere Qualität gewährleistet werden soll, müssen dafür auch die notwendigen Mittel bereitgestellt werden – sowohl durch die Länder für die Investitionen als auch durch die Kostenträger für die Betriebskosten.

Zu Artikel 1, Nr. 3 a) – Änderung von § 8 KHG, neue Absätze 1a bis 1 c

Erfüllung von Qualitätsanforderungen als Voraussetzung für die Berücksichtigung im Krankenhausplan

Krankenhäuser, die ganz oder teilweise die planungsrelevanten Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, dürfen insoweit nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Krankenhäuser, die anhaltend unzureichende Qualität aufweisen, sind ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen.

Die Regelung ist im Sinne der beabsichtigten verbindlichen Qualitätsorientierung konsequent. Voraussetzung für ihre Umsetzung ist jedoch die rechtssichere Definition von validen

Qualitätsindikatoren, die für eine solch weitreichende Entscheidung juristisch belastbar sein müssen.

Zu Artikel 1, Nr. 3 b) – Änderung von § 8 Absatz 2 KHG

Erfüllung von Qualitätsanforderungen und Trägervielfalt

Die Beachtung der Trägervielfalt bei krankenhauplanerischen Entscheidungen setzt voraus, dass die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

Die Regelung ist im Sinne einer verbindlichen Qualitätsorientierung konsequent. Die christlichen Krankenhäuser wissen sich aus ihrem Selbstverständnis heraus einer hohen Qualität in der Patientenversorgung verpflichtet. Hier ist die Beachtung trägerspezifischer Qualitätsverständnisse bei der Beurteilung der erbrachten Leistungsqualität erforderlich (s. o. zu Art. 1, Nr. 1). Die Wahrnehmung von sozialer und unternehmerischer Verantwortung sowie die gemeinwohlorientierte Leistungserbringung im Gesundheitswesen sind Grundpfeiler des Qualitätsverständnisses der christlichen Krankenhausträger. Ebenso wie die Überzeugung, dass Renditen aus solidarisch finanzierten Mitteln vollständig im Versorgungssystem verbleiben müssen, um zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung eingesetzt zu werden.

Zu Artikel 1, Nr. 4 – Änderung von § 10

Investitionspauschalen

Die Förderung von Investitionen soll auch durch leistungsorientierte Investitionspauschalen erfolgen können. Die Kalkulation der Investitionsbewertungspauschalen soll auf Basis der Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen.

Die Regelung ist grundsätzlich sinnvoll. Gleichwohl bleibt offen, wie die Repräsentativität der Auswahl gewährleistet werden soll. Das betrifft sowohl die Kriterien, welche Auswahl als repräsentativ gelten darf, als auch die Umsetzung. Wie soll die Teilnahme als repräsentativ identifizierter Krankenhäuser an der Kalkulation bewirkt werden? Ob Bewertungsrelationen und davon abgeleitete Vergütungen für verbindlich erklärt werden können, die auf Basis einer Kalkulationsauswahl ermittelt werden, deren Repräsentativität rechtlich in Frage gestellt werden kann, muss bezweifelt werden. Dagegen könnten Krankenhäuser Rechtsmittel einlegen.

Entscheidend ist nicht, wie Investitionen gefördert werden, sondern dass sie gefördert werden und dass sie im nach § 1 KHG erforderlichen Maß gefördert werden! Davon abgesehen ermöglicht die Regelung auch in Zukunft die Förderung von Einzelmaßnahmen, die notwendig sein können.

Strukturfonds

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Mio. € errichtet. Vornehmlicher Zweck soll die Förderung des Abbaus von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen sein. Voraussetzung der Inanspruchnahme von Mitteln aus dem Fonds ist, dass die Länder Mittel in gleicher Höhe beisteuern und für Investitionen der Krankenhäuser Mittel mindestens in Höhe der durchschnittlichen Förderung der letzten drei Jahre zur Verfügung stellen.

Der Referentenentwurf sieht keine Lösung des – von allen Beteiligten anerkannten – fundamentalen Problems der unzureichenden Investitionsförderung durch die Länder vor. Der stattdessen neu einzurichtende Strukturfonds stellt lediglich Mittel zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft zur Verfügung. Wobei der zweckentsprechende Einsatz dieser Mittel zur Reduzierung und Konzentration von Krankenhäusern führen soll und so dazu beitragen soll, dass die vorhandenen Mittel auf weniger Kliniken verteilt werden können. Die heute schon bestehende Finanzierungslücke von jährlich 3 Mrd. € bei den Investitionsmitteln wird dadurch allerdings bei weitem nicht geschlossen. Eine – vermutlich nur geringfügige - Verbesserung der Finanzierungssituation der verbleibenden Krankenhäuser wird sich zudem erst mit Verzögerung ergeben. Im Blick auf die völlig unzureichende Investitionsfinanzierung mit ihren verhängnisvollen Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Beschäftigten und die Qualität der Patientenversorgung ist diese Maßnahme lediglich als Tropfen auf einen heißen Stein zu beurteilen.

Dessen ungeachtet macht der Fonds Sinn, denn eine Veränderung der Versorgungsstrukturen, einschließlich der Konzentration, Schließung und Umwidmung von Klinikstandorten, liegt durchaus im Interesse von Krankenhausträgern, lässt sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen angesichts der damit verbundenen Kosten aber nicht finanzieren.

Die mit dem Fonds verbundene Zielsetzung, die Länder zu einem stärkeren verbindlichen Engagement für die Investitionsförderung zu veranlassen, wird verwässert, wenn die vom Land aufzubringenden Mittel gemäß Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 in Teilen auch wieder von den Trägern der zu fördernden Einrichtungen aufgebracht werden können.

