

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(37)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
02.09.2015

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme
des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.
zum
Gesetzentwurf der CDU/CSU und SPD

**„Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen
der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz-KHSG)“,**
BT-Drs. 18/5372

Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580- 300
Telefax: 030 9210580- 310
e-mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 02. September 2015

I. Zielsetzung und Bewertung des Gesetzentwurfes

Ziel des Gesetzentwurfes ist die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung, so dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann. Hierzu wollen Bund und Länder die stationäre Versorgung in Deutschland grundlegend umbauen. So soll zum einen sowohl die Krankenhausplanung als auch die Finanzierung der Krankenhäuser von der in ihnen erbrachten Qualität abhängig gemacht werden. Zum anderen sollen Überkapazitäten abgebaut werden.

Der Sozialverband VdK begrüßt dies Zielsetzung. Derzeit existieren in der stationären Versorgung kaum Anreize, eine hohe Qualität zu erbringen. Patienten müssen vor Komplikationen geschützt werden. Deshalb darf zukünftig schlechte Behandlungsqualität zum Schutz des Patienten nicht ohne Konsequenzen bleiben. Der Sozialverband VdK unterstützt daher eine Weiterentwicklung der Vergütung in Richtung Qualität.

Die zahlreichen Ansätze, die zu einer Optimierung des Behandlungsangebots und der Behandlungsqualität beitragen sollen, werden vom Sozialverband VdK ebenfalls begrüßt. Hierzu zählen die Zuschläge für die Notfallversorgung, Sicherstellungszuschläge und krankenhausesindividuelle Zuschläge zur Berücksichtigung von Mehrkosten, die aus den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses resultieren.

Der Sozialverband VdK begrüßt zudem, dass die Bundesländer künftig die Krankenhäuser aus der Planung herausnehmen können, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgestellten Qualitätskriterien nicht einhalten. Dass Länder die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Landesrecht ausschließen können, hält der Sozialverband VdK nicht für zielführend und fordert hier eine verbindlichere Ausgestaltung.

Der Sozialverband VdK begrüßt darüber hinaus die Maßnahme, dass Qualitätsberichte der Krankenhäuser noch patientenfreundlicher gestaltet werden müssen und leichte nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus abgebildet werden sollen. Neben dem Qualitätsbericht sind auch weitere Veröffentlichungsformen notwendig, um Patienten und Patientinnen mehr Transparenz zu bieten.

Der Gesetzentwurf sieht ebenfalls einen Strukturfonds in Höhe von 1 Mrd. Euro vor, um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen. Das Geld hierfür soll hälftig aus dem Gesundheitsfonds mit einem Zuschuss von 500 Mill. Euro zur Verfügung gestellt werden, also aus Mitteln der Beitragszahler. Dies ist aus Sicht des VdK nicht sachgerecht. Notwendig ist eine Bundesbeteiligung aus Steuermitteln. Des Weiteren muss sich die PKV entsprechend ihrem Versichertenanteil an den Kosten beteiligen. Der andere hälftige

Anteil von 500 Mill. Euro soll von den Ländern erbracht werden. Der Sozialverband VdK befürchtet weiterhin Umsetzungsschwierigkeiten, weil Fond-Projekte nur finanziert werden, wenn die Länder ihren Beitrag auch leisten.

Das Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder wird nicht gelöst. Der VdK fordert, dass die Länder ihrer finanziellen Verantwortung zur Krankenhausfinanzierung im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge stärker gerecht werden.

Des Weiteren sind mit dem Gesetzentwurf Mehrausgaben von ca. 5,4 Mrd. Euro bis 2020 verbunden. In Anbetracht der Festschreibung des Arbeitsgeberbeitrages wird dies über steigende kassenindividuelle Zusatzbeiträge zu einer einseitigen Mehrbelastung für die Versicherten führen. Der Sozialverband VdK fordert deshalb die Rückkehr zur Paritätischen Finanzierung. Des Weiteren ist die PKV entsprechend ihrem Versichertenanteil an der Finanzierung dieser Mehrausgaben zu beteiligen.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK zu einzelnen ausgewählten, geplanten Neuregelungen gesondert Stellung. Die Gliederung folgt der Gesetzesbegründung.

1. Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung und als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung

1.1. Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Zu den planungsrelevanten Indikatoren liefert der G-BA den Planungsbehörden der Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse. Die Qualitätsindikatoren bilden eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder. Eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat Konsequenzen auch für die Aufnahme der Einrichtung in den Krankenhausplan des Landes und den Verbleib darin. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll zudem künftig unangemeldet prüfen können, ob Krankenhäuser die Qualitätsvorgaben des G-BA einhalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass die Bundesländer künftig die Krankenhäuser aus der Planung herausnehmen können, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgestellten Qualitätskriterien nicht einhalten. Den Krankenhäusern steht es jedoch frei, die Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Basis für ihre Krankenhausplanung heranzuziehen.

Durch die Reform erhalten zwar die Länder die Möglichkeit entlang der Qualität zu planen, eine generelle Neuausrichtung der Krankenhausplanung wird so jedoch nicht umgesetzt. Nach Ansicht des Sozialverbands VdK sollten daher einheitliche Qualitätsmindeststandards vorgegeben werden, die im gesamten Bundesgebiet gelten.

1.2. Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekten angeknüpft. Der G-BA soll „geeignete Leistungen und Leistungsbereiche“ auswählen, die sich für „qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile“ eignen, also für Qualitätszu- und -schläge. Es sollen Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt werden, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.

Die Qualität der Leistungen wird durch die Vertragsparteien anhand der von G-BA zu beschließenden Bewertungskriterien in Verbindung mit der einrichtungsbezogenen Auswertung durch das IQWiG festgestellt.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Patientensicherheit und Qualität im Krankenhaus hängen eng miteinander zusammen. Ein Krankenhaus ist aus Patientensicht nur dann gut, wenn es sich an die Qualitätsvorgaben hält. Grundsätzlich sollte es in der Diskussion nicht darum gehen, dass eine schlechte Leistung nicht mehr bezahlt wird, wenn die vorgeschriebenen Qualitätskriterien nicht erfüllt werden, sondern **es muss darum gehen, dass eine schlechte Leistung erst gar nicht angeboten wird**. Patienten müssen vor Komplikationen geschützt werden. Deshalb darf zukünftig schlechte Behandlungsqualität zum Schutz des Patienten nicht ohne Konsequenzen bleiben. Derzeit existieren in der stationären Versorgung jedoch kaum Anreize, eine hohe Qualität zu erbringen. Der Sozialverband VdK unterstützt daher eine Weiterentwicklung der Vergütung in Richtung Qualität.

Bei Zuschlägen auf bestimmte Leistungen müssen Maßnahmen ergriffen werden, um nicht medizinisch indizierte Mengenausweitungen zu vermeiden.

Zahlreiche Forschungsergebnisse zeigen, dass Krankenhäuser vor allem die Anzahl jener Operationen steigern, die sich finanziell lohnen.

1.3. Mindestmengen

Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das Erreichen der Mindestmengen in Form einer begründeten Prognose belegen müssen. Zudem wird ausdrücklich gesetzlich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Der Sozialverband VdK hält die Vorgabe von Mindestmengen für Eingriffe als Voraussetzung der Abrechnung von Krankenhausleistungen für ein sinnvolles Instrument zur Erhöhung der Qualität in der Versorgung. Insbesondere bei komplizierten Eingriffen ist es wichtig, dass die Operation durch einen routinierten und erfahrenen Arzt erfolgt.

1.4. Qualitätsberichte

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen noch patientenfreundlicher gestaltet werden. Hierzu sollen besonders patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form in einem zusätzlichen speziellen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten klar und verständlich dargestellt werden. Der Berichtsteil soll z.B. Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit, Maßzahlen zur Personalausstattung, Erfüllung wesentlicher Hygienestandards und die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements enthalten.

