



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)

Berlin, 19.06.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

A. Allgemeiner Teil

Die in dem Regierungsentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen sind nicht ausreichend, um die stationäre Versorgung in Deutschland nachhaltig auszurichten und zu verbessern. Folgende zentrale Anliegen werden weiterhin nur unzureichend angegangen:

Personal

Weder für die in den Kliniken tätigen Ärzte noch für das weitere medizinische Personal ist die seit längerer Zeit angemahnte und vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftemangels unverzichtbare vollständige Refinanzierung des medizinischen Personals und der Personalkosten sichergestellt. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse, zur Reduktion der Arbeitsverdichtung zur Refinanzierung der Tarifabschlüsse sowie zur Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind nicht enthalten. Ebenso vermisst werden Maßnahmen gegen den wachsenden Ärztemangel auch in den Kliniken. Die vorgesehene Halbierung des Investitionskostenabschlags in der Notfallversorgung wird nur minimal die finanzielle und damit auch personelle Lage bei der Erbringung ambulanter Notfall-Leistungen an den Kliniken verbessern. Das vorgesehene Pflegestellenförderprogramm ist zwar prinzipiell zu begrüßen, aber hinsichtlich seines Umfangs völlig unzureichend. Zudem werden viele Kliniken den erforderlichen Eigenanteil zur Teilnahme nicht aufbringen können.

Wenn eine Sicherstellung oder gar deutliche Verbesserung des Qualitätsniveaus an den Kliniken als ein zentrales Ziel der Reform angestrebt wird, sind deutliche und nachhaltige Verbesserungen der beruflichen Rahmenbedingungen und der Finanzierung von hochqualifiziertem medizinischem Personal unverzichtbar.

Investitionsfinanzierung

Sowohl bei den Beteiligten in den Kliniken, bei den Verhandlungspartnern in der Selbstverwaltung als auch bei den Teilnehmern der Bund-Länder-Arbeitsgruppe ist es völlig unstrittig, dass eine deutliche Verbesserung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung erfolgen muss. Leider finden sich auch im Regierungsentwurf keine Regelungen, die dem Bedarf in Höhe von ca. drei Milliarden Euro pro Jahr zusätzlich gerecht werden. Vor dem Hintergrund der erheblichen Steuerzuwächse und umfänglicher Investitionsprogramme in anderen Gesellschaftsbereichen sowie auf EU-Ebene („Juncker-Investitionsplan“) ist es nicht nachvollziehbar, dass sich Bund und Länder angesichts der demografischen

Herausforderung einem gemeinsamen Investitionsfinanzierungsprogramm verweigern. Der Verweis auf die allgemeinen Bund-Länder-Finanzgespräche trägt an dieser Stelle nicht und geht mit massiven Verzögerungen einher. Leidtragende sind die Patienten sowie die Mitarbeiter in den Kliniken, die die fehlenden Finanzmittel durch eine weitere Arbeitsverdichtung und Verschlechterung der Arbeitsbedingungen kompensieren müssen.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Die Diskussionen in der Anhörung zum Referentenentwurf haben gezeigt, dass die Möglichkeiten des G-BA deutlich überschätzt werden. Der G-BA verfügt weder für die Entwicklung von Indikatoren zur Ergebnisqualität noch für die Strukturierung der Notfallversorgung oder die Sicherstellung von Leistungen über die dafür notwendigen Möglichkeiten und Ressourcen. Bei der geplanten Festlegung von Vorgaben für die Sicherstellungszuschläge überschneiden sich die geplanten Kompetenzen mit denen der Landeskrankenhausplanung durch die Bundesländer. Zudem ist es dem G-BA nicht möglich, unter Berücksichtigung der jeweiligen Landeskrankenhausplanung bundesweit zu prüfen, welche Leistungen für die Bevölkerung vor Ort notwendig sind.

Unverändert zu hinterfragen ist die dem Reformansatz zugrunde liegende Intention, durch vorgebliche Qualitätsorientierung strukturellen Herausforderungen zu begegnen, die durch die demografische Entwicklung, den medizinischen Fortschritt und regionale Veränderungen bedingt sind. Die im Gesetzentwurf angelegte Neukonzeption bedeutet einen drastischen Eingriff in das über Jahrzehnte erfolgreich aufgebaute, komplexe, aber gleichwohl austarierte System der Qualitätssicherung in Deutschland. Die im Regierungsentwurf angelegten Maßnahmen sind zunächst einzeln zu erproben, anstatt gleichzeitig und flächendeckend umgesetzt zu werden. Die methodischen Anforderungen an die Maßnahmen werden nach wie vor unterschätzt.