Die CKiD begrüßen es, dass künftig auch der Ausbau von Strukturen der Palliativversorgung in Kliniken aus Mitteln des Strukturfonds gefördert werden kann.

Zusätzlich sollten auch Mittel für Investitionen in weitere Bereiche, etwa die IT-Infrastruktur der Krankenhäuser, zur Verfügung gestellt werden können.

Zu Artikel 1, Nr. 7 – Änderung von §17 b KHG

Zu Artikel 1, Nr. 7 a) - Absatz 1 neu, Satz 5

i. V. m. Artikel 2, Nr. 9 – Änderung von § 9 KHEntgG, neuer Absatz 1 c

Vergütungsabschläge bei wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen

Die Bewertungsrelationen für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, sind gezielt abzusenken oder gestaffelt vorzugeben.

Die CKiD lehnen diese Regelung ab und verwahren sich gegen die darin zum Ausdruck kommende generelle Unterstellung, in allen Kliniken würden wirtschaftliche Gesichtspunkte das Wohl der Patienten in den Hintergrund treten lassen.

Die Rede von Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, ist Ausdruck eines tiefen Misstrauens gegen die Krankenhäuser und die darin tätigen Menschen generell. Dadurch geht auf Seiten der Klinikträger und -mitarbeiter das Vertrauen in die gesundheitspolitisch Verantwortlichen verloren. Einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern wird damit die Basis entzogen. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird empfindlich gestört. Patienten müssen von vorneherein davon ausgehen, dass bestimmte Leistungen nicht zu ihrem Wohl, sondern nur zum wirtschaftlichen Wohl der Klinik erbracht werden.

Der Gesetzgeber muss sich in diesem Zusammenhang fragen lassen, inwieweit die den Kliniken seit Jahren zugemutete Unterfinanzierung, insbesondere die unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder, dazu beiträgt, dass Kliniken möglichst viele Leistungen erbringen. Nötig wäre es, die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung zu verändern und andere Anreize zu setzen.

Möglicherweise ist das DRG-System aber gar nicht geeignet, entsprechende Anreize zu vermeiden, wie sich nach nun mehr als zehnjähriger Erfahrung damit zeigt. Im Gegenteil bestätigt sich, worauf Kritiker des geltenden Vergütungssystems, auch die christlichen Krankenhausverbände, von Anfang an hingewiesen haben, dass das DRG-System unter den realen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems problematische wirtschaftliche Anreize setzt.

Zu Artikel 1, Nr. 7 a) - Absatz 1 neu, Satz 6

Übervergütung von Sachkostenanteilen

Die Übervergütung von Sachkostenanteilen soll vermieden werden.

Bei der beanstandeten potenziellen Übervergütung von Sachkosten handelt es sich um eine dem System inhärente Struktur und prinzipiell nicht auszuschließende „Nebenwirkung“, die durch die Kalkulation auf Basis von Daten aus der Vergangenheit begründet ist.

Die Regelung zielt letztlich darauf ab, eine sach-, d. h. aufwandsgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen sicherzustellen. Das hätte das DRG-System seinem Anspruch nach selbstverständlich von Anfang an und im Laufe der Jahre immer besser gewährleisten sollen. Wenn es nach Meinung des Gesetzgebers diesem Anspruch nicht gerecht geworden ist, sollte das zum Anlass genommen werden, die Geeignetheit des Systems grundsätzlich zu überprüfen.

Diese Regelung hebt die grundsätzliche Systematik des DRG-Systems als in sich geschlossenes pauschalierendes Finanzierungssystem aus. Die Äquivalenzziffernrechnung als Herzstück des DRG-Systems zielt nicht auf Einzelkostenbetrachtungen ab, da es zum Wesen eines pauschalierenden Systems gehört, dass es auf der Ebene von Durchschnittsbetrachtungen immer zu Unter- und Übervergütung an manchen Stellen kommt, die sich im Endergebnis ausgleichen.

Es kann nicht angehen, dass hier einseitig auf etwaige Sachkostenverringerungen spezifische Abschläge definiert werden und Mittel aus dem System gezogen werden, ohne ein Äquivalent bei Kostenuntervergütungen zu schaffen, wie zum Beispiel im gleichen Zug Zuschläge für den Ausgleich der Tarifscherenproblematik zu definieren. Übervergütungen werden damit sanktioniert, ohne Untervergütungen im Personalkostenbereich äquivalent zu regeln!

Die Regelung kann wie die gesamte Neufassung von § 17 b Abs. 1 als Beispiel dafür genommen werden, dass bestimmte, im Laufe der Jahre zutage getretene Risiken und Nebenwirkungen des DRG-Systems ausgeschlossen werden sollen. Hier wird aber nur an Symptomen kuriert, die Wurzel bleibt unbehandelt.

Zu Artikel 1, Nr. 7 a) - Absatz 1 a neu, Nr. 5

Befristete Zuschläge zur Finanzierung von Kosten aufgrund von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Ziffer 5 sind im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung nur konsequent und unverzichtbar. Näheres dazu s. u. zu Artikel 2, Nr. 5 b)

Zu Artikel 1, Nr. 7 a) - Absatz 1 a neu, Nr. 6

Sicherstellungszuschläge

Zuschläge für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gemäß Ziffer 6 sind ebenfalls Ausdruck der Unzulänglichkeit des DRG-Vergütungssystems, dessen pauschalierte Vergütungen den konkreten Kostenstrukturen vor Ort eben nicht gerecht werden. Die auskömmliche Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser ist im Rahmen des Regelfinanzierungssystems sicherzustellen.

len, dabei sollen Sicherstellungszuschläge die Ausnahme darstellen. Eine eindeutige Kriterien-Definition dafür ist an den regionalen Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsstrukturen fest zu machen und daher nicht pauschal auf Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen.

