

Ja zur Krankenhausreform – aber nicht so!

CKiD nehmen Stellung zum Kabinettsentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes



Berlin, 01. Juli 2015

Die Verbände der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD), der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV) und der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (KKVD), beziehen Position zum Kabinettsentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes.

Wir unterstützen die erklärte Absicht, eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Krankenhausversorgung zu fördern und sicherzustellen. Der Gesetzentwurf erweckt jedoch zu Unrecht den Eindruck, als stünde es schlecht um die Qualität der deutschen Krankenhausversorgung. Deren auch im internationalen Vergleich anerkannte hohe Qualität wird vielmehr durch die Ergebnisse der verpflichtenden Teilnahme an der externen Qualitätssicherung regelmäßig eindrucksvoll bestätigt.

Der Gesetzentwurf verschärft die Probleme der Krankenhäuser, anstatt zu ihrer Lösung beizutragen. Er erhöht den auf die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten ausgeübten Druck durch neue Erlöskürzungen und bürokratische Anforderungen.

Damit die Krankenhäuser auch in Zukunft ihre hohe Qualität aufrechterhalten und weiter verbessern können, benötigen sie entsprechende Rahmenbedingungen, insbesondere die dafür erforderliche personelle und sächliche Ausstattung. Deren Sicherstellung müsste vorrangiges Ziel einer Krankenhausreform sein.

Sollte der Gesetzentwurf unverändert umgesetzt werden, sehen wir die Versorgungssicherheit gefährdet, Patienten und Mitarbeiter haben das Nachsehen, die Versorgungsqualität sinkt, die Arbeitsbedingungen in den Kliniken werden schlechter.

Wir sind uns mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft darin einig, dass dieser Gesetzentwurf das Vertrauen zwischen den Akteuren im Krankenhaus und den politisch Verantwortlichen zerstört. Ohne grundlegende Änderungen kann er keine Akzeptanz bei den Trägern der Krankenhäuser sowie den 1,2 Mio. in den Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ihren Organisationen finden.

Im Folgenden greifen wir sechs aus unserer Sicht besonders wichtige Aspekte und Regelungen des Gesetzentwurfs auf. Im Übrigen verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), die wir vollumfänglich mittragen.



Christliche Krankenhäuser
in Deutschland

Zukunftsweisend menschlich.

CHRISTLICHE KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND

Mit 155.000 Betten, 265.000 Beschäftigten, mehr als 5,3 Mio. stationär und über 8 Mio. ambulant versorgter Patientinnen und Patienten tragen die Krankenhäuser in christlicher Trägerschaft zu einem Drittel der Krankenhausversorgung in Deutschland bei. Jeder zweite Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein christliches Krankenhaus gebunden.

Die christlichen Krankenhäuser leisten im Rahmen der Sicherstellung der staatlichen Daseinsvorsorge einen unverzichtbaren Beitrag zur Krankenhausversorgung in Deutschland.

- Sie erfüllen die damit verbundenen Aufgaben gemeinwohlorientiert und gemeinnützig.
- Sie arbeiten effizient und investieren erwirtschaftete Überschüsse vollständig wieder in die Verbesserung der Versorgung.
- Sie erbringen eine hohe Versorgungsqualität, wie veröffentlichte Qualitätsdaten, Qualitätsvergleiche und Patientenbewertungen regelmäßig bestätigen.

Die christlichen Krankenhäuser stehen in Übereinstimmung mit den sie leitenden christlichen Werten für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung.

- Sie verstehen die Behandlung und Versorgung kranker Menschen als personale Interaktion und Beziehungsprozess, der gleichermaßen hohe fachliche wie auch menschliche bzw. Zuwendungskompetenz erfordert.
- Sie erbringen ihre Leistungen ressourcenschonend und wirtschaftlich.
- Sie achten dabei auf gute Arbeitsbedingungen und einen von gegenseitiger Wertschätzung geprägten Umgang miteinander.

Auch in Zukunft

- sollen Patienten in den Genuss der qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung in christlichen Krankenhäusern kommen,
- sollen Beschäftigte attraktive Arbeitsplätze und eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur in christlichen Krankenhäusern vorfinden,
- soll unsere Gesellschaft die Krankenhausversorgung zu wesentlichen Anteilen bei den konsequent gemeinwohlorientierten, gemeinnützigen christlichen Krankenhausträgern in guten Händen wissen.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Bernadette Rummelin, Geschäftsführerin KKVD
Pastor Nobert Groß, Verbandsdirektor DEKV

FACHVERBÄNDE DER DIAKONIE UND CARITAS

Der DEKV ist selbständiger Fachverband des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung. Der KKVD ist anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband, der Wohlfahrtsorganisation der katholischen Kirche. Beide kirchlichen Krankenhausverbände verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und kirchliche Zwecke.