Bürokratie

Viele der neuen Regelungen zur Qualitätssicherung und zu den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung werden mit einer deutlichen Zunahme an Dokumentation und Bürokratie einhergehen. Genau das Gegenteil wäre dringend erforderlich.

Betriebskostenfinanzierung

Die Neuregelungen unter anderem im Bereich der Fixkostendegression, der Sicherstellungszuschläge, des Schlichtungsverfahrens oder der Anrechnungsmodalitäten im Verhältnis zum Landesbasisfallwert führen angesichts der weiterhin geplanten ersatzlosen Streichung des Versorgungszuschlags zu keiner Verbesserung. Eine Überführung des

jährlich ca. 500 Mio. € umfassenden Versorgungszuschlags basiswirksam in die Landesbasisfallwerte bleibt unerlässlich.

Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer

Der vorliegende Entwurf lässt den zuständigen Behörden auf Landesebene zwar nominell noch die Möglichkeit einer Abweichung von den zukünftig zu erwartenden Qualitätsvorgaben durch den G-BA. Faktisch werden die Bundesländer aber nur noch bedingt von den „Bundesvorgaben“ abweichen können. Der Erhalt der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer ist unverzichtbar.

B. Stellungnahme im Einzelnen

Artikel 1: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Qualitätsindikatoren als Bestandteil der Krankenhausplanung

Zu Nummer 2: § 6 Abs. 1a KHG-E

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die in dem Regierungsentwurf beabsichtigte bessere Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in der Krankenhausplanung. Mit dieser Initiative wird eine langjährige Forderung der Ärzteschaft aufgegriffen. Bei der weiteren Ausgestaltung ist es wesentlich, dass die Neuregelungen in keiner Weise die Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer untergraben und zugleich genügend Spielraum für regional erforderliche Adaptierungen bleibt. Zudem sollte bei der zukünftigen Ausgestaltung und Anwendung die Expertise der Ärzteschaft sowohl im G-BA und der Institution gemäß § 137a SGB V als auch in den Planungsgremien auf Landesebene verankert werden (für weitere Kommentare der Bundesärztekammer siehe die Hinweise zu § 136c SGB V-E).

Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen („Strukturfonds, Reorganisationsfonds“)

Zu Nummer 5: § 12 KHG-E

Die Einführung eines Strukturfonds wird begrüßt. Die alleinige Fokussierung auf die Reduktion und den Abbau stationärer Ressourcen wird allerdings abgelehnt. Umso erfreulicher ist die Streichung der entsprechenden Formulierung im vorliegenden Entwurf der Bundesregierung. Die Strukturänderungen sollten regional bedarfsgerecht sein. So sehr es z. B. für einige Bundesländer von Vorteil sein könnte, Klinikeinheiten in Pflegeeinheiten umwidmen zu können, wird es für andere Bundesländer (z. B. Hessen) nur einen sehr begrenzten Bedarf in dieser Hinsicht geben. Die Bundesärztekammer empfiehlt, das Prüfverfahren durch das Bundesversicherungsamt von Beginn an so unbürokratisch wie möglich zu gestalten. Zudem wird aktuell der Abgleich mit dem Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern empfohlen.

Um auch finanzschwächeren Bundesländern den Zugang zu den neuen Umstrukturierungsoptionen zu erleichtern, muss die 1:1 Kopplung (Zugang zu Strukturfondsmitteln abhängig von der Kofinanzierung des jeweiligen Bundeslands) revidiert werden.

Krankenhausinvestitionsfinanzierung

Zu Nummer 5 § 12 Abs. 2 Nr. 3 KHG-E

Die nach langen und eingehenden Diskussionen zwischen Bund und den Ländern vereinbarte und jetzt in den Regierungsentwurf übernommene Regelung ist aus Sicht der Bundesärztekammer völlig unzureichend. Während in vielen Gesellschaftsbereichen der aufgelaufene Investitionsstau und Gegenmaßnahmen intensiv diskutiert werden, bleiben Bund und Länder bei dieser zentralen Frage des Gesundheitswesens die dringend notwendige nachhaltige Lösung schuldig. Die vorgesehene Festschreibung des Investitionsvolumens auf lediglich den Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 verkennt die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs. Das jährlich notwendige Mindestfinanzvolumen von zusätzlich drei Milliarden Euro ist auf Basis empirischer Kalkulationen des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2014 bestätigt worden. Die Bundesärztekammer sowie andere Institutionen und Verbände hatten bereits unterschiedliche Modelle der (Ko-)Investitionsfinanzierung unterbreitet.¹

