



31.08.2015

**Stellungnahme des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung  
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)  
BT 18/5372**

**1. Allgemeine Anmerkungen**

Den einführenden Bemerkungen im Kapitel „Problem und Ziel“ des Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung zufolge setzen sich Bund und Länder mit diesem Gesetzentwurf für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

Diese vorgegebenen Zielsetzungen – Weiterentwicklung der qualitativen Standards und die nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser - werden nach Einschätzung des VLK mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen nicht erreicht werden können. Offensichtlich gehen die Autoren des Gesetzentwurfes von der realitätsfernen Einschätzung aus, dass in Deutschland die Anzahl der vorhandenen Krankenhäuser und der darin vorgehaltenen Betten überdimensioniert ist. Als Konsequenz verfolgen sie mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Intention, durch Qualitätsindikatoren zur Vermessung der in den Krankenhäusern erbrachten Leistungen und durch eine im Vergleich zum Status quo deutlich defizitvergrößernde Betriebskostenfinanzierung eine Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in erheblichem Umfang zu erzwingen.

Hierzu zählt auch der Versuch, mit Hilfe der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen Mehrleistungen der Krankenhäuser offensichtlich durchweg ohne Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschrittes als wirtschaftlich begründet zu klassifizieren mit der Konsequenz fragwürdiger Vergütungsabschläge hierfür.

Hinzu kommt, dass der Bereich einer längst überfälligen realistischen Anpassung der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in diesem Gesetzentwurf keinerlei Erwähnung findet. Offenbar gehen die Autoren des Gesetzentwurfes davon aus, dass künftig der unstrittig größere Leistungsbedarf im Bereich der stationären Versorgung mit einer Zementierung der Betriebskosten-Unterdeckung und fehlender Investitionskostenanpassung, aber mit optimierten Qualitätsanforderungen bewältigt werden kann.

Dies ist ein offensichtlicher Realitätsverlust und kommt dem Versuch gleich, nicht nur den Kreis, sondern auch die Kugel zu quadrieren.

Bei aller berechtigten Kritik an diesem Gesetzentwurf soll aus VLK-Sicht jedoch auch ein Punkt im vorliegenden Gesetzentwurf positiv herausgestellt werden: Im § 135 c SGB V ist vorgesehen, dass in Chefarztverträgen der Abschluss von Zielvereinbarungen ausgeschlossen wird, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Dadurch soll insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen gesichert werden.

Der VLK begrüßt ausdrücklich diese auf einen gemeinsamen Vorschlag von VLK und BÄK erfolgte Änderung des Gesetzes im derzeit noch gültigen § 136a SGB V, da damit die Vereinbarung über Bonuszahlungen nicht nur für einzelne Leistungen, sondern auch für Leistungsmengen und Leistungskomplexe ausgeschlossen wird. Dies wird nach Einschätzung des VLK dazu beitragen, rein wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen, die im vorliegenden Gesetzentwurf durch verschiedene Maßnahmen im Vergütungsbereich abgestraft werden sollen, weitgehend zu eliminieren.

## **2. Zu einzelnen Vorschriften**

### **2.1: Artikel 1: Änderung des KHG**

**Hier: Ziffer 2 (§ 6 Abs. 1a)**

Nach den vorgesehenen Regelungen sollen die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil des Krankenhausplanes der Länder werden. Durch Landesrecht können die Länder jedoch die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken.

Der VLK geht davon aus, dass einige Landesregierungen von der Möglichkeit des Ausschlusses der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus ihrem Krankenhausplan Gebrauch machen werden. Von daher ist zu befürchten, dass sich – im Hinblick auf die vom G-BA beschlossenen Empfehlungen der Qualitätsindikatoren – eine ungleichgewichtige Weiterentwicklung der stationären Versorgung in den einzelnen Bundesländern ergeben wird. Krankenhäuser haben je nach regionalem Standort dann unterschiedliche Anforderungen für die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan zu erfüllen. Es entsteht eine im Hinblick auf die vorgesehenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „fleckige“ Krankenhauslandschaft, die eine bundesweite Vergleichbarkeit erschwert oder unmöglich macht.

### **2.2 Artikel 1: Änderung des KHG**

**Hier: Ziffer 3 (Änderung des § 8 Absätze 1a und 1b)**

§8 Abs. 1a und 1b KHG sehen vor, dass Krankenhäuser, die – gemessen an den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – nicht nur vorübergehend und „in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ aufweisen, nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden dürfen oder ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden müssen.

