

Stellungnahme des Dachverbandes Anthroposophische Medizin (DAMiD) und des Verbandes der Anthroposophischen Kliniken zum Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), DRS 18/5372

Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache 18(14)0125(3) gel. VB zur öAnhörung am 07.09. 15_KHSG 19.08.2015

Präambel

Wir brauchen eine politische Diskussion darüber, was der Gesellschaft in Deutschland die Krankenhäuser wert sind. Der bisherige durch das Finanzierungssystem initiierte Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern über Kostensenkungen und Leistungsausweitungen hat zu einer ständig zunehmenden Leistungsverdichtung vor allem in der Pflege geführt. Die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Länder hat diesen Druck noch erhöht. Die dadurch entstandenen Fehlsteuerungen und Qualitätsprobleme einseitig den Krankenhäusern anzulasten, ist allerdings unseres Erachtens nicht sachgerecht. Diese Ausgangslage, die das Reformgesetz nicht verbessert, sondern u.a. mit seinen Maßnahmen zur Mengensteuerung eher noch verschärft, mindert die Glaubwürdigkeit der „Qualitätsoffensive“ der Bundesregierung.

Der DAMiD und die anthroposophischen Kliniken begrüßen grundsätzlich einen Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Sie begrüßen insbesondere die neuen Ziele einer „qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung.“ Wir fordern allerdings auch, mit dem Ziel einer patientengerechten Versorgung wirklich Ernst zu machen und PatientInnenvertreter an der Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser zu beteiligen. Patientenbefragungen in Form von Fragebögen reichen dazu bei weitem nicht aus.

Wir schlagen daher vor, mit einer echten Qualitätsoffensive zu beginnen und die Bedingungen dafür zu schaffen, dass in den Krankenhäusern künftig in stärkerem Maße „patientenzentrierte Versorgung“ stattfindet.

1. Qualität

1.1 Patientenzentrierte Versorgung

Entscheidend für die Richtung einer künftigen Qualitätsentwicklung in den Krankenhäusern sind die Auswahl, die Definition und die Messung der entsprechenden Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren. Hierüber macht der Gesetzentwurf im Wesentlichen keine inhaltlichen Aussagen (von illustrierenden Beispielen in der Begründung abgesehen), sondern beauftragt den G-BA, die entsprechenden Beschlüsse zu fassen. Dieser wird seinerseits das IQTIG beauftragen, die notwendigen Vorarbeiten zu liefern („Empfehlungen“). Nach allen bisherigen Vorerfahrungen ist zu erwarten,

dass Expertinnen und Experten z.B. der wissenschaftlichen Fachgesellschaften dabei eine entscheidende Rolle spielen werden. Im Vordergrund wird eine von Experten definierte Qualität stehen, in deren Fokus in der Vergangenheit (siehe z.B. Zentrenbildung oder OPS-Definitionen) meist Merkmale der Strukturqualität standen. Aber auch die Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität der bisherigen Qualitätssicherung in den Krankenhäusern (BQS) sind im Wesentlichen aus Sicht der medizinischen ExpertInnen definiert.

Aus der Einführung des neuen Ziels der „patientengerechten Versorgung“ in den Krankenhäusern (§1 Abs.1 KHG) und der hohen Bedeutung, die diese Qualitätsziele und -indikatoren künftig für die Krankenhausplanung und Krankenhausvergütung bekommen sollen, folgt unseres Erachtens zwingend, dass sie durch Indikatoren der „erlebten Qualität aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten“ ergänzt werden müssen. Solche Indikatoren berücksichtigen zum einen die Patientenperspektive bei den jeweiligen Qualitätsthemen. Zum anderen geht es – im Anschluss an die internationale Entwicklung – darum, durch eigene Indikatoren die spezifischen Themen einer stärker patientenzentrierten Versorgung zu erfassen (Dazu gehören z.B. Respekt vor den Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der PatientInnen; Patientenedukation und Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis; Einbeziehen von Angehörigen; ungehinderter Fluss von und Zugang zu allen patientenbezogenen Informationen; Zusammenwirken von Professionellen mit Patienten/Angehörigen und Teamorganisation; Sensibilität für die nicht-medizinischen und spirituellen Dimensionen. (Vgl. die Definitionen von „Patient Centered Care“ in der internationalen Literatur z.B. bei CRONIN 2004¹; International Alliance of Patient Organizations, www.iapo.org.uk).

