

STELLUNGNAHME

anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen
Bundestages
am 7. September 2015

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes
zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz - KHSG)
BT-Drucksache 18/5372 vom 30.06.2015

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 01.09.2015

A. Vorbemerkung

Der Marburger Bund hat die im Koalitionsvertrag skizzierten Zielsetzungen einer grundlegenden Krankenhausreform ausdrücklich begrüßt. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird diesen Zielsetzungen in vielen Punkten nicht Rechnung getragen:

Ein zentraler Baustein der Reform sollte die Beseitigung bestehender Systemmängel der Krankenhausfinanzierung sein. Mit dem Eckpunktepapier der Bund-Länder Arbeitsgruppe vom 05.12.2014 haben Bund und Länder ausdrücklich bekräftigt, dass sie zu einer nachhaltigen Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser stehen. Bei den Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs hat allerdings der Abbau von behaupteten Überkapazitäten Vorrang vor einer auskömmlichen Finanzierung. Zwar sollen für alle Kostenträger (Bund, Länder, Krankenversicherungen) Mehrausgaben von rund 600 Millionen Euro im Jahr 2016 entstehen mit einem schrittweisen Anstieg auf rund 1,7 Milliarden Euro bis zum Jahr 2020. Hier ist zum einen anzumerken, dass ein erheblicher Teil des zusätzlichen Finanzvolumens von der Bereitschaft der Bundesländer zur Finanzierung abhängt. Zum anderen erwartet der Gesetzgeber durch strukturelle Änderungen Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe. Insgesamt ist kritisch zu prüfen, ob die zusätzlichen Finanzmittel an der richtigen Stelle eingesetzt werden, um die Strukturen der Krankenhausversorgung bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Gesetzentwurf definiert keine Zielvorgaben

Der Gesetzentwurf sieht zahlreiche Regelungen vor, die in ihrer konkreten Ausgestaltung ungewiss sind wie zum Beispiel die Entwicklung von Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung, Zuschläge in der Krankenhausvergütung oder Ausnahmen von der Fixkostendegression. Hinzu kommt, dass viele der geplanten Maßnahmen in mehreren Schritten und zeitlich versetzt umgesetzt werden sollen. Dies macht eine konkrete Einschätzung der Auswirkungen schwierig, aber auch schwer kalkulierbar. Es besteht sogar die Gefahr, dass die vom Gesetzgeber intendierte Zielsetzung gar nicht erreicht wird. Krankenhäuser brauchen aber

verlässliche Planungsgrundlagen, um gerade auch die für die Patientenversorgung erforderlichen Personal- und Sachmittel vorzuhalten.

Hinzu kommt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss mit neuen Aufgaben betraut werden soll, die im Wesentlichen eine Konkretisierung der Daseinsvorsorge zum Gegenstand haben. Daseinsvorsorge ist aber nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses. Deshalb ist der Marburger Bund der Auffassung, dass die wesentlichen Rahmenbedingungen vom Gesetzgeber selbst vorgegeben werden müssen und lediglich die konkrete Ausgestaltung der Selbstverwaltung übertragen werden sollte.

Sicherung der Krankenhausfinanzierung nicht gewährleistet

Der Marburger Bund begrüßt, dass der Gesetzgeber erkannt hat, dass die Vergütung der stationären Behandlungen über rein leistungsorientierte Fallpauschalen (DRG) zu Fehlentwicklungen führt, die korrigiert werden müssen. Das gilt insbesondere für die betriebswirtschaftlichen Anreize zur weiteren Leistungsverdichtung auf Kosten des Klinikpersonals. Ärzte und Pflege werden zunehmend als Produktionsmittel instrumentalisiert und können ihren eigentlichen Auftrag am Patienten nicht mehr angemessen erfüllen. Dies führt zunehmend zu ethischen Konflikten, der kurative, helfende Aspekt in der Medizin wird immer weiter marginalisiert. Schon heute hält die Personalausstattung mit der Leistungsverdichtung nicht Schritt.

Die vorgesehene Flankierung des DRG-Systems mit Zuschlägen für besondere Aufgaben von Zentren, für die Teilnahme an der Notfallversorgung, für klinische Sektionen, bei Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse oder die Sicherstellungszuschläge sind daher grundsätzlich als punktuelle Verbesserungen der Finanzierung zu sehen. Die Wirkung der Maßnahmen liegt allerdings in deren konkreten Ausgestaltung. Änderungsbedarf sieht der Marburger Bund insbesondere bei den vorgesehenen Regelungen zur Preisbildung auf Landesebene sowie zur Mengensteuerung. Die Regelungen sind in ihrer Zielsetzung widersprüchlich und es besteht die Befürchtung, dass die negativen Effekte die positiven Ansätze in der Gesamtbetrachtung überlagern. Insbesondere wird mit dem Gesetzentwurf in der vorliegenden Fassung die Finanzierung einer angemessenen Personalbesetzung nicht sichergestellt.

Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen gesetzlich verankern

Die gesetzlich vorgegebene Preisentwicklung der Krankenhäuser liegt seit Jahren unterhalb der tatsächlichen Kostenentwicklung. Die Schere zwischen Tarifsteigerungen und realisierbaren Zuwächsen der Landesbasisfallwerte geht immer weiter auseinander. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kalkuliert mit einer für das Jahr 2015 aufsummierten Unterfinanzierung des tarifbedingten Personalkostenzuwachses in Höhe von rund 2,5 Mrd. Euro. Die jährliche Preisfindung auf Landesebene muss eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen ermöglichen, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu schaffen, die den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten können. Dazu müssen Tarifergebnisse als wirtschaftliche Kosten für die Refinanzierung von Personalkosten anerkannt werden.

Investitionskostenfinanzierung erfordert staatliches Handeln

Eine Regelung der notwendigen Investitionskostenfinanzierung wird mit dem Gesetzentwurf nicht angegangen. Das ist umso enttäuschender, als eine Bund-Länder Arbeitsgruppe die Reform vorbereitet hat.

Die Verpflichtung der Länder, mindestens den Durchschnitt ihrer Förderung der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen, heißt nichts anderes, als dass die unbestritten unzureichende Finanzierung beibehalten wird.

Die vorgesehene Errichtung eines Strukturfonds löst das Problem nicht. Denn mit dem Fonds sollen der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akut-stationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Ziel des Fonds ist somit der Abbau und nicht der Substanzerhalt von Abteilungen und Krankenhäusern.

Laut Begründung des Referentenentwurfes sei es angesichts des Rückgangs der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zielgenauer auszugestalten, damit die für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erforderlichen Mittel effizienter als bisher eingesetzt werden können. Indem pauschal allen Krankenhäusern die notwendige Investitionsfinanzierung vorenthalten wird, wird aber gerade ein ungeordneter Abbau von Kapazitäten befördert, der ordnungspolitisch nicht gewollt sein kann.

Bund und Länder machen es sich an dieser Stelle zu leicht. Die Versäumnisse der Länder sollen weiter auf dem Rücken des Personals ausgetragen werden. Die bisher nur von einzelnen Krankenhäusern betriebene missbräuchliche Verwendung von Versicherungsgeldern wird durch den vorliegenden Referentenentwurf legalisiert. Denn um zwingend notwendige Investitionen tätigen zu können, müssen die Krankenhäuser vermehrt Einsparungen im laufenden Betrieb vornehmen. Diese Mittel fehlen aber für die Patientenversorgung, für eine adäquate Personalausstattung und für die Finanzierung der Personalkosten, deren Anteil im Krankenhaus bei über 60 Prozent liegt.

Laut Gesetz haben die Länder gegenüber den Krankenhäusern eine Finanzierungsverpflichtung. Momentan enthalten die Länder den Krankenhäusern jedes Jahr mehr als 3,3 Mrd. Euro vor. Allein für 2014 hat die Große Koalition Länder und Kommunen in Deutschland mit Bundesmitteln in Höhe von 22 Mrd. Euro entlastet. Vor diesem Hintergrund muss über die Festlegungen, die Bund und Länder getroffen haben, konkret geklärt werden, wie die notwendigen Investitionsmittel in die Krankenhäuser kommen.

Standortreduzierung allein ist keine Strukturverbesserung

Ziel war es laut Koalitionsvertrag und Eckpunktepapier der Bund-Länder Arbeitsgruppe, Reformmaßnahmen zur Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität und der sicheren und guten Erreichbarkeit zu ergreifen.

Der Abbau von Kapazitäten führt aber nicht automatisch auch zur Strukturverbesserung. Es liegt in der Planungshoheit der Länder, den Kapazitätsbedarf zu ermitteln und die Strukturen darauf auszurichten. Ein bloßer Rückzug von Bund und Länder aus der Daseinsvorsorge auf Grundlage behaupteter Überkapazitäten ist angesichts hoher Arbeitsbelastung und überfüllter Notfallambulanzen das falsche Signal an die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Zunächst bedarf es einer Definition, was unter Überkapazität im Rahmen einer bedarfsnotwendigen Versorgung zu verstehen ist. Ökonomische Betrachtungen können dabei hilfreich sein. Wenn aber allein die „Rentabilität“ darüber entscheiden soll, wo in Deutschland noch Krankenhäuser stehen dürfen, führt dies in eine Wartelistenmedizin. Sofern tatsächlich ein Abbau von Kapazitäten geplant wird, sind

Krankenhäuser, in die Patientenströme umgeleitet werden, entsprechend finanziell und personell auszustatten. Der Marburger Bund unterstützt derartige Strukturveränderungen, soweit sie auf Grundlage valider Erkenntnisse erfolgen.

