

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0125(31)**  
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.  
15\_KHSG  
02.09.2015

Verband der  
Krankenhausedirektoren  
Deutschlands eV



Berlin, 02.09.2015

**Stellungnahme**

**des**

**Verbandes der Krankenhausedirektoren Deutschlands**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur**

**Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung**

**(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

**BT-Drucksache 18/5372**

**sowie zu den Anträgen der Fraktionen von**

**Bündnis 90/Die Grünen und**

**Die Linke**

**Vorbemerkung**

Der Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands (VKD) vertritt die Managementebene der Krankenhäuser. Er spricht damit für über 1.800 Führungskräfte (Vorstände, Geschäftsführer, Krankenhausedirektoren und Verwaltungsleiter), die vor Ort in der Verantwortung stehen, eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung für die Bevölkerung sicherzustellen.

Der von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD vorgelegte Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) wurde bereits in der Fassung als Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums seit April 2015 in den Fachgremien der Parteien und Verbände wie auch in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert. Auch der VKD hat in vorgängigen Stellungnahmen und Pressemitteilungen die aus Sicht des Krankenhausmanagements erforderlichen Änderungen vorgetragen. Mit der vorliegenden Stellungnahme bewerten wir die aus Sicht der Praxis größten Risiken der beabsichtigten Neuregelungen für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung in den Kliniken und schlagen dazu Änderungen vor.

**A.****Zur Lage der Krankenhäuser**

Etwa ein Drittel der Krankenhäuser, die Fallpauschalen abrechnen, schreibt nach der VKD-Umfrage 2015 rote Zahlen. Nur jedes zehnte Krankenhaus ist überhaupt in der Lage, durch Erwirtschaften ausreichender Überschüsse, seine Zukunft zu sichern. Ein Finanzierungssystem, das solche Wirkungen in der Versorgungsrealität hinterlässt, kann nicht richtig sein.

Der gegenüber früheren Umfragen etwas geringere Anteil der Kliniken mit Defizit – 2012 waren es noch 46 % – ergibt sich aus den seit 2013 gezahlten „Krankenhaushilfen“, u. a. dem Versorgungszuschlag. Wenn der GKV-Spitzenverband in seinem Argumentationspapier vom Juli 2015 diesen Zusammenhang verschweigt, um die Finanzlage der Krankenhäuser als „nicht dramatisch“ darzustellen, dann ist das schlicht unglaubwürdig.

Wenn mit dem Gesetzentwurf zu befürchten ist, dass der Versorgungszuschlag auslaufen soll und ab 2017 sogar erweiterte Belastungen auf die Krankenhäuser zukommen (Fixkostendegressionsabschlag), dann muss man davon ausgehen, dass die Anteile der Krankenhäuser mit roten Zahlen wieder ansteigen werden. Der Gesetzgeber nähme damit billigend in Kauf, dass sich die Qualität und die Patientensicherheit in den Kliniken durch Ressourcenentzug massiv verschlechterten.

Geplante Verbesserungen durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), in einzelnen Bereichen jeweils in Millionenhöhe, stehen Unterlassungen und einer fortdauernden Unterfinanzierung, in wesentlichen Bereichen jeweils in Milliardenhöhe, gegenüber:

- die Unterfinanzierung der Investitionen von über 3 Milliarden Euro pro Jahr,
- die Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus von rund 1 Milliarde Euro pro Jahr und
- die Unterfinanzierung der Personalkosten infolge der Preis-Tarif-Schere, aktuell kumuliert auf rund 2,5 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Fortsetzung einer Politik der finanziellen und personellen Auszehrung der Kliniken, wie sie mit dem GKV-Finanzierungsgesetz 2010 eingeleitet wurde – in der Hoffnung auf "Marktberreinigung" – ist ein unverantwortlicher und gefährlicher Weg. Einzelne Reparaturmaßnahmen (Pflegestellen-Förderprogramm) sind zwar erforderlich, aber nicht die Lösung für Folgeprobleme einer insgesamt verfehlten Krankenhauspolitik.

Bund und Länder tragen eine gemeinsame Verantwortung für einen großen gesellschaftlichen Bereich, in dem über 1 Million Beschäftigte jedes Jahr rund 40 Millionen ambulante

und stationäre Patienten versorgen. Dieser Verantwortung werden sie nur gerecht, wenn sie die Kraft haben, den dringend nötigen Kurswechsel einzuleiten.

Aus Sicht des VKD sollten im Gesetzgebungsverfahren des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zumindest die nachfolgenden Änderungen im Gesetzentwurf vorgenommen werden, um die Abwärtsspirale nicht noch zu beschleunigen.

## **B. Änderungsvorschläge im Einzelnen**

### 1. Die Finanzlage der Krankenhäuser stabilisieren

Der Versorgungszuschlag von 0,8 Prozent sollte vollständig und basiswirksam in die Landesbasisfallwerte überführt werden.