Diese vorgesehenen Regelungen enthalten unbestimmte Rechtsbegriffe („erhebliches Maß“, „unzureichende Qualität“), als deren Konsequenz sich in der praktischen Umsetzung erhebliche Diskussionen und Rechtsstreitigkeiten ergeben werden. Aus diesem Grunde fordert der VLK vor dem Hintergrund der damit verbundenen möglicherweise existenzbedrohenden Folgen für die Krankenhäuser eine Präzisierung dieser unbestimmten Begriffe, um Rechtssicherheit und Klarheit herzustellen.

## 2.3

### **Artikel 1: Änderung des KHG**

#### **Hier: Ziffer 5 (§§12 und 13 neu)**

Zum Abbau von Überkapazitäten, zur Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie zur Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen sieht § 12 die Einrichtung eines Strukturfonds vor. Dieser ist mit 500 Millionen EURO ausgestattet. Aus diesem Fonds kann jedes Land einen genau definierten Anteil abrufen, um sein stationäres Versorgungsangebot neu zu strukturieren.

Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln aus diesem Fonds an ein Bundesland ist u.a., dass das antragstellende Land mindestens 50% der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt.

Vor dem Hintergrund der Haushaltslage der Bundesländer ist zu befürchten, dass die im Strukturfonds vorgesehenen Mittel in Höhe von 500 Millionen EURO nur unzureichend abgerufen werden, da die Bundesländer sich schwertun dürften, korrespondierende Fördermittelbeträge aus dem eigenen Budget hier einzubringen. Von daher ist zu befürchten, dass dieses für die Umstrukturierung der Versorgungslandschaft im stationären Bereich vorgesehene Instrument nicht die gewünschte Wirkung entfalten wird. Dies ist umso beklagenswerter, als die derzeitige Investitionspolitik der Bundesländer für den Bereich der stationären Versorgung völlig unzureichend ist, um Krankenhäuser im erforderlichen Maß an den medizinisch-technischen Fortschritt anzupassen und von der Investitionsseite her ein qualitativ hohes Niveau der Krankenhausversorgung sicherzustellen.

§ 13 sieht vor, dass die Bundesländer im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen die Entscheidung darüber treffen, welche Vorhaben aus diesem Strukturfonds gefördert werden sollen.

Aus VLK-Sicht ist diese vorgesehene Regelung zu einseitig, da davon auszugehen ist, dass von Seiten der Krankenkassen bei den anstehenden Entscheidungen über die aus dem Strukturfonds zu fördernden Maßnahmen die Präferenz eher auf den rigorosen Abbau vermeintlicher Überkapazitäten als auf eine patientengerechte und ausgewogene Umwandlung der Struktur der stationären Versorgung gelegt wird. Die Krankenhausträgerorganisationen auf der Landesebene sollten deshalb in die Entscheidungsfindung über die Mittelvergabe aus diesem Strukturfonds mit eingebunden werden.

## **2.4 Artikel 1: Änderung des KHG**

### **Hier: Ziffer 7 (§ 17b Abs. 1)**

§ 17b Abs. 1 sieht u.a. vor, die Bewertungsrelationen für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken.

Auch diese Vorschrift enthält unbestimmte Rechtsbegriffe („in erhöhtem Maße“, „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“), die nach Einschätzung des VLK erhebliches Streitpotential beinhalten. Im Sinne der Rechtssicherheit sollten diese unbestimmten Rechtsbegriffe eindeutig definiert werden.

## **2.5 Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Hier: Ziffer 4 (neuer § 4 Abs. 2b)**

Der Absatz 2b des § 4 Krankenhausentgeltgesetzes schreibt vor, bei Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017 den Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden.

Ein höherer Abschlag ist zu vereinbaren für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind.

Mit dieser vorgesehenen Regelung werden ab 2017 die bisherigen Mehrleistungsabschläge durch Fixkostendegressionsabschläge abgelöst. Diese Regelung erscheint aus Sicht des VLK problematisch. Die unbestimmten Rechtsbegriffe „in erhöhtem Maße“ und der nicht näher definierte Begriff „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerung“ öffnen bei den Gesprächen der Vertragsparteien vor Ort die Tür zu einer Fülle strittiger Verhandlungen. Außerdem steht diese vorgesehene Regelung nach Einschätzung des VLK im Widerspruch zur Intention des Verordnungsgebers, gute Qualität für Leistungen der Krankenhäuser zu fördern: Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Leistungsqualität eine höhere Fallzahl zu verzeichnen haben, werden – da die Abgrenzung zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen nicht eindeutig möglich sein wird – durch Vergütungsabschläge bestraft.

## **2.6 Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Hier: Ziffer 5 (§ 5 Abs. 2)**

§ 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes sieht vor, dass zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, Sicherstellungszuschläge vereinbart werden.

Diese vorgesehene Regelung ist zunächst positiv zu bewerten. Sie wird allerdings wieder konterkariert durch die im gleichen Absatz aufgeführte Bedingung, dass bei der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch zu prüfen ist, ob die infrage stehende Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann.