Ja zur Krankenhausreform – aber nicht so!

CKiD nehmen Stellung zum Kabinettsentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes



Berlin, 01. Juli 2015 | Seite 1 von 4

- 1. Der Gesetzentwurf blendet die demografische Entwicklung völlig aus, welche die Krankenhäuser in besonderem Maße vor Herausforderungen kaum vorhersehbaren Ausmaßes stellen wird. Wir erwarten von einem Krankenhausreformgesetz Weichenstellungen, welche die Versorgungsstrukturen in dieser Perspektive zukunftsfest machen.**

Bereits heute ist absehbar, dass eine älter werdende Bevölkerung einen zunehmenden Versorgungsbedarf generieren und die Inanspruchnahme der Krankenhäuser steigen wird. Unter den Gesichtspunkten der Patientenorientierung und der notwendigen Erreichbarkeit ist deshalb keinesfalls nur der Abbau oder die Konzentration klinischer Versorgungsstrukturen angezeigt. Erforderlich ist vielmehr ihre Weiterentwicklung, einschließlich des Aufbaus neuer Versorgungsstrukturen.

Im Blick auf die demografische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt sowie den dadurch induzierten steigenden Behandlungsbedarf muss im Rahmen der künftigen Mengensteuerung grundsätzlich auch ein angemessenes Volumen an zusätzlichen Leistungen abschlagsfrei vereinbart werden können.

Die Mittel des Strukturfonds sollten deshalb nicht nur zum Zweck der Umstrukturierung, Umwidmung oder Schließung von Kliniken sowie zur Finanzierung von Palliativstrukturen, sondern darüber hinaus auch für weitere dem Auf- und Ausbau von Versorgungsstrukturen dienliche Maßnahmen eingesetzt werden können.

- 2. Obwohl die seit Jahren unzureichende Investitionsfinanzierung von den politisch Verantwortlichen als fundamentales Problem der Krankenhäuser erkannt wird, bietet der Gesetzentwurf dafür keinerlei Lösungsansatz. Ohne die Verantwortung der Länder zu schmälern, sehen wir auch den Bund in der Pflicht, durch geeignete Maßnahmen zu einer verlässlichen und auskömmlichen Investitionsfinanzierung beizutragen.**

Für das Grundproblem der Kliniken, die seit Jahren völlig unzureichende Finanzierung ihrer Investitionen durch die Bundesländer, sieht der Gesetzentwurf keine Lösung vor.

Stünden uns die gesetzlich vorgesehenen Investitionsmittel zur Verfügung, wären wir nicht genötigt, dafür einen erheblichen Eigenanteil aufzubringen, den wir u. a. aus den Erlösen für unsere Behandlungsleistungen erwirtschaften müssen. Dann stünden auch mehr Ressourcen zur Finanzierung einer besseren Personalausstattung zur Verfügung.

Statt stereotyp auf die Verantwortung der Länder für die Investitionsfinanzierung sowie auf die angespannte Haushaltslage der Länder zu verweisen, müssen Bund und Länder sich verständigen, wie eine auskömmliche Investitionsfinanzierung sicherzustellen ist. Der Bund muss die Länder dazu ggfs. durch geeignete Maßnahmen in die Lage versetzen.

Wenn künftig auf Bundesebene durch Qualitätsvorgaben Einfluss auf die Gestaltung der Versorgungsinfrastruktur in den Ländern genommen werden kann und soll, sollte das auch im Blick auf die Finanzierung der Investitionen möglich sein.

Ja zur Krankenhausreform – aber nicht so!

CKiD nehmen Stellung zum Kabinettsentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes



Berlin, 01. Juli 2015 | Seite 2 von 4

3. Mit dem Gesetzentwurf versäumt es der Gesetzgeber erneut, die Voraussetzungen für eine auskömmliche Vergütung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zu schaffen, und verstärkt stattdessen den Einspardruck auf Kliniken und Personal weiter. Wir fordern den Verzicht auf die vorgesehenen neuen Abschlagsregelungen und Erlöskürzungen sowie die verlässliche, zeitnahe Refinanzierung unabwendbarer Kostensteigerungen.

Bedarfsnotwendigen Krankenhäusern muss die Vergütung ihrer Leistungen ermöglichen, ihre Aufgaben zu erfüllen, ohne dabei ihre wirtschaftliche Existenz zu gefährden.