Leider findet sich in dem vorliegenden Entwurf der Bundesregierung keinerlei Ansatz zur Lösung dieser dringenden Finanzproblematik. Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung einer ausreichenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung kann ohne deutliche Nachbesserung dieser Regelung von keiner zukunftsweisenden Krankenhausreform die Rede sein.

Änderungsvorschlag: Integration einer Gesetzesregelung zur Bund-Länder-Kofinanzierung von zusätzlich mindestens drei Milliarden Euro pro Jahr. Notwendig sind klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen.

Zu- und Abschlagsregelungen; Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA

Zu Nummer 7a): § 17b Abs. 1 und 1a KHG-E

In den Modifikationen und Neuformulierungen des § 17b KHG werden eine Fülle von Vorschlägen aus der Ärzteschaft zur Krankenhausfinanzierung wie z. B. eine verbesserte Berücksichtigung der Palliativmedizin sowie der Kosten für Patienten mit außerordentlich hohen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen, der Ausbau der Notfallversorgung und eine Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung und Fehlermeldesysteme aufgegriffen. Insbesondere die geplante Refinanzierung der mit den neuen G-BA-

¹ Positionen der Bundesärztekammer zur Krankenhausfinanzierung vom 13. Dezember 2013, abrufbar unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Positionspapier_Krankenhausfinanzierung.pdf (Zuletzt geprüft: 19. Juni 2015)

Gemeinsame Resolution der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates für eine qualitätssichernde Krankenhausfinanzierung vom 04. September 2014, abrufbar unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Resolution_04092014.pdf (Zuletzt geprüft: 19. Juni 2015)

Beschlüssen einhergehenden Mehrkosten, der Finanzierung von Vorhalteleistungen und der Aufnahme von Begleitpersonen wird begrüßt. Die Bundesärztekammer empfiehlt allerdings bei den vorgesehenen Zu- und Abschlagsregelungen eine Beschränkung auf Zuschlagsregelungen auf der Basis rechtssicherer Kriterien vorzusehen.

Mehrkostenregelung G-BA: Für den sehr begrüßenswerten Grundsatz der Refinanzierung der aus Beschlüssen des G-BA resultierenden Mehrkosten sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen eines budgetierten Systems keine finanzielle Überforderung der Kliniken resultiert. Neuanforderungen wie z. B. im Bereich Personal, Hygiene, Strukturkriterien oder neue Mindestmengen müssen künftig finanziell ausreichend gesichert sein.

Sachkosten: Mit dem Reformentwurf werden die Selbstverwaltungspartner beauftragt, mit Unterstützung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Konzept als Basis sachgerechter Korrekturen der kalkulierenden Bewertungsrelationen zum Abbau möglicher Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten zu erarbeiten. Es ist zwar prinzipiell begrüßenswert, dass die aus der Neubewertung resultierende Umverteilung zu Gunsten von Personalkosten erfolgen soll, dennoch wird auch an dieser Stelle die klassische Ist-Kosten-Kalkulation verlassen. Sollte die Neuregelung zur Anwendung kommen, sind die aus den Kalkulationen resultierenden Sachkostensteigerungen ebenfalls zu integrieren.

Änderungsvorschlag: Der G-BA wird verpflichtet, vor der Verabschiedung von Richtlinien eine belastbare Folgenabschätzung des finanziellen Mehraufwandes vorzunehmen.

Stichprobe Kalkulationskliniken

Zu Nummer 7c): § 17b Abs. 3 KHG-E

Die vorgesehene Zwangsverpflichtung von Kalkulationskliniken ist nicht sachgerecht. Die Umsetzung des G-DRG-Systems im Sinne eines lernenden Systems sollte freiwillig bleiben; sie ist die entscheidende Basis für die Akzeptanz. Zudem ist eine ausreichende finanzielle Entschädigung der an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken vorzusehen. Sowohl für die Verwaltung als auch die beteiligten Ärzte sind die jeweiligen Dokumentationen und Datenlieferungen mit einem erheblichen Dokumentations-, Arbeits- und Zeitaufwand verbunden, dessen Nutznachweis im Sinne einer Qualitätsverbesserung zu erbringen wäre. Der Aufwand für die Zwangsverpflichtung und resultierenden Prüfungen steht in keiner Relation zu dem angestrebten Anliegen einer Nachjustierung der Kalkulationsgrundlagen.