Um eine solche Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Qualitätsentwicklung der Krankenhäuser zu veranlassen, bedarf es stärkerer Rechte für die Patientenvertreter sowohl im G-BA [dort haben sie bei den entsprechenden Beschlüssen derzeit ein Mitberatungs- und ein Antragsrecht (§ 140f SGB V)], als auch bei der Erarbeitung von Empfehlungen des IQTIG, insbesondere bei denen zu den Patientenbefragungen [dort sind sie nach geltendem Recht „zu beteiligen“ (§ 137a Abs.7 Nr.9 SGB V; sie können außerdem die Beauftragung des IQTIG beim G-BA beantragen (§ 137a Abs.4 Satz1)].

¹Cronin C., Patient-Centred Care - An Overview of Definitions and Concepts. Washington DC: National Health Council, 2004.; International Alliance of Patients' Organizations. What is Patient-Centred Health Care? A Review of Definitions and Principles. Second ed. London: IAPO, 2007:1-34; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Patient centered care: improving quality and safety by focussing care on patients and consumers. Discussion paper. 2010

Wir schlagen daher folgende Änderungen vor:**a) In §136 b Abs.1 wird Satz 1 Nr.5 SGB V wie folgt ergänzt:**

„Die Qualitätsindikatoren sollen die Berücksichtigung der Patientenperspektive einschließen. Die Orientierung einer Leistung oder eines Leistungsbereichs auf eine besonders patientenzentrierte Versorgung ist als Bestandteil von Qualitätsindikatoren einzubeziehen.“

Begründung:

Die Änderung berücksichtigt das neue Ziel der „patientengerechten Versorgung“ (§1 Abs.1 KHG). Entsprechend der Bedeutung der Qualitätsindikatoren für die künftige Versorgung von PatientInnen im Krankenhaus erscheint die Berücksichtigung der Patientenperspektive bei den grundlegenden Regelungen der Qualitätssicherung sachgerecht.

b) In §140f SBG V (geltende Fassung) wird Abs. 2 wie folgt ergänzt:

„Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §136b Abs.1 Satz 1 Nr. 3 und Nr. 5 dürfen nicht gegen das Votum der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen getroffen werden.“

Begründung:

Da die Patientenvertreter im G-BA bisher lediglich mitberaten dürfen, soll durch diese Änderung ausgeschlossen werden, dass Mehrheitsbeschlüsse des G-BA die Patientenperspektive bei den Qualitätsindikatoren allgemein oder bei spezifischen Qualitätsindikatoren für eine besonders patientenzentrierte Versorgung nicht angemessen berücksichtigen. Das Gleiche gilt für Beschlüsse des G-BA zu demjenigen Teil des Qualitätsberichtes der Krankenhäuser, der die „besonders patientenrelevanten Informationen“ enthält.

1.2 Qualitätsentwicklung „vor Ort“

Eine Qualitätsentwicklung im o.g. Sinne bedarf neben allgemeinen Standards, wie sie das Gesetz vorschlägt, auch dezentraler Initiativen im Sinne von Weiterentwicklung und „best practice“-Modellen. Daher schlagen wir vor, die Qualitätsentwicklung im einzelnen Krankenhaus nicht nur durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu kontrollieren, sondern durch regelmäßige gemeinsame Visitationen von MDK und Patientenfürsprechern zu impulsieren. Als Vorbild hierfür können die Besuchskommissionen im Rahmen des PsychKG (z.B. NRW PsychKG §23) dienen. Dort nehmen neben

medizinischen ExpertInnen Vertreter der Patienten und der Angehörigen an den Besuchskommissionen teil.

Wir schlagen daher in Ergänzung zu § 275a SGB V folgende Änderung vor:

In §275a Abs.1 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Soweit das jeweilige Landesrecht Patientenfürsprecher vorsieht, haben diese das Recht zur Teilnahme an den Kontrollen.“

Alternativ bzw. ergänzend:

§ 136b Abs.1 Satz 1 Nummer 4 wird wie folgt ergänzt:

„4. Vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach §110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen. Dazu gehört auch die Erprobung von gemeinsamen Visitationen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit PatientenvertreterInnen.“

Begründung:

Diese Änderung führt regelmäßige gemeinsame Visitationen von Vertretern des MDK mit Vertretern der Patienten als Instrument der Qualitätssicherung ein, zunächst modellhaft im Rahmen von Qualitätsverträgen.