Erforderlich ist die kontinuierliche und verlässliche Anpassung der Vergütungen an die realen Kostenentwicklungen. Ein entsprechender Orientierungswert muss prospektiv auch absehbare Kostensteigerungen berücksichtigen, z. B. tarifbedingte Personalkostensteigerungen, Anpassungen der Haftpflichtprämien u.a. Die Anpassungen dürfen nicht durch ständig neue Absenkungsvorgaben gleich wieder kassiert werden.

Künftige strukturelle Vorgaben, z. B. die planungsrelevanten Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, müssen durch eine nachhaltige Refinanzierung der damit verbundenen Vorhaltekosten flankiert werden. Gerade Krankenhäuser in ländlichen Regionen oder mit begrenztem Versorgungsauftrag werden anderenfalls in ihrem Fortbestand gefährdet. Dabei leisten gerade diese Kliniken einen wichtigen Beitrag für den Erhalt regionaler Infrastrukturen.

Notwendige Sicherstellungszuschläge dürfen grundsätzlich nicht absenkend auf den Landesbasisfallwert angerechnet werden. Sie müssen auch für Fachabteilungen vereinbart werden können, die mit den Vergütungen nicht kostendeckend zu betreiben sind.

Der Versorgungszuschlag von 0,8 % ist seinerzeit unter dem Eindruck eingeführt worden, dass die Kliniken eine höhere Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen benötigen. Da sich daran nichts geändert hat, ist das Vergütungsvolumen des Mehrleistungsabschlags in Höhe von 500 Mio. € dauerhaft zur Verfügung zu stellen.

Selbst wenn der Versorgungszuschlag mit dem Wegfall der Mehrleistungsabschläge ebenfalls entfallen soll, sind in den Jahren 2017 und 2018 weiterhin Mehrleistungsabschläge zu berechnen. Die Streichung des Versorgungszuschlags ab 2017 ist deshalb keinesfalls gerechtfertigt. Sie entzieht den Kliniken dringend benötigte Mittel.

Die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Einrichtungsebene setzt eine berechnete Forderung der Krankenhäuser um. Die Ablösung des bisherigen Mehrleistungsabschlags durch einen fünfjährigen Fixkostendegressionsabschlag ist jedoch maßlos überzogen. Die vorgesehene Vereinbarung höherer und länger zu erhebender Abschläge auf Krankenhausebene lässt erwarten, dass Krankenhäuser ihre Leistungen zu Preisen unterhalb ihrer Erbringungskosten zur Verfügung stellen müssen. Ob das verfassungsrechtlich haltbar ist, scheint mehr als fraglich und müsste zunächst geprüft werden.

Ja zur Krankenhausreform – aber nicht so!

CKiD nehmen Stellung zum Kabinettsentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes



Berlin, 01. Juli 2015 | Seite 3 von 4

4. *Der Gesetzentwurf leistet keinen Beitrag zur Verbesserung der angespannten Personalsituation in den Kliniken, v. a. in der Pflege. Um die für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erforderliche personelle Besetzung sicherstellen zu können, fordern wir mit Priorität eine konsequente Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen.*

Die Behandlung kranker Menschen ist und bleibt personalintensiv. Gute Behandlungsqualität hängt entscheidend davon ab, dass genügend fachlich und menschlich qualifiziertes Mitarbeitende zur Verfügung steht und deren Arbeitsbelastung ein erträgliches Maß nicht überschreitet.

In den christlichen Krankenhäusern hat die pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten höchsten Stellenwert und ist entscheidend für die Qualität der Behandlung insgesamt und den Grad der angestrebten und tatsächlich erreichten Patientenorientierung. Deshalb zahlen wir aus Überzeugung sachgerechte Tariflöhne und engagieren uns traditionell und aktuell überdurchschnittlich für die Ausbildung in den Pflegeberufen.

Die Intention des geplanten Pflegestellen-Förderprogramm ist zu begrüßen: Es soll Stellenabbau in der Pflege und weiterer Arbeitsverdichtung und Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal entgegenzuwirken. Doch reicht es bei weitem nicht aus. Zudem ist der Ausschluss von Intensivstationen angesichts der dort zu versorgenden multimorbiden, immer älteren Patientinnen und Patienten nicht nachvollziehbar und kontraproduktiv.