Änderungsvorschlag: Streichung der bisher vorgesehenen Verpflichtung von Kliniken zur Teilnahme an der Kalkulationsstichprobe des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Fachkräftemangel – Pflegestellenförderprogramm

Zu Nummer 4i): § 4 Abs. 8 bis 11 KHEntgG-E

Der Weg über Pflegeförderprogramme kann nur als kurzfristige Kompensation gesehen werden. Mit den voraussichtlich resultierenden zwei, maximal drei Pflegekräften je Klinik (6.500 Stellen/1.960 Kliniken) ist nur ein sehr mäßiger Wirkungsgrad zu erzielen. Kritisch wird insbesondere eine pflegespezifische Ausgestaltung des G-DRG-Systems gesehen. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score sind überwiegend negativ (hoher Dokumentationsaufwand, geringe Aussagekraft etc.). Zudem erscheint eine berufsgruppenspezifische Ausgestaltung der G-DRG als wenig zielführend.

Änderungsvorschlag: Beteiligung der Bundesärztekammer an der vorgesehenen Expertenkommission zur Erarbeitung von Lösungsoptionen für eine deutlich verbesserte Berücksichtigung des Personalbedarfs und der Abbildung der resultierenden Personalkosten im G-DRG-System.

Bei der Ausgestaltung des Pflegeprogramms sind auch die Intensivstationen zu berücksichtigen. Bei finanzschwachen Kliniken (insbesondere der grund- und Regelversorgung in Flächenregionen) ist auf die geplante Eigenbeteiligung von zehn Prozent zu verzichten.

Sicherstellungszuschläge

Zu Nummer 5b): § 5 Abs. 2 KHEntgG-E

Die Bundesärztekammer begrüßt die Intention, den Sicherstellungszuschlag im G-DRG-System praktikabler zu gestalten. Mit der Regelung wird eine langjährige Forderung der Ärzteschaft aufgegriffen. Insbesondere für (zumeist kleinere) Kliniken, die für die regionale Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind, jedoch über die G-DRG-Systematik keine ausgeglichene Bilanz erzielen können, kann so mehr finanzielle Planungssicherheit ermöglicht werden. Daher ist die im vorliegenden Entwurf der Bundesregierung geplante Übergangsregelung für Kliniken, die bereits vor dem 1. Januar 2016 einen Sicherstellungszuschlag vereinbart haben, ebenfalls zu begrüßen. Ein Krankenhaus soll in Zukunft nur noch dann sicherstellungszuschlagsberechtigt sein, wenn die Gesamtklinik Verluste nachweisen kann. Ein Abteilungsbezug würde eine deutlich größere Flexibilität der Anwendung ermöglichen. Zudem sollte die vorgesehene Ausgestaltung der neuen Kriterien durch die § 17b KHG-Partner erfolgen. Das Grundprinzip des „lernenden“ Vergütungssystems der G-DRG sollte systemimmanent (§ 17b KHG-Partner) weiterverfolgt werden.

Änderungsvorschlag: Verzicht auf die geplante Auslagerung von Teilaspekten der G-DRG-Kalkulation in den G-BA. Dadurch kann eine Verquickung der unterschiedlichen Zuständigkeiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des G-BA zur Berücksichtigung des Abteilungsbezugs vermieden werden.

Änderung der Formulierung des § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG-E in: „Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass die Krankenhausabteilung für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.“

Qualitätszu- oder -abschläge

Zu Nummer 5d): § 5 Abs. 3a KHEntgG-E und zu Nummer 8: § 8 Abs. 2 S. 3 Nr. 2

KHEntgG-E

Zur Bewertung der geplanten Qualitätszu- oder -abschläge siehe den Kommentar zu Nr. 15, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V-E.