Entsprechende Zuschläge dürfen allerdings nicht davon abhängig abgemacht werden, dass ein für die Versorgung der Bevölkerung gemäß der Krankenhausplanung eines Landes bedarfsnotwendiges Krankenhaus insgesamt mit den DRG-Vergütungen nicht wirtschaftlich betrieben werden kann. Vielmehr sind sie auch dann begründet und erforderlich, wenn einzelne im Krankenhausplan ausgewiesene Abteilungen oder Leistungsbereiche nicht wirtschaftlich betrieben werden können.

Zu Artikel 1, Nr. 7 b) – Änderung von § 17 b Absatz 3 KHG

Repräsentative Kalkulation der Fallpauschalen

Die Kalkulation der Bewertungspauschalen soll auf Basis der Daten einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen. Dazu soll ein praktikables Konzept entwickelt werden, das auch die Verpflichtung bestimmter Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation vorsieht.

Die mangelnde Repräsentativität der Kalkulationsauswahl ist in der Vergangenheit immer schon kritisiert worden und für eine Reihe von Schwächen der DRG-Vergütungen verantwortlich. Als rechtlich hoch problematisch ist jedoch der gewählte Ansatz zu beurteilen, die Repräsentativität herzustellen. Eine verpflichtende Teilnahme einzelner Krankenhäuser ist nach Überzeugung der CKiD nur durch eine klare gesetzliche Regelung, nicht aber durch eine Vereinbarung der Träger des InEK zu Lasten Dritter herbeizuführen. Wie schon oben zu Nr. 4 b) ausgeführt, dürften auf Basis einer künftig nicht rechtssicher als repräsentativ festgestellten Kalkulationsauswahl ermittelte Vergütungen keine Rechtsverbindlichkeit beanspruchen.

Aufgrund der erheblichen Anforderungen an ein Kalkulationshaus kann eine Teilnahme grundsätzlich nur auf freiwilliger Basis erfolgen und muss entsprechend honoriert werden. Möglicherweise müssten über eine attraktive Vergütung hinaus weitere Anreize zur Teilnahme gesetzt werden.

Zu Artikel 1, Nr. 9 – Änderung von §17 d Absatz 1KHG

Repräsentative Kalkulation der pauschalierenden PEPP-Entgelte

Die Kalkulation der Bewertungspauschalen für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen soll auf Basis der Daten einer repräsentativen Auswahl von Einrichtungen erfolgen.

Die Ausführungen zu Nr. 4 b) und Nr. 7 gelten entsprechend.

Zu Artikel 2 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 2, Nr. 4 b) Doppelbuchstabe aa): - Änderung von § 4 Abs. 2 a Satz 8 KHEntgG

Wegfall des Versorgungszuschlags von 0,8 % ab dem Jahr 2017

Der Versorgungszuschlag von 0,8 % entfällt mit der Neuregelung des Mehrleistungsabschlags ab dem Jahr 2017.

Der sogenannte Versorgungszuschlag sollte die im Rahmen der bisherigen Mehrleistungsabschlagsregelung auftretenden Auswirkungen der doppelten Degression, insbesondere der Absenkung des Landesbasisfallwerts, für Krankenhäuser, die gar keine Leistungsmengeteigerungen zu verzeichnen hatten, aber für ihre Leistungen künftig geringere Vergütungen erzielen würden, kompensieren. Im Zuge seiner praktischen Umsetzung wurden dem System insgesamt einmalig rund 500 Mio. € zugeführt, die unspezifisch allen Kliniken zu Gute gekommen sind. Auf diese Weise wurde ein aus den Mehrleistungsabschlägen resultierender Betrag in gleicher Höhe nicht abgeschöpft, sondern stand weiterhin zur Vergütung zur Verfügung.

Der Gesetzgeber hat damit auch auf die anerkannte Unterfinanzierung der Kliniken durch deutlich über der Veränderungsrate liegende Tariflohnsteigerungen, Haftpflichtprämien und andere Kostenentwicklungen reagiert. Es besteht aus unserer Sicht überhaupt kein Grund, diese Mittel dem System nun wieder zu entziehen, da die bei der seinerzeitigen Einführung des Zuschlags bestehende Unterfinanzierung insbesondere der Personalkosten und weiterer Bereiche unverändert fortbesteht.

Zu Artikel 2, Nr. 4 b) und c): § 4 Abs. 2a und 2b KHEntgG
i. V. m. Artikel 2, Nr. 10 j) – Änderung von § 10 Absatz 13 KHEntgG

Ablösung des Mehrleistungsabschlags durch einen Fixkostendegressionsabschlag

Für zusätzlich vereinbarte Mehrleistungen wird ein über fünf Jahre zu erhebender Fixkostendegressionsabschlag vereinbart, der nur auf Ortsebene zur Anwendung kommt. Hier ist für einzelne Leistungen auch ein höherer oder länger zu erhebender Abschlag zu vereinbaren.

Die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Einrichtungsebene ist eine von den CKiD positiv bewertete Regelung, da sie, verbunden mit dem Verzicht auf die Berücksichtigung der absenkenden Wirkung beim Landesbasisfallwert, die Forderung der Krankenhäuser zur Abschaffung der „doppelten Degression“ umsetzt.