Der G-BA soll entsprechend einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser erstellen.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Dass Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, ihre Qualitätsberichte noch patientenfreundlicher zu gestalten, wird vom Sozialverband VdK ausdrücklich

begrüßt. Versicherte müssen befähigt werden, ihre Rolle als mündige Patienten wahrzunehmen. Hierzu benötigen sie u.a. qualitätsgesicherte, unabhängige, zielgerichtete und verständliche Gesundheitsinformationen, die sie in die Lage versetzen, das beste Krankenhaus zu wählen. Die Veröffentlichung von geeigneten Ergebnissen, wie z.B. Hygienequalitätsindikatoren, ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Die Maßnahme kann dazu beitragen, dass die Versorgungsqualität und Patientensicherheit erhöht wird. Neben dem Qualitätsbericht sind auch weitere Veröffentlichungsformen, wie z.B. die Weiße Liste, notwendig, um Patienten mehr Transparenz zu bieten.

Transparenz über die Qualität und die Qualitätssicherungsaktivitäten von Einrichtungen ist zudem ein wesentliches Element dafür, Wettbewerbsprozesse zu initiieren. Gerade bei elektiver Inanspruchnahme kann dies für Versicherte ein wesentliches Auswahlkriterium sein und so die Krankenhäuser zu besonderen Anstrengungen veranlassen.

2. Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms Vereinbarung eines Erlösbudgets

Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (ausschließlich Pflege am Bett) wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet. Das Programm wird für die Jahre 2016 bis 2018 stufenweise aufgebaut. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Mio. Euro. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Mio. Euro im Krankenhausbereich.

Zudem soll eine im Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission bis spätestens 31.12.2017 Vorschläge erarbeiten, wie die Finanzmittel aus dem Förderprogramm dauerhaft für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung („Pflege am Bett“) zur Verfügung gestellt werden sollen.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Die Zielsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms zur Stärkung der unmittelbaren Patientenversorgung wird vom Sozialverband VdK ausdrücklich unterstützt. Deutschland weist im internationalen Vergleich eine geringere Rate an Pflegekräften auf. Eine Vielzahl an angloamerikanischen Studien zeigen zudem, dass die Anzahl an Pflegekräften und deren Qualifikation pro Bett bzw. pro Fall einen erheblichen Einfluss auf die Ergebnisqualität hat. (vgl. Schreyögg, 2015)¹

¹ Schreyögg, J. (2015). Krankenhausreform 2015. Kommentar von Prof. Dr. Schreyögg

Die Fördermittel, die durch das Pflegestellenförderprogramm zur Verfügung stehen sollen, sind jedoch längst nicht ausreichend, um genügend Pflegepersonal in Krankenhäusern langfristig einzustellen. Bereits das Pflegestellenförderprogramm von 2009 bis 2011 zeigte, dass die Programme nur temporäre Anreize zur Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften erzielten. Am Ende des Förderprogramms haben Krankenhäuser das Personal aus bestehender Unterfinanzierung wieder abgebaut.

Die Einrichtung eines Expertengremiums, das sich u.a. mit der Weiterentwicklung der DRGs im Bereich der Pflege befassen soll, um z.B. den erhöhten Pflegebedarf von Menschen mit Behinderungen und Demenzerkrankungen abzubilden, wird vom Sozialverband VDK ausdrücklich begrüßt. Die Personalkosten zukünftig bei der DRG-Kalkulation stärker zu berücksichtigen, könnte zu einer erhöhten Betreuungsintensität der Pflege führen.

3. Weiterentwicklung der Finanzierung von Krankenhausleistungen

3.1. Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, wird auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhausespezifischen Zuschlägen geschaffen. Einrichtungen, die die Anforderungen von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, können die Zuschläge nicht vereinbaren. Die Zuschläge sollen die aufgrund der Vorgaben des G-BA zusätzlich aufgewendeten personellen und sachlichen Mittel abbilden. Hierzu zählen z.B. die Vorgaben zur Strukturqualität in der Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Die Intention, jene Krankenhäuser, die bereits unmittelbar nach Inkrafttreten der geänderten Richtlinien durch getroffene Maßnahmen die Anforderungen erfüllen entsprechend zu vergüten, wird vom Sozialverband VdK begrüßt. Es wird so eine Benachteiligung im Vergleich zu Krankenhäusern, die erst nach Inkrafttreten der geänderten Richtlinien Maßnahmen ergreifen, vermieden.