Qualitätsoffensive geht nicht ohne Personaloffensive

Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen auf die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung gerichtet sein. Die Entwicklung und der Einsatz von Qualitätskriterien dürfen auf keinen Fall als Mittel zur Behebung von Finanzierungsproblemen oder zur Strukturbereinigung missbraucht werden. Wo die Qualität nicht stimmt, reicht es daher nicht, einfach die Bezahlung zu verschlechtern. Das stellt die medizinische Leistung der Ärztinnen und Ärzte in Frage, schafft Misstrauen und entspricht nicht dem Verständnis des Marburger Bundes von einer Aufrechterhaltung einer hohen medizinischen Versorgungsqualität. Die Patientenversorgung wird dadurch nicht besser. Ein hoher Qualitätsstandard erfordert Qualifikation und personelle Ressourcen. Eine vernünftige Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen kann nur mit einer vernünftigen Personalausstattung einhergehen. Wer also tatsächlich die medizinischen Versorgung der Bevölkerung sichern und verbessern will, sollte eine Personaloffensive starten.

„Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird“, heißt es im Koalitionsvertrag von Union und SPD. Der vorliegende Gesetzentwurf trägt dieser Aussage nicht Rechnung und muss deshalb in wesentlichen Punkten geändert und ergänzt werden.

B. Stellungnahme zu Einzelregelungen des Gesetzentwurfes

Zu Artikel 1: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Zu Nummer 1 (§ 1 Absatz 1 KHG) - Krankenhausplanung

Der Gesetzentwurf sieht im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Erweiterung der planungsrelevanten Kriterien um Qualitätskriterien vor. Die Ausgestaltung und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätskriterien liegt – wie im Gesetzentwurf ausdrücklich formuliert - in der Hoheit der Bundesländer und ist daher davon abhängig, dass die Länder den Weg zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen mitgehen.

Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer auch in der Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Dies kann zum Beispiel durch die Vorgabe von Mindestanforderungen an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes, an apparativer und infrastruktureller Ausstattung etc. erfolgen.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird allerdings ausgeführt, dass durch planungsrelevante Qualitätskriterien die rechtliche Grundlage dafür geschaffen werden sollen, dass die Länder ihre begrenzten Investitionsmittel auf die Krankenhäuser konzentrieren können, die den vom G-BA entwickelten Qualitätsstandards gerecht werden. Das ist aber nicht Aufgabe der Krankenhausplanung.

Damit würden die bisherigen Planungskriterien „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ nachrangig. Zu Recht hat daher der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2015 darauf hingewiesen, dass beim Verwaltungshandeln an der bisherigen Abfolge festgehalten werden solle. Der insoweit vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderung schließt sich der Marburger Bund an.

Änderungsvorschlag:

In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort „bedarfsgerechte“ ein Komma und die Wörter „qualitativ hochwertige und patientengerechte“ und nach dem Wort „leistungsfähigen“ die Wörter „qualitativ hochwertige Versorgung bietende und“ eingefügt.

Zu Nummer 5 (§§ 12 bis 14) Strukturfonds

Mit der beabsichtigten Errichtung eines Strukturfonds sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur der Krankenhausversorgung gefördert werden. Hierzu sollen zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt werden.

Der Marburger Bund wiederholt, dass mit diesen zusätzlichen Mitteln die grundsätzliche Problematik der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung nicht gelöst wird. Erforderlich ist eine gesetzlich verankerte Mindestförderung für den Substanzerhalt und die Investition in moderne Strukturen in Höhe des tatsächlichen Bedarfs. Vom Bund und den Ländern anerkannt und durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkulatorisch belegt, liegt der jährliche Investitionsbedarf derzeit bei rund 6 Mrd. Euro. Die Bundesländer haben ihre Finanzmittel in den vergangenen Jahren jedoch insgesamt kontinuierlich gekürzt. Mit derzeit bundesweit 2,7 Mrd. Euro Fördermitteln liegen sie weit unter dem erforderlichen Investitionsbedarf.

Die Verpflichtung der Länder, mindestens den Durchschnitt ihrer Förderung der Jahre 2012 bis 2014 fortzuführen, heißt nichts anderes, als dass die unbestritten unzureichende Finanzierung beibehalten wird. Zudem soll diese Verpflichtung - im Gegensatz zu den Ausführungen im Eckpunkte-Papier - auch noch an den geplanten Strukturfonds gebunden und damit auf die Jahre 2016 bis 2018 befristet werden. Aufgrund der Ausgestaltung der Regelung ist völlig fraglich, ob einzelne Bundesländer Mittel aus dem Fonds abrufen. Nur dann wäre das vorgenannte Investitionskostenvolumen für sie bindend.

Zumindest sollte daher die Verpflichtung auf das durchschnittliche Fördervolumen der Jahre 2012 bis 2014 auch für die Investitionsförderung insgesamt gelten, damit zumindest der in der Vergangenheit stetige Rückgang des Investitionsfördervolumens der Länder gestoppt wird.

Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. Bereits das geltende KHG sieht in § 9 Abs. 2 Nr. 5 und 6 die Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder die Umstellung von Krankenhäusern und Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben als Fördertatbestände vor. Inwieweit allerdings mit der Schließung oder Umwandlung von Standorten und Abteilungen Strukturverbesserungen verbunden sein sollen, bedarf der weiteren Konkretisierung. Strukturverbesserung aus Sicht der Krankenkassen bedeutet in der Regel die Reduzierung von Ausgaben durch Schließung und Abbau. Ausgaben könnten aber auch reduziert werden, wenn zum Beispiel Infrastrukturmaßnahmen des Krankenhauses über den Strukturfonds gefördert werden. Der Strukturfonds sollte daher nicht ausschließlich die Schließung und Abbau ausgerichtet werden.

Insgesamt ist das Konstrukt des beabsichtigten Strukturfonds nicht rund. Es birgt Widersprüche und gegenläufige Zielrichtungen: So ist unklar, wie „überzählige Kapazitäten“ definiert werden. Nicht bekannt sind die Kriterien der Förderung, weil sie erst noch festgelegt werden. Auch fehlt eine klare Abgrenzung des Strukturfonds zur beabsichtigten Neugestaltung des Sicherstellungszuschlags.

Diejenigen Einrichtungen, in die infolge Schließung oder Umwidmung zusätzliche Patientenströme fließen, müssen personell und strukturell dazu in der Lage sein und daher entsprechend zusätzlich ausgestattet werden. Tatsache ist, dass Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern bereits heute unter einer zu hohen Arbeitsbelastung leiden. Darüber hinaus dürfen diese Einrichtungen nicht mit einem, wenn auch nur hälftigem Fixkostendegressionsabschlag bestraft werden (siehe Ausführungen zu Artikel 2, zu Buchstabe d, § 4 Absatz 2b neu).

Schließlich fehlt eine gesetzliche Festlegung, dass infolge Umstrukturierungen frei werdende Mittel in die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser zu fließen haben. In der allgemeinen Begründung des Gesetzentwurfes heißt es insoweit: „Sofern es zur Umwandlung von Krankenhäusern kommt, werden u.a. auch Mittel frei, die für eine angemessene Investitionskostenfinanzierung der anderen

Krankenhäuser eingesetzt werden können.“ Der Marburger Bund regt an, diese Verwendung als Verpflichtung gesetzlich festzulegen.

Zu Nummer 7 (§ 17b)

Zu Buchstabe a) Absatz 1a **Bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge**

Zu Absatz 1a Nummer 3: Qualitätsorientierte Zu- und Abschläge

Die vorgesehenen qualitätsorientierten Zu- und Abschläge verbessern aus Sicht des Marburger Bundes nicht die Versorgung, sondern führen zur Verunsicherung der Patienten und sollten daher gänzlich gestrichen werden.

Der Gesetzentwurf lässt offen, welche Qualität mit Abschlägen bestraft werden soll. Defizite zum Beispiel in der Strukturqualität können nicht der medizinischen Leistung angelastet werden. Gleichwohl können Vergütungsabschläge aus der Sicht des Patienten vermitteln, dass die ärztliche Leistung schlecht ist. Das belastet Patienten und Ärzte gleichermaßen und stört das Arzt-Patientenverhältnis.

Dass Vergütungsabschläge nicht immer mit schlechter Behandlungsqualität gleichzusetzen sind, zeigt auch eine im Juli 2015 veröffentlichte Studie über Qualitätsmessungen in amerikanischen Kliniken (JAMA 2015; 314 (4):375-383). Die Studie kommt sogar zu dem Ergebnis, dass die medizinische Versorgung in den vermeintlich „schlechteren“ Kliniken in vielen anderen Punkten gut war. Festgestellt worden sei auch, dass es deutliche Unterschiede bei der Art der Codierung und Datenerhebung in den Kliniken gab. Die Studie analysiert Daten von mehr als 3.200 amerikanischen Kliniken, die seit 2014 in einem Finanzprogramm sind, das Zahlungen für die Häuser reduziert, die eine schlechtere Versorgungsqualität aufweisen. Angesichts der Ergebnisse regen die Autoren an, über das Instrument der Vergütungskürzung für schlechte Qualität nachzudenken.

Darüber hinaus dürften Qualitätsdefizite durch Vergütungsabschläge noch verstärkt werden. Denn die Folge sind Sparzwänge auch zu Lasten des Personals und der Patientenversorgung. Ziel sollte es vielmehr sein, dass Leistungen mit unzureichender Qualität weder vereinbart und abgerechnet werden können.

Ergänzung Absatz 1a um Zuschläge für Personalentwicklungskosten

Der Marburger Bund schlägt vor, Zuschläge für Personalentwicklungskosten ebenfalls in die Aufzählung der Zu- und Abschläge explizit aufzunehmen.