Festgehalten wird an Vergütungsabschlägen für zusätzlich vereinbarte Leistungen. Diese können mit Kostenvorteilen aufgrund von bei steigenden Leistungen zunächst konstant bleibenden Fixkosten begründet werden. Zu kritisieren ist jedoch die grundsätzlich vorgesehene Abschlagsdauer von fünf Jahren. Dies entspricht nicht der Realität, insbesondere der Geschwindigkeit des medizinischen Fortschritts. Eine Begrenzung auf drei Jahre wäre hier sachgerechter. Bei Begrenzung eines entsprechenden Abschlags auf bis zu drei Jahre dürfte auch

die bisher fehlende Berücksichtigung der mit steigenden Leistungen in Intervallen ansteigenden sprungfixen Kosten hinnehmbar sein. Sie trägt auch wesentlich zu einer praktikableren Umsetzung im Rahmen der Budgetverhandlungen bei, unter anderem können dann auch Katalogeffekte, die keine Leistungsveränderungen darstellen, sachgerecht berücksichtigt werden. Leistungssteigerungen infolge von medizinisch-technischen Innovationen oder demografisch bedingten Effekten müssen zukünftig regulär finanziert werden. Dazu ist eine Freigrenze in Höhe von 1 % einzuführen, bis zu der Mehrleistungen abschlagsfrei bleiben.

Insoweit sind die Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag noch einmal neu zu fassen. Auf eine zusätzliche örtlich zu vereinbarende Absenkung ist zu verzichten. Der damit verbundene bürokratische Aufwand wäre unverhältnismäßig.

Krankenhäusern wird mit dem DRG-System von Anfang an zugemutet, dass Kostensteigerungen systembedingt erst mit zweijähriger Verzögerung in den kalkulierten Vergütungen ihren Niederschlag finden. In gleicher Weise führen jedoch auch Kostenvorteile systembedingt nach zwei Jahren zu entsprechend niedriger kalkulierten Vergütungen. Es wäre nur fair und sachgerecht, entsprechende systembedingte Kostenvor- und -nachteile hinzunehmen, die sich im Ergebnis ohnehin weitgehend neutralisieren dürften.

Zu Artikel 2, Nr. 4 h) – Änderung von § 4 KHEntgG, neuer Absatz 8

Pflegeförderprogramm

Für die Jahre 2016-2018 können den Krankenhäusern zusätzliche Mittel zur Finanzierung zusätzlichen Pflegepersonals auf bettenführenden Stationen, aber nicht auf Intensivstationen, zur Verfügung gestellt werden. 10 % der förderfähigen Kosten sind vom Krankenhaus selbst zu tragen. Die zweckgebundene Verwendung der Mittel ist nachzuweisen. Eine Expertenkommission soll bis Ende 2017 einen Vorschlag erarbeiten, wie die auf diese Weise zur Verfügung gestellten Mittel dauerhaft der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung zugutekommen können.

Die Umsetzung eines zweiten Pflegeförderprogramms nach 2009 verdankt sich der Einsicht, dass die Personalbesetzung im pflegerischen Bereich weiterhin als zu niedrig und entsprechend die Arbeitsbelastung des in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Pflegepersonals zu hoch ist. Das Ziel der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung verpflichtet an erster Stelle dazu, für die in dieser Perspektive notwendige ausreichende personelle Ausstattung der Kliniken zu sorgen.

Die personelle Misere der Pflege in den deutschen Krankenhäusern ist allerdings eine vorhersehbare – und damit vom Gesetzgeber billigend in Kauf genommene – Folge der strukturellen Unterfinanzierung der Kliniken, nicht zuletzt infolge der unzureichenden Investitionsfinanzierung. Diese zwingt dazu, die Mittel für Investitionen aus den für die Finanzierung der Betriebskosten gezahlten Vergütungen zu erwirtschaften. Das geht bekanntermaßen und seit Jahren wesentlich zu Lasten des Personals, vor allem in der Pflege.

Solange dieser Schaden nicht geheilt wird, vermag auch ein gut gemeintes und notwendiges Pflegeförderungsprogramm wie das vorgesehene keine nachhaltige Besserung der Situation zu bewirken. Vielmehr wird eine anhaltende Unterfinanzierung die positiven Effekte des Pflegeförderprogramms binnen kurzem wieder aufzehren. Das gilt auch, wenn eine bessere Lösung als beim ersten Programm gefunden wird, die für die Pflege zur Verfügung gestellten Mittel nachhaltig für die unmittelbare Patientenversorgung einzusetzen, weil bzw. wenn der Druck, Kosten zu reduzieren, unvermindert anhält.

Für eine spürbare Verbesserung der Situation in der Pflege ist das Fördervolumen allerdings viel zu gering bemessen. Im Durchschnitt können mit den vorgesehenen Mitteln pro Krankenhaus nur 2 Zusätzliche Stellen in der Pflege finanziert werden. Die wie schon beim ersten Programm 2009 vorgesehene Eigenbeteiligung von 10 % erhöht den auf den Kliniken lastenden Einspardruck zusätzlich und kann nur als kontraproduktiv beurteilt werden. Wenigstens darauf sollte verzichtet werden.

Unbegründet ist für die CKiD auch der explizite Ausschluss der Förderung der Personalausstattung auf Intensivstationen aus dem Förderprogramm. Auch hier ist eine enorme Arbeitsverdichtung und -belastung für das Pflegepersonal zu beobachten. Die Zahl intensivpflichtiger Patienten wird durch Demografie und medizinischen Fortschritt bedingt weiter zunehmen. Deshalb sollte diese Einschränkung zurückgenommen werden.

Zu Artikel 2, Nr. 5 b) – Änderung von § 5 Absatz 2 KHEntgG

Sicherstellungszuschläge

Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, können Sicherstellungszuschläge vereinbart werden. Voraussetzung für eine solche Vereinbarung ist, dass das betreffende Krankenhaus für das der Vereinbarung vorangehende Kalenderjahr ein Defizit in der Bilanz ausweist.