3.2 Sicherstellungszuschläge

Zukünftig sollen Krankenhausträger und Sozialleistungsträger Sicherstellungszuschläge vereinbaren können, wenn die Sicherstellung der Versorgung vor Ort sonst unmöglich ist, das Krankenhaus im Vorjahr ein Gesamtbilanzdefizit aufweist und die Leistung durch kein anderes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden kann. Das Vorliegen der Voraussetzungen prüft die jeweilige zuständige Landesbehörde.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Die vorgesehene Unterstützung von Krankenhäusern, die aufgrund von der Region geschuldeten geringen Fallzahlen nicht wirtschaftlich existieren können, wird vom Sozialverband VdK unterstützt. Eine gut erreichbare medizinische Versorgung muss auch in strukturschwachen Gebieten gewährleistet sein. Durch Sicherungszuschläge wird auch der Anreiz vermindert, eine Unterfinanzierung durch die Erbringung nicht bedarfsnotwendiger Leistungen zu kompensieren.

Nach dem Gesetzentwurf sollen nur Einrichtungen, die negative wirtschaftliche Ergebnisse erzielen, Sicherstellungszuschläge erhalten. Hier würde es der Sozialverband VdK begrüßen, wenn pauschale Sicherstellungszuschläge grundsätzlich für Krankenhäuser der Grundversorgung zur Verfügung stehen.

3.3. Finanzierung der Notfallversorgung

Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten ab 01.07.2017 in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen differenzierte Zuschläge. Der G-BA erstellt hierzu bis zum 31.12.2016 ein Stufenmodell zum Grad der vorgehaltenen Notfallversorgung.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Der Sozialverband VdK unterstützt ausdrücklich die vorgesehenen Zuschläge für Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen.

4. Einrichtung eines Strukturfonds Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

Die Länder führen die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionskosten für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen. Dazu haben sich die Länder in den am 5. Dezember 2014 verabschiedeten Eckpunkten zu einer Krankenhausreform bekannt. Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten.

Bewertung des Sozialverbands VdK:

Die Zielsetzung, dass durch den Strukturfonds der Umbau der Krankenhausstrukturen und die Umwandlung von Kapazitäten gefördert werden soll, wird vom Sozialverband VdK ausdrücklich begrüßt. Der Sozialverband VdK hält es für sachgerecht, Überkapazitäten bei Krankenhäusern abzubauen, indem diese bei Bedarf in ambulante Versorgungszentren oder pflegerische Einrichtungen umgebaut werden.

Eine zentrale Voraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung von Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen ist zudem die Sicherstellung des barrierefreien Zugangs und der barrierefreien Behandlung von Menschen mit Behinderung. Hierzu ist es erforderlich, dass Krankenhäuser flächendeckend baulich und technisch barrierefrei werden müssen. Ein Hauptproblem unseres Gesundheitswesens ist nach wie vor die unzureichende Barrierefreiheit. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet die Vertragsstaaten in Artikel 25, das Recht behinderter Menschen auf gleichen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen allgemeinen Diensten des Gesundheitswesens sicherzustellen.

Der neu einzurichtende Strukturfonds von 1 Mrd. Euro soll zunächst aus dem Gesundheitsfonds mit einem Zuschuss von 500 Mill. Euro gespeist werden, also aus Mitteln der Beitragszahler. Dies ist aus Sicht des VdK nicht sachgerecht. Notwendig ist eine Bundesbeteiligung aus Steuermitteln. Des Weiteren muss sich die PKV entsprechend ihrem Versichertenanteil an den Kosten beteiligen. Der andere hälftige Anteil von 500 Mill. Euro soll von den Ländern erbracht werden. Der Sozialverband VdK befürchtet weiterhin Umsetzungsschwierigkeiten, weil Fond-Projekte nur finanziert werden, wenn die Länder ihren Beitrag auch leisten.