Die Fort- und Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte muss gerade angesichts der demographischen Entwicklung ein wesentliches Anliegen des Gesundheitswesens bleiben. Derzeit sind sie entweder gar nicht oder nur unzureichend in den DRG-Kalkulationen abgebildet. Deshalb müssen Mittel zur Verfügung gestellt werden, die eine entsprechende Qualifizierung des Personals ermöglichen. Dies betrifft auch die Aufwendungen für die ärztliche Weiterbildung. Eine substanzielle Weiterbildung zum Facharzt erfordert umfangreiche zeitliche und personelle Ressourcen, die mit einem Vergütungssystem, das auf kontinuierliche Verweildauerreduzierung gerichtet ist, nicht kompatibel sind. Deshalb müssen diese Aufwendungen als Personalentwicklungskosten zusätzlich vergütet werden.

Zu Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Zu Nummer 4 (§ 4 Absätze 2a und 2b) Neuausrichtung der Mengensteuerung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Neuausrichtung der Mengensteuerung das bisherige Instrument der Mehrleistungsabschläge durch einen Fixkostendegressionsabschlag ersetzt werden soll. Unabhängig von einer Bewertung, ob die Einführung eines Fixkostendegressionsabschlages eine sinnvolle Alternative zur bisherigen Mengensteuerung ist, bedarf dessen Ausgestaltung und Anwendungsbereich folgender Änderungen:

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (4 Abs. 2a Satz 8, zweiter HS) Laufzeit Mehrleistungsabschläge

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der nach geltender Rechtslage dreijährige Mehrleistungsabschlag in Höhe von 25 % bis Ende des Jahre 2018 fortgeführt werden soll. In den Jahren 2016 bis 2018 würden folglich Mehrleistungsabschlag und

Fixkostendegressionsabschlag parallel erhoben. Diese Überschneidungen führen zu kumulativen finanziellen Belastungen, die nicht sachgerecht sind.

Auch der Bundesrat hat dies in seiner Stellungnahme kritisiert und vorgeschlagen, in Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d den Satz 7 im Absatz 2b des § 4 zu streichen.

Zu Buchstabe d, § 4 Absatz 2b neu – Fixkostendegressionsabschlag

Aus Sicht des Marburger Bundes sind Mengenzuwächse eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen begründet sind, von einem Fixkostendegressionsabschlag vollständig auszunehmen. Ein – wenn auch nur in halber Höhe - Fixkostendegressionsabschlag auf Mengenzuwächse infolge Leistungsverlagerung macht aus versorgungspolitischen Gründen im Zusammenhang mit dem geplanten Abbau von Kapazitäten keinen Sinn. Zudem weist der Bundesrat auf die Eckpunkte der Bund-Länder Arbeitsgruppe hin, worin es heißt: „Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht besser gestellt werden.“ Werden Mengenzuwächse, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, mit einem Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe belegt, führe dies aber zu einer Bestrafung.

Änderungsvorschlag:

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b Satz 4 die Wörter „in halber Höhe“ durch das Wort „nicht“ zu ersetzen.

Zu Nummer 4 Buchstabe i) (§ 4 Absatz 8) Pflegestellenförderprogramm

Die Regelfinanzierung muss sicherstellen, dass Krankenhäuser die Tarifsteigerungen für seine Beschäftigten refinanzieren können. Der Marburger Bund begrüßt daher grundsätzlich, dass mit einem Pflegestellenförderprogramm zusätzliche Mittel für Personalaufwendungen in der Krankenpflege den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden sollen. Das Finanzierungsvolumen entspricht allerdings rechnerisch drei Pflegekräften je Krankenhaus und stellt damit lediglich einen Tropfen auf den heißen Stein dar.

Ohne eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser insgesamt wird die Überforderung des Krankenhauspersonals weiter zunehmen und die ohnehin schon zu knappe Zuwendungszeit der Ärzte, der Pflegekräfte und des übrigen medizinischen Assistenzpersonals für die Patienten nochmals gekürzt.

Erforderlich ist eine volle Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhaus, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die den Erhalt der Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten können.

Der Personalbedarf im Krankenhaus wird sich in den kommenden Jahren weiter erhöhen. Deshalb müssen jetzt Konzepte für eine angemessene Personalbesetzung erarbeitet werden. Diese dürfen sich allerdings nicht nur auf die Anzahl der Pflegekräfte konzentrieren, sondern muss auch die Personalausstattung im ärztlichen Bereich berücksichtigen.

Der Marburger Bund hat mehrfach auf den bestehenden Personalmangel in den deutschen Krankenhäusern und dessen direkte Auswirkung auf die tägliche Patientenversorgung hingewiesen. Bisher gibt es für den ärztlichen Dienst keine gesetzlichen Vorgaben zur Personalausstattung. Lediglich Strukturvorgaben in der Krankenhausplanung oder in den Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geben in einigen Bereichen bereits eine personelle Mindestausstattung vor.

Vorschlag:

Um die Ermittlung des adäquaten Personalbedarfs auch im ärztlichen Bereich auf eine valide Grundlage zu stellen, schlägt der Marburger Bund vor, dass Konzepte zur angemessenen Personalbesetzung im Krankenhaus erarbeitet werden. Hierzu könnte zum Beispiel der Auftrag für die nach § 4 Abs. 8 Satz 14 (neu) einzurichtende Expertenkommission auf alle patientennahen Berufsgruppen im Krankenhaus erweitert werden.