Zur Änderung gemäß Artikel 1 Nr. 7 wurde oben bereits ausgeführt, dass die Notwendigkeit der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sich aus der Struktur der Vergütung im Rahmen des DRG-Systems unausweichlich ergibt, weil die pauschalierten Vergütungen den Kostenstrukturen in unterdurchschnittlich in Anspruch genommenen sowie unterdurchschnittlich großen Kliniken eben nicht gerecht werden und nicht gerecht werden können.

Allerdings ist eine Klinik, die in einzelnen für die Versorgung der Bevölkerung in der gebotenen hohen Qualität vorzuhaltenden Leistungsbereichen mit den DRG-Vergütungen erwießenermaßen und in einem ein zumutbares Maß übersteigenden Umfang nicht kostendeckend arbeiten kann, gegenüber Kliniken, die insgesamt mit den DRG-Vergütungen auskommen, benachteiligt, wenn sie die in diesen Bereichen entstehenden überdurchschnittlichen Defizite durch Überschüsse aus den anderen Bereichen ausgleichen muss, ehe sie einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann. Gerade unter den Rahmenbedingungen der gegenwärtigen

Unterfinanzierung der Investitionskosten kann sie die in anderen Leistungsbereichen ggfs. erwirtschafteten Überschüsse nicht zur Kompensation dieses Mangels einsetzen.

Insofern sollten Sicherstellungszuschläge auch dann vereinbart werden können, wenn die Leistungserbringung in einzelnen Leistungsbereichen zu einem durch die entsprechenden Vorhaltekosten begründeten, ein bestimmtes Maß überschreitenden Defizit führen. Es kann nicht im Interesse des Gesetzgebers liegen, entsprechende Kliniken zu einer unternehmerischen Strategie zu nötigen, durch möglichst viel „Gewinn bringende“ andere Leistungsbereiche entsprechende Defizite zu kompensieren.

Sicherstellungszuschläge sind erforderlich, weil die DRG-Vergütungen den örtlichen Kostenstrukturen unterdurchschnittlich in Anspruch genommener, bedarfsnotwendiger Krankenhäuser grundsätzlich nicht angemessen Rechnung trägt. Im Blick auf die unzureichende Investitionsfinanzierung und die generell angespannte Personalsituation aller Krankenhäuser sollten gerade Sicherstellungszuschläge nicht absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden (vgl. Artikel 2, Nr. 10 b), Änderung von § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG).

Zu Artikel 2, Nr. 5 d) – von § 5 KHEntgG, neue Absätze 3 a bis 3 c

Zu § 5 Absatz 3 a KHEntgG

i. V. m. Artikel 1, Nr. 7 a) – zu § 17 b Absatz 1 a neu, Nr. 3 KHG

Qualitätszu- und –abschläge

Für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität können Qualitätszu- oder –abschläge vereinbart werden. Diese werden nur für die betreffenden Leistungen erhoben. Die Abschläge sind zu zahlen, wenn die zugrundeliegenden Mängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt worden sind. Bestehen sie weiter fort, sind sie in doppelter Höhe zu erheben.

Die CKiD sind immer dafür eingetreten, dass Qualität sich lohnen soll. Es liegt in der Sachlogik, dass anhaltend unzureichende Qualität dann sanktioniert werden sollte. Solchen Überlegungen trägt die vorgesehene Regelung durchaus Rechnung. Allerdings sprechen sich die unterschiedlichsten Akteure, darunter Kostenträger, Leistungserbringer und Fachgesellschaften, gegen Qualitätszu- und –abschläge in der vorgesehenen Form aus.

Wenn unzureichende Qualität finanziell sanktioniert und herausragende Qualität finanziell honoriert werden soll, sind dafür allgemeine Zu- oder Abschläge vorzusehen. Es ist weder Öffentlichkeit, Beschäftigten noch Patienten zu vermitteln, dass aktuell erbrachte einzelne Leistungen mit Zu- oder Abschlägen vergütet werden, die durch besonders gute oder schlechte Qualität in der Vergangenheit begründet sind. Im Übrigen befördern Qualitätszu- oder -abschläge möglicherweise die Konzentration auf nur einzelne Leistungen und Leistungsbereiche und tragen nicht unbedingt zur Verstärkung der Qualitätsorientierung in allen Leistungsbereichen bei.

Zu § 5 Absatz 3 c KHEntgG

Befristete Zuschläge zur Finanzierung von Kosten aufgrund von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Für Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind befristete Zuschläge zu vereinbaren, bis die entsprechenden Kosten in der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte berücksichtigt werden.

Mit dieser Regelung wird einer seit langem von den Krankenhäusern erhobenen Forderung endlich sachgemäß entsprochen. Befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Ziffer 5 sind im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und patientenorientierten Versorgung nur konsequent und unverzichtbar. - Durch eine entsprechende Erhöhung des Landesbasisfallwerts nach Berücksichtigung der einschlägigen Kosten im Rahmen der Kalkulation des InEK ist sicherzustellen, dass die in Höhe der vereinbarten Zuschläge zur Verfügung gestellten Mittel bleibend dem Vergütungsvolumen zugeführt werden.

Zu Artikel 2, Nr. 10 b) Doppelbuchstabe bb) – Änderung von § 10 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG

Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts sind bei der absenkenden Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere die Produktivitätsentwicklung, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, einzubeziehen.