1.3 Besondere Therapierichtungen

Bei einer so weit gehenden Neugestaltung der Qualitätssicherung, vor allem im Bereich der stationären Versorgung, ist auszuschließen, dass die Auswahl und Bewertung von Qualitätsindikatoren die Besonderheiten der besonderen Therapierichtungen übergeht und die entsprechenden Leistungserbringer dadurch benachteiligt bzw. die Erbringung ihrer Leistungen ausschließt (§2 Abs.1 Satz2 SGB V). Beispielsweise kann bei der anthroposophischen Behandlungsmethode häufig von der empfohlenen Antibiotikatherapie im Falle einer Lungenentzündung abgesehen werden, weil andere Therapieoptionen zum Ziel führen. Dies wird bereits im Rahmen der heute geltenden BQS-Qualitätssicherung ungerechtfertigter Weise beanstandet. Ähnliches gilt für naturheilkundliche oder homöopathische Behandlungsmethoden in Krankenhäusern.

Wir schlagen daher folgende Änderungen vor:

In §136 Abs.1 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Dabei ist den Behandlungsmethoden der besonderen Therapierichtungen Rechnung zu tragen.“

2. Pflegestellenförderprogramm

Die Regelung bevorzugt einseitig diejenigen Krankenhäuser, die ab dem 1.1.2015 neue Stellen in der Pflege eingerichtet haben, unabhängig davon, von welchem Ausgangsniveau (z.B. im Verhältnis zur durchschnittlichen Anzahl von behandelten PatientInnen) die Anzahl erhöht wurde. Das heißt, dass auch solche Krankenhäuser gefördert werden, die zuvor in überdurchschnittlichem Maß Stellen in der Pflege abgebaut haben. Krankenhäuser, die einen höheren Stellschlüssel der Pflege gehalten haben und nach dem 1.1.2015 nicht weiter erhöhen können, erhalten dagegen keine Förderung. Das erscheint uns als ungerecht und sachlich nicht zu rechtfertigen.

Wir schlagen daher folgende Änderungen vor:

§ 4 Abs.8 KHEntG wird wie folgt geändert:

a) vgl. Doppelbuchstabe gg) des Entwurfs: Der bisherige Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Die finanzielle Förderung der Personalkosten nach Satz 1 bis 9 gilt auch für die Kosten des bereits seit mindestens 1. Januar 2015 beschäftigten ausgebildeten Pflegepersonals, soweit es sich um Personal handelt, das die vom InEGK im G-DRG Fallpauschalenkatalog 2015 kalkulierten Pflegekostenanteile um mehr als 25% überschreitet.“

b) vgl. Doppelbuchstabe hh) des Entwurfs: Der bisherige Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder geförderten Personalstellen im Bestand in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt oder im Förderzeitraum nicht fortgeführt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen;...“

Begründung:

Die Änderung zu D.Bst. hh) ist eine Folgeänderung der Änderung zu D.Bst. gg)

3. Krankenhausfinanzierung und Mengensteuerung

3.1 Wenn Qualität als neuer Wettbewerbsparameter zwischen den Krankenhäusern eingeführt werden soll, erscheint es wenig zielführend, auch bei Mengensteigerungen, die in einem Krankenhaus durch von Patienten oder einweisenden Ärzten stärker nachgefragte Qualität entstanden sind (zu Lasten anderer Krankenhäuser), einen Fixkostendegressionsabschlag zu erheben. Wenn eine solche Leistungsverlagerung nachgewiesen werden kann, was ja das Gesetz verlangt (Begründung zu §4 KHEntgG), so sollte die Fallpauschale in voller Höhe vergütet werden.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

In §4 Abs.2b KHEntgG wird Satz 4 wie folgt geändert:

„Abweichend von Satz 1 entfällt für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen, der Fixkostendegressionsabschlag.“

3.2 Krankenhäuser, in denen Leistungen der besonderen Therapierichtungen erbracht werden, haben in der Regel einen überregionalen Einzugsbereich. Dasselbe gilt allgemein für Krankenhäuser, die einen großen Anteil spezialisierter Leistungen anbieten. Bei ihnen muss es auch möglich sein, Leistungsverlagerungen in einem überregionalen Einzugsbereich zu berücksichtigen.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

§9 Abs.1 Ziff.6 KHEntgG:

In der Begründung soll bei der Definition des Begriffes „Einzugsgebiet eines Krankenhauses“ explizit auf dieses Problem hingewiesen und damit die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt werden, es angemessen zu lösen.

3.3 Unklar bleibt unseres Erachtens, wie ein Krankenhaus überhaupt in einem Jahr erstmals eine definierte Mindestmenge erreichen kann („berechtigte mengenmäßige Erwartung“ nach §136b, Abs.4 SGB V), wenn es im Vorjahr diese Mindestmenge nicht erreicht hat. Die Krankenkassen werden in aller Regel „begründete erhebliche Zweifel“ an der Prognose des Krankenhauses geltend machen. Das Krankenhaus ist dann auf den Rechtsweg verwiesen. Das kann aber nicht im Sinne eines echten Qualitätswettbewerbs sein.