Zu Nummer 5 (§ 5 Absatz 2) Sicherstellungszuschlag

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die Absicht, den Sicherstellungszuschlag durch neue Vorgaben praktikabler ausgestalten zu wollen und seine bislang absenkende Wirkung auf den Landesbasisfallwert aufzuheben. Allerdings bestehen Zweifel, ob die beabsichtigten Regelungen geeignet sind, das bisherige Verfahren praktikabler auszugestalten. Voraussetzungen sollen die Vorgaben des G-BA zur Erreichbarkeit, zum geringen Versorgungsbedarf und zur Notwendigkeit der Vorhaltung sein. Die Gewährung des Sicherstellungszuschlages soll nur erfolgen, wenn ein Krankenhaus insgesamt Defizite zu tragen hat (Nachweis Bilanzdefizit) und wenn die Leistung auch durch ein anderes geeignetes Krankenhaus nicht ohne Zuschlag erbracht werden kann. Schließlich soll der Sicherstellungszuschlag durch die Partner der Selbstverwaltung vereinbart werden. In Summe dürften diese Voraussetzungen das Verfahren eher verkomplizieren.

Zu Nummer 8 (§ 8 Absatz 10) Versorgungszuschlag

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Versorgungszuschlag in gesetzlich fixierter Höhe von 0,8 Prozent der Krankenhausentgelte Ende des Jahres 2016 entfällt. Dadurch würden den Krankenhäusern bis zu 500 Mio. Euro im Jahresvergleich fehlen. Überall dort, wo weniger oder gar keine Mehrleistungen erbracht werden, kann der Wegfall des Versorgungszuschlages nicht ausgeglichen werden – finanzielle Defizite sind dann unvermeidbar.

Hier ist zu befürchten, dass viele Krankenhäuser eine solche Minderung der Vergütung auch durch Personaleinsparungen zu kompensieren versuchen. Es droht ein Verlust von mehreren Tausend Pflege- und Arztstellen. Ein derartiger Stellenrückgang würde den Leistungsdruck der Beschäftigten weiter erhöhen und die Krankenhausversorgung erheblich verschlechtern.

Wir weisen hier insbesondere auf die Stellungnahme der Länder vom 10. Juli 2015 hin, worin es u.a. heißt: „Deutschlandweit haben mehr als 40 Prozent der Kliniken das Jahr 2014 mit einem Defizit abgeschlossen. Weitere Einschnitte der Kliniken, wie der Wegfall des Versorgungszuschlages, würden in dieser Situation unweigerlich zu Personalabbau führen, was in eklatantem Widerspruch zu den hervorgehobenen

Zielen des Krankenhausstrukturgesetzes - Steigerung der Qualität der Patientenversorgung – steht.“

Vorschlag

Ab dem Jahr 2017 vollständige Überführung des Versorgungszuschlags in den Landesbasisfallwert durch zusätzliche basiswirksame Berücksichtigung einer Erhöhung des jeweils vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwertes um 0,8 Prozent. Eine Verstetigung des Versorgungszuschlags ist auch deshalb gerechtfertigt, weil die Belastungen, die er ausgleichen soll – die degressiven Abzüge beim Landesbasisfallwert – dauerhaft weiterwirken.

Zu Nummer 9 (§ 9) Vereinbarungen auf Bundesebene

Zu Buchstabe a) § 9 Absatz 1 Nr. 6:

Vereinbarungen zum Fixkostendegressionsabschlag

- **Definition des Einzugsgebietes im Falle von Leistungsverlagerungen**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vereinbarung zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses für die Beurteilung von Leistungsverlagerungen ist nicht umsetzbar und daher zu streichen.

Der Marburger Bund schließt sich insoweit der Begründung des Bundesrates in seiner Stellungnahme vom 10. Juli 2015 an, in der es heißt: „Insbesondere Für Großkrankenhäuser lässt sich das Einzugsgebiet nicht bestimmen, das hier zwischen Grund- und Regelversorgung sowie Maximalversorgung unterschieden werden muss. Während beispielsweise Universitätsklinika in der Grund- und Regelversorgung üblicherweise ein regionales Einzugsgebiet haben, sind sie etwa in der Onkologie oder in der Maximalversorgung oft überregional, teils bundesweit tätig. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte Festlegung von Einzugsgebieten und deren Zugrundelegung für Entgeltverhandlungen ist daher nicht praktikabel.“

- **Vereinbarung Ausnahmekatalog**

Der Ausnahmekatalog für den Fixkostendegressionsabschlag ist ein wesentliches Steuerungselement, um eine bestmögliche Krankenhausversorgung für die

Bevölkerung zu gewährleisten. Es sind deshalb unverzichtbare Ausnahmen durch den Gesetzgeber selbst zu bestimmen und den Selbstverwaltungspartnern die Möglichkeit einzuräumen, den Katalog zu erweitern, wo dies aus Finanzierungsgründen sachgerecht oder für die Weiterentwicklung der Versorgung hilfreich ist. Als unverzichtbare Ausnahmen sind in jedem Fall Mengensteigerungen infolge Leistungsverlagerungen sowie Notfälle zu subsumieren.