Der Fixkostendegressionsabschlag sollte auf drei Jahre begrenzt werden. Ebenso sollte ein fester Prozentsatz ins Gesetz geschrieben werden, der sich an den derzeitigen Mehrleistungsabschlägen orientiert (25 %).

Definition eines zur Sicherstellung der Versorgung notwendigen Ausnahmenkataloges in Anlehnung an die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 24.08.2015.

Vollständige Aufhebung des Fixkostendegressionsabschlages bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern, damit sich die Patientenversorgung dort konzentrieren kann, wo hohe Qualität erbracht wird.

Aufhebung der Preis-Tarif-Schere durch eine sachgerechte Fortschreibung der Preise für Krankenhausleistungen auf Landesebene. Die tatsächliche Tarifsteigerung sollte dabei Grundlage für die Preisverhandlungen auf Landesebene sein.

### 2. Landesbasisfallwert – Konsequente Abkehr von der doppelten Degression

Die Degression des Landesbasisfallwertes infolge landesweiter Mehrleistungen sollte aufgrund der ungerechten und bestandsgefährdenden Kollektivhaftung für Krankenhäuser ohne Mehrleistungen wie geplant abgeschafft werden.

Die im Entwurf noch vorgesehenen neuen Absenkungstatbestände (Produktivität, ambulantes Verlagerungspotenzial, Fehlbelegung) sollten gestrichen werden, da sie für die Kliniken eine doppelte Belastung darstellen: Mehr „Produktivität“ bedeutet eine weitere

Ausdünnung der Personaldecke, Verweildauerverkürzung und Arbeitsverdichtung. „Ambulantes Verlagerungspotenzial“ und „Fehlbelegung“ werden bereits jetzt in umfangreichen Fallprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) durch Rechnungsstornierungen und Rechnerkürzungen abgeschöpft. Im Falle einer Beibehaltung würde den Krankenhäusern für einen Tatbestand zweimal Geld entzogen.

Keine Absenkung im Landesbasisfallwert für Zusatzentgelte (u. a. innovative Leistungen zur Behandlung neuer Patientengruppen).

In der Systematik zur Ermittlung des Landesbasisfallwertes fehlt eine Demografiekomponente. In den kommenden Jahren ist mit einer verstärkten demografischen Alterung zu rechnen. Insoweit sollte eine Demografiekomponente als Erhöhungstatbestand von mindestens einem Prozent des Landesbasisfallwertes in die Regelungen aufgenommen werden.

### 3. Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege

Ausweitung des Pflegestellen-Förderprogramms auf Intensivpflegepersonal und Verdoppelung des Volumens.

### 4. Sinn und Zweck des Strukturfonds

Die Einrichtung eines Strukturfonds ist grundsätzlich positiv zu werten, wenn auch das Mittelvolumen zu niedrig ist. Im Gesetzentwurf sollte deshalb konkret geregelt werden, dass die Fördermittel nur gezielt und regional ausreichend für den gesetzlichen Zweck (Abbau von Überkapazitäten, Konzentration, Umwandlung) eingesetzt werden. Geeignet sind dazu regionale Pilotprojekte. Der Zweck sollte erweitert werden um Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Verbesserung der IT-Infrastruktur. Die Umsetzung von Pilotprojekten sollte wissenschaftlich begleitet werden.

Ohne die vorgenannten Änderungen ist bei dem geringen Mittelvolumen damit zu rechnen, dass entsprechende Wirkungen nicht nachgewiesen werden können oder die Wirkung der aufgewendeten Mittel wegen zu großer Streuung verpufft.

Angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen zur Flüchtlingsthematik gehört ein Aspekt jedoch auf den Prüfstand: Die These von den Überkapazitäten im Krankenhausbereich. Diese These scheint zum Dogma der Vergangenheit zu werden. Der Bundesinnenminister hat am 19. August eine aktualisierte Prognose zu den Flüchtlingszahlen vorgestellt. Er geht danach von etwa 800.000 aus für 2015 (1 % der Bevölkerung). Gegenüber 2014 ist dies eine Vervierfachung. Und er geht davon aus, dass Deutschland in den kommenden Jahren mit ähnlich hohen Flüchtlingszahlen rechnen muss. Vor Ort stellen

wir bereits jetzt einen erheblichen Mehraufwand für die medizinische Versorgung fest. Diese zahlenmäßig relevanten Entwicklungen müssen bei der Bewertung der ambulanten und stationären Kapazitäten berücksichtigt werden.