Klinische Sektionen

Zu Nummer 5d) § 5 Abs. 3b KHEntgG-E

Die Neuformulierung, dass für klinische Sektionen bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG ein Zuschlag zu vereinbaren ist, entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft. Damit werden Sektionen als ein zentrales Instrument der medizinischen Qualitätssicherung sowie der Forschung und Wissenschaft gestärkt. Zudem begrüßt die Bundesärztekammer, dass die Zuschläge nicht budgetbelastend (Landesbasisfallwert-senkend) wirken sollen. Die im Entwurf der Bundesregierung vorgesehene Entwicklung und Berücksichtigung von Kriterien zur Obduktion ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag: Bei der Formulierung der Anforderungen an die Durchführung (z. B. Sektionsrate) sind die Ärztekammern einzubinden.

Vorgaben für Mindestmengen

Zu Nummer 8bb): § 8 Abs. 4, KHEntgG-E

Zur Bewertung der Vorgaben für Mindestmengen siehe den Kommentar zu Nr. 15, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V-E.

Palliativmedizin (Besondere Einrichtung)

Zu Nummer 10b) bbb): § 10 Abs.3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG-E

Die Bundesärztekammer begrüßt die vorgesehene Regelung zum Geltungsanspruch als „Besondere Einrichtung“. Da auch hier keine absenkende Wirkung auf den

Landesbasisfallwert vorgesehen ist, dürfte die Regelung zu einem weiteren Ausbau dieser notwendigen Versorgungsform beitragen.

Berücksichtigung der „Produktivität“

Zu Nummer 10b) bb): § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG-E

Die Bundesärztekammer lehnt die neu vorgesehene Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung bei den zukünftigen Verhandlungen zum Landesbasisfallwert ab. Die Neuregelung würde zwangsläufig zu einem relativen Absinken der (ökonomischen) Produktivität durch Gefährdung der Personalbudgets in den Kliniken führen. Dies ist angesichts des bestehenden Fachkräftemangels nicht sinnvoll.

Änderungsvorschlag: Streichung des § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG-E.

Orientierungswert

Zu Nummer 10d): § 10 Abs. 6 KHEntgG -E

Die weitere Entwicklung einer ausgereiften Methodik zur Ermittlung des Orientierungswerts wird begrüßt. Mit der vorgesehenen Neuregelung wird einer Forderung der Ärzteschaft zur Krankenhausfinanzierung entsprochen. Abzuwarten bleibt, ob das zuständige Statistische Bundesamt bis zum Jahr 2018 eine für das Gesundheitssystem adäquate Ermittlung ermöglichen kann. Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte auch weiterhin der volle Orientierungswert bei Überschreitung der Veränderungsrate gem. § 71 SGB V zur Anwendung kommen. Es muss zukünftig sichergestellt werden, dass die Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch eine sachgerechte Ermittlung des Orientierungswertes gewährleistet ist.

Artikel 4: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Qualitätsverträge

Zu Nummer 10: § 110a SGB V-E

Durch den Abschluss von befristeten Qualitätsverträgen soll erprobt werden, inwieweit sich weitere Verbesserungen der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die festzulegenden Rahmenvorgaben für die Inhalte der Verträge ausdrücklich eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge berücksichtigen sollen.

Zur Bewertung der Qualitätsverträge insgesamt siehe den Kommentar zu Nr. 14, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V-E.

Zielvereinbarungen mit leitenden Krankenhausärzten

Zu Nummer 15: § 135c SGB V-E

Die unter Berücksichtigung der Vorschläge der Bundesärztekammer vorgesehene Neufassung und Weiterentwicklung der Regelung des § 136a SGB V a. F. zur Vermeidung von Zielvereinbarungen, die die ärztliche Unabhängigkeit von leitenden Ärzten im Krankenhaus gefährden, wird begrüßt. Hiermit greift der Gesetzgeber ein Anliegen auf, welches die Bundesärztekammer – gemeinsam mit dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. – wiederholt an den Gesetzgeber herangetragen hat. Diesem Anliegen trägt die nun vorgesehene Neufassung der Vorschrift Rechnung.