**Zu Buchstabe a) § 9 Absatz 1a Nr. 5:
Vereinbarungen Zu- und Abschläge Notfallversorgung**

Die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung wird im DRG-System nicht gesondert ausgewiesen. Lediglich bei Nichtteilnahme erhalten Krankenhäuser einen Abschlag in Höhe von 50 Euro pro Fall.

Die Höhe der Zuschläge muss so bemessen werden, dass die Betriebs- und Vorhaltekosten der zentralen Notaufnahmen und der stationären Vorhaltekosten möglich ist. Dies umfasst auch die Kosten für eine angemessene Personalausstattung. Siehe hierzu auch Stellungnahme zu Nummer 13 (§ 120) ambulante Krankenhausleistungen.

Zu Nummer 10 (§ 10)

**Zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb)
§ 10 Abs. 3: Produktivitätsentwicklung**

Neue Vorgaben für die Preisfindung in den Krankenhäusern setzen die Unterfinanzierung in den Krankenhäusern fort und gefährden Arbeitsplätze in der Patientenversorgung. Insbesondere geht die geplante Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen zur Begrenzung der Preissteigerung zu Lasten des Krankenhauspersonals. Krankenhäuser sind mit einem Personalkostenanteil von über 60 Prozent ein personalintensiver Dienstleistungsbereich. Steigende Produktivität würde die Krankenhäuser zur weiteren Leistungsverdichtung oder aber zum Personalabbau zwingen. Schon heute hält die Personalausstattung mit der Leistungsverdichtung nicht Schritt. Eine Mitgliederumfrage des Marburger Bundes zeigt, dass vollzeitbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 55 Stunden pro Woche arbeiten. Das Arbeitsstundenvolumen sinkt zudem trotz steigender

Arztzahlen. Dies ist auch eine Folge der wachsenden Zahl der Teilzeitbeschäftigten und dem berechtigten Wunsch nach planbaren Arbeitszeiten.

Vorschlag: Streichung

Zu Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb)
§ 10 Abs. 6 Orientierungswert

Der Marburger Bund begrüßt in Bezug auf die Preisfindung die vorgesehene Weiterentwicklung des Orientierungswertes. Die Regelfinanzierung muss sicherstellen, dass Krankenhäuser die Tarifsteigerungen für seine Beschäftigten refinanzieren können. Deshalb ist eine Weiterentwicklung hin zu einem krankenhausspezifischen Warenkorb erforderlich, der die tatsächliche Kostenstrukturen- und Kostenentwicklung im Krankenhaus berücksichtigt.

Ebenso wird der Prüfauftrag zur vollen Anwendung des weiterentwickelten Orientierungswertes für 2018 begrüßt und bis dahin eine Weitergeltung der Meistbegünstigungsklausel.

Zu Buchstabe h

§ 10 Abs. 13 Laufzeit Fixkostendegressionsabschlag

Die Erhebungsdauer für den Fixkostendegressionsabschlag soll mindestens 5 Jahre betragen. Es sollen auch höhere und Abschlüsse und längere Erhebungszeiten vereinbart werden können.

Die Erhebungsdauer von 5 Jahren ist weder wirtschaftlich noch sachlich nachvollziehbar. Ein fünfjähriger Abschlag würde zum Beispiel leistungsstarke Krankenhäuser im notwendigen Strukturwandel behindern und bei Krankenhäusern mit hoher Beteiligung an der Notfallversorgung zu erheblichen Verlusten führen. Auch die Länder haben eine fünfjährige Mindestlaufzeit kritisiert und kürzere Laufzeiten empfohlen.

Vorschlag:

Es sollte daher geprüft werden, den Erhebungszeitraum entsprechend der Laufzeit der bisherigen Mehrleistungsabschlüsse auf drei Jahre zu verkürzen.

Zu Artikel 6: **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Zu Nummer 13 (§ 120) ambulante Krankenhausleistungen

Die Reduzierung des Investitionskostenabschlags von 10% auf 5% wird vom Marburger Bund als hilfreich gewürdigt, löst aber insbesondere nicht das Problem der Vergütung in der Notfallversorgung.

Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beabsichtigte bessere Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenhäusern muss in der Umsetzung zur Entlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern führen. Darüber hinaus muss die ambulante Notfallversorgung den Krankenhäusern vollumfänglich refinanziert werden. Dies umfasst auch die Kosten für eine angemessene Personalausstattung. Ein Gutachten zur Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse der DKG, das im Februar 2015 vorgestellt wurde, zeigt, dass den Kosten für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus von durchschnittlich 126 Euro pro Patient ein Erlös von nur 32 Euro gegenüber steht. Entsprechend ist die personelle Ausstattung der Notaufnahmen häufig auch auf ein Minimum reduziert. Die Absenkung des Investitionskostenabschlags von 10 auf 5 Prozent im Rahmen des GKV-VSG reicht hier nicht aus. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht von einer Kostenunterdeckung von 1 Mrd. Euro jährlich aus.