#### 5. Der MDK ist kein Unparteiischer

Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen von G-BA und Ländern sollte durch die bereits bestehenden und für diesen Zweck besonders geeigneten Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung kontrolliert werden, die als Einrichtungen der Selbstverwaltung auf Landesebene organisiert sind. Gerade im „strukturierten Dialog“ haben diese Institutionen bereits über Jahre Erfahrungen gesammelt und verfügen über die notwendige Neutralität der Qualitätskontrolle sowie über die erforderliche fachliche Expertise. Beides ist vom MDK erfahrungsgemäß weniger zu erwarten. Der Gesetzentwurf sollte entsprechend geändert werden und diese Aufgabe den Landesgeschäftsstellen zur Qualitätssicherung übertragen.

#### 6. Ambulante Notfallversorgung am Krankenhaus stärken

Heute schon versorgen die Krankenhäuser mehr ambulante Notfälle als die niedergelassenen Ärzte. Die Vergütungen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen ohne Beteiligung der Krankenhäuser festgelegt. Es besteht aktuell eine Unterfinanzierung der ambulanten Notfallversorgung am Krankenhaus von rund 1 Milliarde Euro pro Jahr.

Der Gesetzgeber sollte eine gemeinsame Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhäuser, einschließlich der Möglichkeit zur Vereinbarung gesonderter Vergütungen für Kliniken, regeln. Damit kann die ambulante Notfallversorgung am Krankenhaus für Patienten gestärkt werden, indem Kliniken nicht mehr nur als „Ausputzer“ gefragt sind, mit Nachteilen für die Patienten (u. a. überlange Wartezeiten), sondern diese Leistung regulär, strukturiert und zu einer leistungsgerechten Vergütung erbringen können.

#### 7. Krankenkassen an den Regelinvestitionen der Kliniken beteiligen

Die Investitionsförderung der Bundesländer ist weiterhin weder sachgerecht, noch rechtskonform geregelt. Die bisherigen Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sind nicht geeignet, den Dauerverstoß der Bundesländer gegen diese Vorschriften zu unterbinden.

Auch die Bundesregierung plant mit dem KHSG offenbar keine Trendwende und lässt diesen Dauerverstoß weiterhin zu. Insbesondere wird das „Zielkriterium“ der „wirtschaft-

lichen Sicherung der Krankenhäuser“ nach § 1 KHG nicht erfüllt, wenn über ein Drittel der Kliniken rote Zahlen schreibt und nur jedes zehnte Krankenhaus in der Lage ist, durch Erwirtschaften ausreichender Überschüsse, seine Zukunft zu sichern.

Vor diesem Hintergrund schlägt der VKD vor, die Krankenkassen parallel zu den Bundesländern an der Finanzierung von Regelinvestitionen zu beteiligen. Die Zuweisung von Investitionsmitteln der Krankenversicherung kann über die bereits ermittelten Investitionsbewertungsrelationen erfolgen. Bei einer aus Sicht des VKD betriebswirtschaftlich vernünftigen Investitionsquote mit einem Rechnungszuschlag von mindestens 5 Prozent würde dadurch ein zusätzliches Investitionsvolumen von 3,6 Milliarden Euro (2013) pro Jahr resultieren, das über die Investitionsbewertungsrelationen verteilt würde. Aufgrund der Logik der Fallpauschalen als Wettbewerbssystem liegen Investitionsentscheidungen ausschließlich und autonom in der Hand der Krankenhausträger. Aus ordnungspolitischer Sicht verbietet sich hier also ein Mitspracherecht der Krankenkassen.

#### 8. Gesetzliche Vorgaben zur Personalbemessung

Die von den Fraktionen Bündnis 90 / Die Grünen und Die Linke analysierte Engpass-Situation in der Personalvorhaltung der Krankenhäuser trifft im Wesentlichen zu. Die durch falsche gesetzliche Rahmenbedingungen forcierte finanzielle und personelle Auszehrung der Kliniken hat zunehmend negative Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit für den Patienten wie auch die Sicherheit und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Die im internationalen Vergleich hohe Produktivität der Krankenhäuser in Deutschland ist nur auf den ersten Blick positiv. Auf den zweiten Blick wird klar, dass dahinter Arbeitsverdichtung und die Zunahme des Fehlerrisikos in komplexen Handlungsabläufen steckt.

Die Lösung des Problems sieht der VKD jedoch nicht in gesetzlichen Vorgaben zur Personalbemessung. Es ist erfahrungsgemäß nicht damit zu rechnen, dass entsprechende Vorgaben vollwertig gegenfinanziert werden. Weiterhin wären solche Vorgaben, auch wenn sie nur eine einheitliche Methodik der Personalbemessung vorsehen, in der wettbewerblichen Grundordnung des Fallpauschalensystems kontraproduktiv, weil sie die unternehmerische Entscheidungsfreiheit und Kreativität für individuelle Organisationslösungen einschränken. Grundsätzlich sind die strukturellen Voraussetzungen der Krankenhäuser individuell so unterschiedlich, dass es vor Ort sowohl zu Überbesetzungen als auch zu Unterbesetzungen käme.

Dr. Josef Düllings, Präsident,  
für den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)