Nach Einschätzung des VLK ist diese einschränkende Voraussetzung kontraproduktiv zum ursprünglich geplanten Regelungsansatz: Der Sicherstellungszuschlag soll nur dann vereinbart werden können, wenn nicht ein anderes Krankenhaus aufgespürt werden kann, das imstande ist, diese Leistung ohne Zuschlag zu erbringen. Ein solches Krankenhaus wird – da keine Angabe über den Mindestradius, in dem dieses vergleichbare Krankenhaus angesiedelt sein muss - im Zweifel zu benennen sein. Allerdings nur auf Kosten einer weiteren Entfernung, so dass hier der ursprüngliche Ansatz zur Sicherstellung der Versorgung auch in dünnbesiedelten Flächen wieder ausgehebelt wird.

## 2.7

### **Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **Hier: Ziffer 8 b (§ 8 Abs. 4)**

§ 8 Abs. 4 legt fest, dass ein Krankenhaus für die jeweilige Leistung kein Entgelt berechnen darf, wenn es die Vorgaben von Mindestmengen unterschreitet.

Die sogenannten Mindestmengen werden gem. § 136b SGB V vom G-BA festgelegt. Der G-BA fasst Beschlüsse über einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistung abhängig ist und Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt und/oder Standort eines Krankenhauses

D.h. konkret, dass Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt und/oder je Standort eines Krankenhauses vorgegeben werden sollen. Wird – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – eine Mindestmenge für eine bestimmte Leistung persönlich an einen zu benennenden Arzt eines Krankenhauses gekoppelt, dann darf diese Leistung ausschließlich von diesem spezifischen Arzt erbracht werden. Im Urlaubsfall, bei Krankheit oder Abwesenheit zu Fortbildungszwecken kann das Krankenhaus nach Abhängigkeit von der Höhe der festgelegten Mindestmenge diese Leistung möglicherweise nicht mehr anbieten. Insbesondere im Krankheitsfall ist es denkbar, dass der benannte Arzt die vorgegebene Mindestmenge nicht mehr erreichen kann, mit der Konsequenz der dann auch nicht mehr möglichen Abrechnung aller bisher erbachten Eingriffe, sofern diese unterhalb der geltenden Mindestmengen liegen.

Darüber hinaus bedeutet die Kopplung der Mindestmengen einer bestimmten Leistung an einen bestimmten zu benennenden Arzt, dass die Weiterbildung in erheblichem Ausmaße gefährdet ist, da nach Abarbeitung der als Mindestmenge vorgegebenen Eingriffszahl durch den hierfür benannten Arzt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei leistungsstarken Einheiten nicht genug Eingriffe übrigbleiben, die im Rahmen der Weiterbildung von dem Weiterbildungsassistenten erbachten werden müssen.

Beide Faktoren zusammengenommen gefährden einerseits die Rundumversorgung des Krankenhauses und seine Erlössituation und zum anderen die ordnungsmäße Durchführung der Weiterbildung.

Der VLK plädiert aus diesem Grunde dafür, Mindestmengen für spezifische Leistungen nur an den Standort eines Krankenhauses und nicht personenbezogen an den Arzt zu binden.

## **2.8 Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

**Hier: Ziffer 8c (§ 8 Abs. 10)**

Nach dieser vorgesehenen Regelung soll der Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8% der entsprechenden Entgelte mit dem Ablauf des Jahres 2016 entfallen.

Diese Regelung bedeutet für die Krankenhäuser auf Dauer eine Absenkung der jährlichen Vergütungen in Höhe von 500 Millionen EURO, die umso schmerzhafter ist, als die Mehrleistungsabschläge der Jahre 2015 und 2016 dann nicht automatisch enden, sondern für drei Jahre – also im ungünstigsten Falle bis Ende des Jahres 2018 – wirksam bleiben. Da ab dem Jahre 2017 der sogenannte Fixkostendegressionsabschlag zusätzlich anzuwenden ist, führt dies in der Summe zu einer Mehrfachbelastung der Krankenhäuser. Von einer nachhaltigen Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser, die nach den Ausführungen im Einführungstext des Krankenhausstrukturgesetzes als maßgebliches Ziel angekündigt wird, kann keine Rede sein.

## **2.9 Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

**Hier: Ziffer 10d (§ 10 Abs. 6)**

Absatz 6 des § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes verpflichtet das Statistische Bundesamt dazu, jährlich einen Orientierungswert zu ermitteln, der die Kostenstrukturen und-Entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Veränderungsrate berücksichtigt.