Die CKiD lehnen die Vermehrung der bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend zu berücksichtigender Faktoren, speziell die Produktivitätsentwicklung und das Verlagerungspotential in den ambulanten Bereich, ab. Dies widerspricht in äußerstem Maße der Logik des leistungsbezogenen Entgeltsystems, in dem der Landesbasisfallwert als Preisindikator dient. Über den Landesbasisfallwert wird kein Gesamtbudget gesteuert. Die budgetverringende Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen zieht bei ca. 60 % Personalkosten in den Krankenhäusern am Ende einen Abbau von Personalkapazitäten nach sich.

Grundsätzlich darf die bereits bestehende Unterfinanzierung nicht noch weiter verschärft werden. Das steht im krassen Widerspruch zum Ziel einer qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung und geht erneut zu Lasten der Beschäftigten.

Im Blick auf die Produktivitätsentwicklung handelt es sich zudem um eine völlig unbestimmte, ausschließlich zu schätzende Größe, die letztlich willkürlich vom Vorsitzenden einer Schiedsstelle festgelegt werden kann. Zudem geht die hier vorgesehene Bezugnahme auf prospektiv zu schätzende Größen ausschließlich zu Lasten der Krankenhäuser. Demgegenüber wird eine prospektive Schätzung der Kostenentwicklungen weiterhin kategorisch nicht in Betracht gezogen und stattdessen sowohl beim Veränderungswert als auch beim Orientierungswert nur retrospektiv auf Kosten- und Erlösentwicklungen Bezug genommen.

Zu Artikel 3 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 3, Nr. 8 – § 18 Absatz 2 BPflV

Nachweis der Stellenbesetzung und Rückzahlungsverpflichtung von Psych-PV-Mitteln

Mit einer Erweiterung des Verweises auf die Bundespflegesatzverordnung in der alten Fassung wird die Nachweispflicht und Rückzahlungsverpflichtung der Budgetmittel für Psych-PV-Stellen von den nach § 6 Absatz 4 (alte Fassung) nachverhandelten Stellen auf alle regulär nach § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 verhandelten Psych-PV-Stellen ausgeweitet.

Laut Begründung soll die Erweiterung der Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtung auf alle regulären Psych-PV-Stellen lediglich einer Klarstellung dienen. In der praktischen Umsetzung führt dies jedoch zu einem massiven Eingriff in die Budgetverhandlungen der psychiatrischen Einrichtungen vor Ort. Es ist allgemein bekannt, dass die vereinbarten Budgets das Ergebnis eines über viele Jahre geführten Verhandlungsprozesses zwischen Krankenhaus und Krankenkassen darstellen. Die in der Form der LKA angepassten durchschnittlichen Personalkosten haben zu keinem Zeitpunkt zu einer Ausfinanzierung der regulären Psych-PV-Stellen geführt. Daher ist diese Regelung ersatzlos zu streichen.

Bei Einführung einer solchen Regelung ist im Gegenzug gesetzlich zu definieren, dass die Kostenträger die tatsächlich angefallenen Brutto-Arbeitgeberkosten, das heißt auch die die Veränderungsrate übersteigenden Tarifsteigerungen, zu refinanzieren haben. Hilfsweise kann hier auch die finanzielle Umsetzung des medizinisch-leistungsgerechten Budgets festgelegt werden.

Zu Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 4, Nr. 9 – neuer § 110 a SGB V

Qualitätsverträge

Die Krankenkassen sollen zu vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu bestimmenden – zunächst 4 - Leistungen oder Leistungsbereichen Qualitätsverträge schließen können, die dem Ziel dienen zu erproben, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen, erreichen lässt.

Die CKiD erkennen in den Qualitätsverträgen kein geeignetes Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung. Vielmehr kann vermutet werden, dass vor allem die Umsetzbarkeit einer vorgeblich „qualitätsorientierten“ Vergütung erprobt werden soll, was im Ergebnis zu einer Absenkung des Vergütungsvolumens für die entsprechenden Leistungen führen würde.

Zu Artikel 4, Nr. 14 – neue §§ 135 b bis 137 SGB V

Zu Artikel 4, Nr. 14 – § 136 b neu Absatz 1 Nr. 5 SGB V

Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.

Qualitätsziele und geeignete Qualitätsindikatoren sind für die Sicherstellung und Steuerung einer qualitativ hochwertigen Versorgung unverzichtbar. Sie haben für die konkrete Gestaltung der Versorgung und für die Zulassung von Leistungserbringern zur Versorgung unmittelbare Relevanz. Sie sind dabei abhängig von dem zugrunde liegenden Verständnis von Qualität. Dieses aber ist abhängig von den grundlegenden Normen und Werten, nach denen Menschen ihr Handeln ausrichten.

Das für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung maßgebliche Qualitätsverständnis muss den in der Gesellschaft lebendigen Werteorientierungen Raum geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss bietet in seiner unter ausschließlich nach fachlichen und korporatistischen Gesichtspunkten bestimmten Zusammensetzung nicht die Gewähr, den gesellschaftlich relevanten Werteorientierungen gerecht zu werden. Er benötigt deshalb politische Vorgaben zu Qualitätszielen und zum Qualitätsverständnis, die einen Rahmen abstecken, innerhalb dessen dann abgeleitete Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren definiert werden können.