Mindestmengen

Zu Nummer 15: § 136b Abs. 1 Nr. 2, Abs. 3 und 4 SGB V-E

Die Bundesärztekammer sieht eine Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung bei einer weiteren Anwendung des Instruments der Mindestmengen als geboten an. Dies ist primär Aufgabe des G-BA. Dass für den Nachweis eines kausalen Zusammenhangs andere Maßstäbe anzulegen sind als etwa bei der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, ist eine der Kernaussagen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, die den Begriff des „besonderen Maßes“ als deutungsfähige Schwachstelle des bisherigen Gesetzestextes identifiziert hatte. Die Schlussfolgerung, auf jegliche weitere Charakterisierung derjenigen Leistungen zu verzichten, die unter eine Mindestmengenregelung fallen könnten, hält die Bundesärztekammer aber für eine nicht sachgerechte Vereinfachung und würde der Mindestmengenregelung eine nahezu unbegrenzte Ausweitung eröffnen. Sinnvoller wäre es, im Gesetzestext klarzustellen, dass es primär um Leistungen von hoher Komplexität geht, bei denen mittels einer Mengenvorgabe Behandlungsrisiken reduziert werden sollen, und andere Maßnahmen der Qualitätssicherung diesen Effekt bei vertretbarem Aufwand nicht in gleicher Weise erzielen könnten.

Die Einführung des Begriffs der „Zulässigkeit“ einer Leistungserbringung (§ 136b Abs. 4 Satz 3 SGB V-E) stellt eine Erweiterung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V dar. Es dürfen erstmals nicht nur Leistungen, die „nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind“ (§ 12 Abs. 1 SGB V) nicht mehr bewirkt werden, sondern auch Leistungen, die für sich genommen zwar sehr wohl notwendig und wirtschaftlich sein können, im Kontext der geforderten Prognose aller Leistungen eines Krankenhauses aber nunmehr als unzulässig

gelten. Die Bundesärztekammer sieht diese Erweiterung des Leistungsverbots kritisch, da sie in der konkreten Behandlungssituation dem Arzt eine im Sinne des Gesetzes angemessene Indikationsstellung bei einem Patienten erschweren bis unmöglich machen kann, da er immer zusätzlich die jeweils für sein Haus gültige Prognose berücksichtigen muss.

Eine Beseitigung des Mindestmengen-inhärenten Fehlanreizes von Indikationsausweitungen wird über das Prognosemodell nicht zu erzielen sein. Auch dürfte die Annahme, dass allein das Krankenhaus auf Basis eigener Beobachtungen zu probaten Prognosen in der Lage ist, nur eingeschränkt zutreffen. Sowohl überregionale Faktoren, wie z. B. methodische Innovationsschübe, die Leistungsausweitungen begünstigen, als auch regionale Einflüsse, etwa die Umsteuerung von Patienten durch Veränderungen der Versorgungskapazitäten oder -angebote benachbarter Einrichtungen, können das Fallgeschehen kurzfristig und nur eingeschränkt vorhersehbar beeinflussen.

Qualitätsberichte

Zu Nr. 15: § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, Abs. 6 und Abs. 7 SGB V-E

Die erwünschte Steigerung der Verständlichkeit der Qualitätsberichte für Patienten wird nicht mit einer Fortsetzung der bereits vorliegenden Überfrachtung mit Informationen erreicht werden, die unbeirrt mit Transparenz gleichgesetzt bzw. verwechselt wird. Daran werden auch die Interpretationshilfen in Gestalt diverser Portale oder Subkategorien von Berichten in verständlicher Sprache nichts ändern.

Qualitätsverträge

Zu Nr. 15: § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V-E

Die Möglichkeit der Implementierung qualitätsfördernder Maßnahmen, hier in Gestalt von besonderen Verträgen zu einzelnen Leistungen oder Leistungsbereichen, ist zwar grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist bereits die externe vergleichende Qualitätssicherung punktuell auf einzelne Leistungsbereiche ausgerichtet und bildet bei weitem nicht das gesamte Spektrum der Diagnose- und Behandlungstätigkeit im deutschen Gesundheitswesen ab. Abgesehen von der stets zu berücksichtigenden Aufwand-Nutzen-Relation würden die Qualitätsverträge eine solche punktuelle Fokussierung weiter verstärken.

Auch stellt sich für die Krankenhäuser das Problem, für ein und denselben Leistungsbereich unterschiedliche Maßstäbe der Behandlung anlegen zu sollen, je nachdem, ob eine Krankenkasse für ihre Patienten einen Qualitätsvertrag abgeschlossen hat oder nicht.

Schließlich treten die Qualitätsverträge in Konkurrenz zum parallel geplanten Instrument der Qualitätszu- oder -abschläge (s. u.).

Qualitätszu- oder -abschläge

Zu Nr. 15: § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V-E

Mit der Neuregelung sollen zukünftig Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt werden, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.