Diese Formulierung ist nicht dazu geeignet, das seit Jahren bestehende Problem der Unterfinanzierung von Personalkostensteigerungen –auch wenn sie in den Folgejahren teilweise ausgeglichen werden – wirklich zu lösen. Aus diesem Grunde plädiert der VLK dafür, das Statistische Bundesamt zu beauftragen, einen Orientierungswert zu ermitteln, der insbesondere die für den Vereinbarungszeitraum absehbare tarifbedingte Erhöhung der Personalkosten **zeitnah** berücksichtigt.

## **2.10 Artikel 6 (Änderung des SGB V)**

**hier: Ziffer 15 (§ 136c)**

Nach Absatz 1 des § 136c SGB V soll der G-BA Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschließen. Diese Qualitätsindikatoren sollen als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sein und Bestandteil des Krankenhausplanes der Länder werden. Ein erster Beschluss über diese Qualitätsindikatoren ist bis zum 31.12.2016 zu fassen.

Aus Sicht des VLK bestehen erhebliche Bedenken bei der Umsetzung der in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen bzgl. der Bewertung der Krankenhausleistungen mit Hilfe von Qualitätsindikatoren. Nach Einschätzung aller Experten wird es nicht möglich sein, bis zum 31.12.2016 wirklich aussagefähige Indikatoren für die Ergebnisqualität zu erarbeiten. Nur diese sind aber wirklich aussagefähig im Hinblick auf die vergleichbare Qualität der Krankenhausleistungen.

Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität sind indes schneller bereitzustellen. Sie beinhalten aber vor allem kostenintensive Vorgaben im Personal- und Sachkostenbereich, die vor dem Hintergrund der bereits seit Jahren zu konstatieren Unterversorgung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich wie auch im Bereich der Investitionsfinanzierung nicht erfüllt werden können.

Wenn diese Indikatoren zur Struktur- und Prozessqualität jedoch zum Maßstab für den Verbleib oder die Aufnahme der Krankenhäuser in die Versorgungskette vorgegeben und zum Maßstab für die Finanzierung der Krankenhausleistungen herangezogen werden sollen, dann ist die Ausdünnung der Krankenhauslandschaft programmiert. Entsprechend negative Auswirkungen wird dies für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung haben.

Vor diesem Hintergrund erscheint es unumgänglich, zur Messung der Leistungsqualität der Krankenhäuser ausschließlich Indikatoren der Ergebnisqualität heranzuziehen und zu deren Erarbeitung und Erprobung eine ausreichende Zeitspanne von mehreren Jahren vorzusehen. Nur dann können solche sachgerecht entwickelten Qualitätsindikatoren als planungsrelevante und auch rechtssichere Vorgaben für die Krankenhäuser angesehen werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Gesetzentwurf auch einen Widerspruch in sich enthält: Einerseits soll die Qualität der in den Krankenhäusern erbachten Leistungen deutlich gesteigert werden. Andererseits werden Krankenhäuser, die aufgrund ihrer guten Qualität einen höheren Zulauf verzeichnen, ggf. mit Vergütungsabschlägen bestraft werden, da aus dem Blickwinkel der Kostenträger unterstellt wird, dass jegliche Fallzahlsteigerungen in der Regel wirtschaftlich begründet sind.

## **2.11 Artikel 6: Änderung des SGB V**

### **Hier: Ziffer 22 (§ 275 a)**

Nach § 275 a Abs. 1 SGB V führt der Medizinische Dienst Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Diese Kontrollen beziehen sich u.a. – und wahrscheinlich schwerpunktmäßig – auf die Einhaltung der Qualitätsanforderungen hinsichtlich der vom G-BA beschlossenen Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung sein sollen.

Der VLK wertet diese vorgesehene Regelung als Gipfel der Unzumutbarkeit für die Krankenhäuser. Da als Konsequenz einer vom MDK durchgeführten Qualitätskontrolle mit für die Krankenhäuser negativen Ergebnissen in Vergütungsabschlägen für Krankenhausleistungen und ggf. auch mit einem Ausschluss aus der Leistungserbringerkette zu rechnen ist, hat diese vorgesehene Regelung aus VLK-Sicht eine „Fallbeil-Wirkung“ zu Lasten der Krankenhäuser und der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. Diese Regelung zeugt nicht gerade von Fingerspitzengefühl der Gesundheitspolitiker und ist ebenso sachgerecht wie die Beauftragung eines ausgehungerten Schäferhundes mit der nächtlichen Bewachung der Fleisch- und Wursttheke in einem Supermarkt.

Um nicht missverstanden zu werden: Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands unterstützt ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“. Diese sollte jedoch zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich führen und nicht – wie durch die Regelung des

Gesetzentwurfes der Bundesregierung zu befürchten – die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu Lasten der Patienten schwächen.

Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Tel.: 0211/ 454990

Fax: 0211451834

[info@vlk-online.de](mailto:info@vlk-online.de)

[www.vlk-online.de](http://www.vlk-online.de)