Die für solch existentielle Entscheidungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zugrunde gelegten Qualitätsindikatoren müssen hohen Anforderungen unterliegen. Zentral sind hierfür die Begriffe: Objektivität, Validität, Reliabilität, Relevanz.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Ermittlung bzw. die Definition entsprechender Qualitätsindikatoren sehr anspruchsvoll ist. Die Forderung nach methodisch einwandfreien

Qualitätsindikatoren ist umso wichtiger, als dass sie für existenziell relevante Entscheidungen für Kliniken (Aufnahme/Herausnahme Krankenhausplan) genutzt werden sollen. Schwerpunkt in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren sollte die Dimension der „Ergebnisqualität“ sein. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass gerade Indikatoren der „Strukturqualität“ häufig Anforderungen z. B. hinsichtlich vorzuhaltender Ressourcen formulieren, die in der Realität ,vor allem für Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung nur schwer erfüllt werden können. Eine „Abwärtsspirale“ ist zu befürchten, wenn in der Folge Leistungskomplexe nicht mehr erbracht werden können und dadurch die Attraktivität eines Krankenhauses für Patienten, aber auch für Fachkräfte sinkt.

Die Ergebnisqualität darf dabei nicht nur die medizinische Ergebnisqualität umfassen. Auch sogenannte weiche Faktoren wie die personale Zuwendung zum Patienten sind wichtiger Bestandteil der Versorgungsqualität und müssen daher stärker im DRG-System berücksichtigt werden. Die Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität müssen unstrittig definiert, messbar, vergleichbar und frei von Ermessensspielräumen sein.

Vor diesem Hintergrund fordern die CKiD, dass die zu entwickelnden Qualitätsindikatoren sich an der Versorgungsstufe eines Krankenhauses orientieren (Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung). Das bewährte Prinzip der „gestuften Krankenhausversorgung“ (vgl. zum Beispiel § 6 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz) ist insoweit auch bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen, um eine Benachteiligung qualitativ guter Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang ist auf die Ausführungen zu Artikel 1, Nr. 1 zu verweisen.

Zu Artikel 4, Nr. 14 - § 136 b neu Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 3 bis 5 SGB V

Mindestmengen

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände.

Die CKiD nehmen diese Regelungen zum Anlass darauf hinzuweisen, dass wissenschaftliche Studien belegen, dass die Qualität von Leistungen auch wieder abnehmen kann, wenn sie in höheren Anzahlen erbracht werden.

Wenn für die Erlaubnis zur Erbringung entsprechender Leistungen ausschließlich auf Mindestmengen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses abgestellt wird, wird der Versorgungsrealität – und im Übrigen auch der vom Gesetzgeber beabsichtigten entsprechenden Umstrukturierung der Versorgungslandschaft – nicht genügend Rechnung getragen. In Verbundstrukturen erbringen z. B. an einem Standort des Verbundes angestellte Ärzte und Ärzteteams entsprechende Leistungen in genügend

hoher Anzahl an den unterschiedlichen Standorten des Verbundes. Die erforderlichen Mindestmengen werden aber nicht bei reinem Standortbezug erreicht. Daher ist hier eine Klarstellung zu formulieren, inwieweit die Mindestmengen „pro Arzt“ bzw. „pro Standort“ gelten sollen. Um Besonderheiten in den regionalen Versorgungsstrukturen bei einer Mindestmengenregelung mit abzubilden, müssen diese in enger Abstimmung mit den Planungsbehörden des Landes formuliert werden.

Unabhängig davon bleibt es bei den bekannten Vorbehalten gegen Mindestmengen, die tendenziell zu einer Einschränkung der wohnortnahen Versorgung führen werden.

Zu Artikel 4, Nr. 14 - § 136 b neu Absatz 4 SGB V

Ein Krankenhaus darf Leistungen, für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss Mindestmengen festgelegt worden sind, nur erbringen, wenn die berechtigte Erwartung besteht, dass die Mindestmenge im Vereinbarungsjahr auch erreicht wird. Dazu muss in der Regel im Vorjahr die Mindestmenge erreicht worden sein.

Es ist sicherzustellen, dass auch Krankenhäuser, die zuletzt die entsprechende Mindestmenge nicht erreicht bzw. die entsprechende Leistung gar nicht erbracht haben, die Leistung erbringen dürfen, wenn sie darlegen können, dass die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung in hoher Qualität gegeben sind und die Leistung mit großer Wahrscheinlichkeit in ausreichender Anzahl erbracht werden wird, z. B. in Folge eines Chefarztwechsels, eines entsprechenden neuen Versorgungsauftrags u. a.

Zu Artikel 4, Nr. 14 - § 136 b neu Absatz 6 und 7 SGB V

Qualitätsberichte und Qualitätsvergleiche

Die strukturierten Qualitätsberichte sollen nach Inhalt und Form patientenorientierter gestaltet werden und von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt für Qualitätsvergleiche zur Information von Vertragsärzten und Versicherten genutzt werden können.

Die CKiD befürworten die konkreten Vorgaben mit dem Ziel, durch die strukturierten Qualitätsberichte den Bürgerinnen und Bürgern relevante, verständliche und leicht zugängliche Informationen über die Qualität der Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen.

Ergebnisse von Patientenbefragungen sollten jedoch nicht nur dann in die Qualitätsberichte aufgenommen werden, „soweit sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst sind“, sondern grundsätzlich. Allerdings müssen die zugrundeliegenden Befragungen Kriterien erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss auf Empfehlung des Instituts nach § 137 a SGB V vorgibt, um insbesondere die allgemeine Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Der ausdrückliche Hinweis auf die Veröffentlichung von „Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Hauses“ gibt noch einmal Anlass daran zu erin-

nern, dass eine gute Personalausstattung als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung eine entsprechend auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser voraussetzt. Wer Qualität und den Nachweis von Qualität fordert und es in der Hand hat, den Krankenhäusern die Mittel zur Verfügung zu stellen, die sie benötigen, um dies geforderte Qualität auch zu erbringen, muss die Krankenhäuser auch entsprechend mit Mitteln ausstatten.

Zu Artikel 4, Nr. 14 - § 136 c neu Absatz 1 SGB V

Für die Krankenhausplanung relevante Qualitätsindikatoren

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind.