Hauptursächlich für den immer neuen Abbau von Stellen in der Pflege ist die anhaltende Unterfinanzierung der Betriebs- und Investitionskosten. Priorität muss in diesem Zusammenhang eine verlässliche Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen haben. Sonst wird jede Gehaltserhöhung mit Stellenabbau bezahlt. Allein die vorgesehene Streichung des Versorgungszuschlags entzieht den Kliniken weitaus mehr Mittel, als ihnen durch das Pflegestellenförderprogramm maximal zufließen könnten.

Solange eine Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen nicht gewährleistet ist, wird der immer neue Abbau von Stellen nicht verhindert werden können. Daraus wird eine immer noch größere Arbeitsbelastung resultieren. Solange aber diese nicht gesenkt und die Arbeitsbedingungen nicht verbessert werden können, wird es auch immer schwerer, die heute und in Zukunft in der Pflege benötigten qualifizierten Fachkräfte, nicht zuletzt auch Nachwuchskräfte, überhaupt zu gewinnen.

Die geplante Abschaffung des Versorgungszuschlags ist in diesem Zusammenhang besonders brisant. Sie würde den Kliniken mit 500 Mio. € dauerhaft mehr Mittel entziehen, als sie durch das Pflegestellenförderprogramm maximal erhalten würden. Zwar könnten in 2016 zunächst 2.000 zusätzliche Stellen geschaffen werden. In 2017 aber müssten 8.000 Stellen abgebaut werden! 2018 könnten noch einmal 2.000 Stellen neu eingerichtet werden. Ab 2019 stünden im Ergebnis 4.000 Stellen weniger zur Verfügung als 2015!

Ja zur Krankenhausreform – aber nicht so!

CKiD nehmen Stellung zum Kabinettsentwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes



Berlin, 01. Juli 2015 | Seite 4 von 4

- 5. Der Gesetzentwurf ignoriert die Größenordnung der Probleme, die den Krankenhäusern im Zusammenhang mit ihrer Inanspruchnahme im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung erwachsen, weil Menschen im Notfall vorzugsweise und überwiegend Kliniken und nicht Notfallpraxen aufsuchen. Wir bestehen auf einer auskömmlichen Vergütung der damit verbundenen Kosten.**

Eine Krankenhausstrukturreform muss der Tatsache Rechnung tragen, dass die Menschen zur ambulanten Notfallversorgung überwiegend Krankenhäuser aufsuchen, auch wenn die entsprechenden ambulanten Leistungen in den Verantwortungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen fallen und gar nicht in Kliniken erbracht werden sollten.

Wie ein im April d. J. veröffentlichtes Gutachten der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DEGINA) nachweist, werden die damit verbundenen Kosten nur zu einem Viertel vergütet. Der resultierende Fehlbetrag summiert sich im Jahr für die Krankenhäuser insgesamt auf 1 Mrd. €, die aus den ohnehin zu knapp bemessenen Erlösen für die stationären Leistungen erwirtschaftet werden müssen.

- 6. Der Gesetzentwurf Instrumentalisiert die positiv besetzte Qualitätsthematik, um Kliniken schließen zu können. Er übersieht die anerkannte hohe Qualität der Krankenhausversorgung, stellt Mitarbeitende unter Generalverdacht und sät damit Misstrauen und Verunsicherung bei den Patienten.**

Der Gesetzentwurf diskreditiert die von den Krankenhäusern geleistete Qualität, indem er vorgibt, eine Krankenhausreform müsse Priorität auf eine Qualitätsoffensive mit dem Ziel der Qualitätssicherung und –verbesserung legen. Erschreckend ist das an vielen Stellen zum Ausdruck kommende tiefe Misstrauen gegen die Kliniken und ihre Beschäftigten, die sich für die Patientinnen und Patienten mit großem Engagement einsetzen.

Unerträglich ist die hinter einzelnen Regelungen erkennbar werdende pauschale Unterstellung, wirtschaftliche Interessen hätten Vorrang vor dem Patientenwohl, etwa wenn von Leistungen die Rede ist, „bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind“. Dadurch werden Patientinnen und Patienten massiv verunsichert, das Arzt-Patient-Verhältnis wird nachhaltig beschädigt.

Nicht akzeptabel ist schließlich, ausgerechnet den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und der Umsetzung der Qualitätssicherung zu beauftragen. Warum nutzt man nicht die Kompetenzen, Erfahrungen und Kapazitäten der vielen im Bereich Qualitätsmessung und –kontrolle bzw. Zertifizierung tätigen unabhängigen Organisationen und Institutionen? Auch die bewährten Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung böten sich an. Der MDK als auf Abrechnungskontrolle und Kostenersparnis für die Krankenkassen geeichte und deren wirtschaftlichen Interessen verpflichtete Institution kommt dafür nicht in Frage.