Davon unabhängig sollte der Investitionskostenabschlag vollständig bei allen ambulanten Krankenhausleistungen einschließlich der ambulanten Notfallleistungen gestrichen werden.

Zu Nummer 15 (§§ 135b bis 137 NEU)

Zu § 135c Absatz 1) **Zielvereinbarungen leitende Krankenhausärzte**

Der Marburger Bund begrüßt die geplante Neufassung und Weiterentwicklung der Regelung des § 136a SGB V zur Vermeidung von Zielvereinbarungen, die die ärztliche Unabhängigkeit von leitenden Ärzten im Krankenhaus gefährden. Der Marburger Bund ist seit vielen Jahren mit der Thematik Bonusvereinbarungen für leitende Ärzte befasst. Bereits im Jahr 2002 hat er sich gemeinsam mit der Bundes-

ärztekammer und dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte in einem Positionspapier eindeutig gegen die Bindung von Boni an die Einhaltung von vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielgrößen ausgesprochen und auf die berufsethische Problematik einer derartigen Koppelung ärztlich-medizinischer Gesichtspunkte und wirtschaftlicher Erwägungen hingewiesen. Der Marburger Bund hat zuletzt im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) angeregt, in § 136a SGB V zur Erarbeitung der Empfehlungen der DKG folgende konkrete Rahmenvorgaben zu machen:

- Vollständiger Verzicht auf alle ökonomisch orientierten Anreizmechanismen in Arbeitsverträgen sowie Zielvereinbarungen von Ärzten und ausschließliche Orientierung an medizinisch-qualitativen Kriterien.
- Entwicklung von qualitätsorientierten Zielgrößen für Bonusvereinbarungen
- Festlegung einer prozentualen Obergrenze des Bonus als Anteil an der Gesamtvergütung des Arztes, damit fixe und variable Vergütung in einem angemessenen Verhältnis stehen und die ärztliche Unabhängigkeit gewahrt bleibt.

Zu §§ 136 ff Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen i. V. m. Nummer 5 (§ 91) Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Marburger Bund hat die angekündigte Qualitätsoffensive mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer guten Versorgungsqualität grundsätzlich unterstützt. Angesichts des vorliegenden Gesetzentwurfs warnt der Marburger Bund aber vor falschen Weichenstellungen. Bedenklich ist, dass die Qualitätsindikatoren in erster Linie als Messinstrument für finanzielle Zu- und Abschläge genutzt werden sollen. Damit geht es bei der Qualitätsoffensive nicht vorrangig um die Verbesserung der Patientenversorgung, sondern um die Einführung eines zusätzlichen Steuerungsinstruments für die Krankenkassen.

Die Entwicklung von Qualitätskriterien ist kein Selbstzweck, sondern dient der Patientenversorgung. Insbesondere darf Qualitätssicherung nicht dazu missbraucht werden, die bestehenden Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern lösen zu wollen.

In der Begründung des Gesetzentwurfes wird davon ausgegangen, dass Krankenhäuser mit hohem Qualitätsstandard kostengünstiger arbeiten (Seite 46).

Das verkennt aber, dass ein hoher Qualitätsstandard nur durch eine dazu erforderliche finanzielle Grundlage überhaupt erst erreicht werden kann.

Zur Entwicklung von Qualitätskriterien verweist der MB zudem auf seine beigefügten Positionen zur geplanten Qualitätsoffensive der Bundesregierung.

Mit dem geplanten Krankenhaus-Strukturgesetz sollen die Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zudem erheblich erweitert werden.

Nach Auffassung des Marburger Bundes ist es rechtssystematisch verfehlt, dem G-BA Aufgaben im Rahmen des KHG und damit für die gesamte Krankenhausversorgung übertragen zu wollen. Der G-BA ist oberstes Organ der Selbstverwaltung im SGB V. Er hat damit grundsätzlich nur Rechtsetzungskompetenz im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gestaltung von Daseinsvorsorge ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses. So soll der G-BA neben der Festlegung von Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung zum Beispiel auch bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen entwickeln (§ 136 c Abs. 3 SGB V). Dabei soll der G-BA u.a. entscheiden, für welche Leistungen die notwendigen Vorhaltungen für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. Dies ist aber grundsätzlich eine Aufgabe der Bundesländer im Rahmen der Krankenhausplanung.

Unabhängig davon ist der G-BA angesichts seiner aktuellen Zusammensetzung und der widerstreitenden Interessen der einzelnen Trägerorganisationen in seiner derzeitigen Ausgestaltung und Organisation kein sinnvolles Instrument zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung. Die Interessen der Patienten stehen in der gegebenen Form nicht an erster Stelle. Der Marburger Bund fordert, die geltende Aufstellung/Zusammensetzung und Aufgabenstellung des G-BA zu prüfen.