Hier ist auf die oben gemachten Ausführungen zu § 136 b Absatz 1 Nr. 5 SGB V zu verweisen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss benötigt Vorgaben des Gesetzgebers zu Qualitätszielen und zum Qualitätsverständnis, die einen Rahmen abstecken, innerhalb dessen dann Qualitätsindikatoren definiert werden können. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch das Institut nach § 137 a SGB V ist dafür Sorge zu tragen, dass den unterschiedlichen in der Gesellschaft vertretenen Werteorientierungen und Qualitätsverständnissen Rechnung getragen wird.

Zu Artikel 4, Nr. 14 - § 136 c neu Absatz 3 SGB V

Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt über die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen, insbesondere über Vorgaben zur Erreichbarkeit von Kliniken, zum Vorliegen eines geringen Versorgungsbedarfs und zu den Leistungen, für die eine notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

Mit entsprechenden Beschlüssen greift der Gemeinsame Bundesausschuss massiv in die konkrete Gestaltung der Krankenhausversorgung ein, für die die Länder die Verantwortung tragen. Eine eindeutige Kriteriendefinition dafür ist an den regionalen Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsstrukturen fest zu machen und daher nicht pauschal auf Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegen.

Entsprechende Vorgaben bedürfen nach Überzeugung der CKiD ebenfalls der Legitimation durch die gewählten Vertreter der Bürgerinnen und Bürger.

Beschlussfassung über ein gestuftes System der Notfallversorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt über ein gestuftes System von Strukturen der Notfallversorgung in Krankenhäusern.

Eine sachgerechte Vergütung der Vorhaltekosten für die Teilnahme an der Notfallversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Ob die im Ergebnis der Umsetzung der vorgesehenen Regelungen flächendeckende Neuorganisation der Notfallversorgung erforderlich ist und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führt, erschließt sich jedoch nicht. Wichtiger, als Krankenhäuser entsprechend ihrer Einstufung im System der Notfallversorgung zu vergüten, dürfte es sein, sie entsprechend ihrer Inanspruchnahme und der erbrachten Leistungen zu vergüten und dabei den Fokus auf die Finanzierung der dafür vorgehaltenen Personalkapazitäten, die in allen Notfallaufnahmen, gleich welcher Versorgungsstufe, bereit gehalten werden müssen, zu legen.

Ungelöst bleibt die Problematik der ambulanten Notfallversorgung. Die Krankenhäuser verzeichnen einen stetigen Anstieg der Zahl ambulanter Notfallbehandlungen. Die derzeitigen Vergütungsstrukturen entsprechen jedoch in keinsten Weise den dafür vorzuhaltenden und zu finanzierenden Strukturen. Mit dem im Februar 2015 vorgelegten Gutachten der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinärer Notfall- und Akutmedizin (DGINA) und der Management Consult Kestermann GmbH (MCK) wird wissenschaftlich fundiert ermittelt, dass bei ambulanten Notfällen Erlöse von durchschnittlich 32,00 Euro entstehen; dem stehen tatsächliche Fallkosten von durchschnittlich mindestens 120,00 Euro gegenüber. Bei mehr als 10 Millionen ambulanten Notfällen resultiert daraus ein Defizit von bundesweit rund 1 Milliarde Euro für die Krankenhäuser.

Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Die dramatische Ausweitung der Kontrollbefugnisse des MDK im Rahmen des § 275 a SGB V wird von den CKiD ausdrücklich abgelehnt. Die Ausweitung der MDK-Kontrollen über alle klinischen Prozesse hinweg, inklusive der Dokumentation, schafft keineswegs mehr Transparenz und bessere Qualität in der Patientenversorgung, sondern vor allem einen immensen, patientenfernen Bürokratieaufwand. Fraglich ist auch, ob diese Regelung die Kompetenzen der MDK-Ärzte nicht bei weitem übersteigt und die unangekündigten Kontrollbesuche weniger dem Patienteninteresse als vielmehr vermehrt Kasseninteressen dienen werden.

Diese Regelung ist aus Sicht der CKiD das Ergebnis einer jahrelangen Misstrauenskampagne, die in ungerechtfertigter Weise von Kassenseite gegen die Krankenhäuser geführt wird. Dieses Misstrauen hat nun Eingang in die Gesundheitspolitik gefunden, was sich an der Neudefinition dieses Paragraphen ablesen lässt. Ansonsten würden die politischen Entscheidungsträger, die auch für die Patienten und Mitarbeiter in unseren Krankenhäusern verantwortlich

zeichnen, wohl kaum einem solchen zusätzlichen Bürokratieschub zustimmen, der dazu führt, dass weitere Mittel des Systems von der Patientenversorgung in „unproduktive“ Bürokratiesysteme geleitet werden.

Die im Übrigen ja durchaus notwendige Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben muss aus unsrer Sicht zwingend einer dazu fachlich geeigneten unabhängigen Institution übertragen werden, die nicht einseitig den Interessen der Leistungserbringer oder der Kostenträger verpflichtet ist. Dazu muss nicht notwendig eine neue Behörde gegründet werden, sondern könnte auf die Kompetenzen, Erfahrungen und Kapazitäten geeigneter im Bereich Qualitätsmessung und -kontrolle bzw. Zertifizierung tätiger Organisationen und Institutionen zurückgegriffen werden. Als neutrale Prüfgremien besser geeignet wären z. B. auch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung.

Der MDK als auf Abrechnungskontrolle und Kostenersparnis für die Krankenkassen geeichte und deren wirtschaftlichen Interessen verpflichtete Institution kommt dafür nicht in Frage.