Das BMG hatte 2012 ein Gutachten zu Pay-for-Performance im Gesundheitswesen erstellen lassen. Darin wurde die schwache Evidenz für die Wirksamkeit bestätigt, auch angesichts internationaler Erfahrungen. Gleichzeitig wurde auf den methodischen Weiterentwicklungsbedarf (v. a. bei der Messung von Qualität) verwiesen. Diese Aussagen sind aus Sicht der Bundesärztekammer unverändert gültig. Insbesondere die Einführung von Abschlägen bei schlechter Qualität ist kein geeignetes Instrument zur Qualitätsförderung. Hier besteht vielmehr das Risiko eines rein ökonomisch motivierten Aufrechnens des Aufwands zur Sicherung der Qualität gegen Mindereinnahmen durch die Abschläge.

Erstmals soll gemäß § 136b Abs. 9 SGB V-E eine Koppelung von Qualitätssicherungsergebnissen mit der Vergütung erfolgen. Der genaue Zusammenhang zur bestehenden einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung, d. h. verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 Abs.1 SGB V-E (ehemals § 137 Abs. 1 SGB V) bleibt dabei unklar. Faktisch bedeutet dies eine Erweiterung der in der QSKH-Richtlinie des G-BA festgelegten Leistungsbereiche um weitere Leistungen bzw. Leistungsbereiche und eine Erweiterung des Datenflusses (exemplarisch wird eine Internetplattform genannt, an anderer Stelle wird von einem „Informationsangebot“ gesprochen) der Qualitätssicherungsergebnisse zu den Krankenkassen und Krankenhäusern bzw. von Informationen der Krankenkassen an die Landesplanungsbehörden. Zentrales Element der bestehenden einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung ist das Prinzip, dass quantitative Auffälligkeiten differenziert betrachtet werden müssen (Strukturierter Dialog), bevor sie als qualitative Auffälligkeiten verifiziert werden können. Der in den Erläuterungen zu Abs. 9 geforderte „möglichst enge zeitliche Zusammenhang zwischen Qualitätserhebung, Auswertung und Vergütungsfolge“ bei gleichzeitiger Rechtssicherheit der Validität der Indikatoren negiert die Erfahrungen aus über 15 Jahren einrichtungsübergreifender stationärer Qualitätssicherung völlig und dürfte faktisch nicht zu realisieren sein. Die Bundesärztekammer spricht sich gegen eine derart radikale Umgestaltung der bestehenden Qualitätssicherung zu einer undifferenzierten Kennzahlenübermittlung aus. Es sollten die Erfahrungen mit den nach § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V-E vorgesehenen Qualitätsverträgen abgewartet werden.

Zudem wird eine wissenschaftlich begleitete Entwicklung und Erprobung von ausreichend risikoadjustierten Messinstrumenten empfohlen, die rechts- und manipulationssicher eine mögliche Grundlage additiver Qualitätszuschläge bieten können. Die Einführung der Neuregelung zum aktuellen Zeitpunkt wird zwangsläufig zu einer Fülle von

Dokumentationsanforderungen, Rechtsunsicherheiten, Prüfungen und resultierenden rechtlichen Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten führen. Eine Planungssicherheit wäre für die Betroffenen kaum gegeben. Der potentielle Informations- und Versorgungsgewinn für die Patienten ist damit völlig offen. Zudem würden die Auswirkungen der Regelung erheblich mit den Planungsentscheidungen der Bundesländer interferieren. Darüber hinaus sind die geplanten Abschlüsse mit der aktuellen G-DRG-Systematik nicht kompatibel.

Änderungsvorschlag: Veranlassung einer unabhängigen, wissenschaftlich begleiteten Evaluation vor bundesweiter Einführung von Qualitätszuschlägen auf der Basis der vom G-BA in den nächsten Jahren noch zu entwickelnden spezifischen Qualitätsindikatoren.

Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Zu Nr. 15: § 136c SGB V-E

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die Intention einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten bei der Gestaltung der Versorgung. Dazu zählt auch die Krankenhausplanung, die sich künftig an der Qualität der erbrachten Leistungen orientieren soll. Der G-BA soll den Ländern hierzu Qualitätsindikatoren mit dem Status von Empfehlungen zur Verfügung stellen.

Aus methodischer Sicht bedeutet die Verwendung aus Qualitätsindikatoren abgeleiteter Kennzahlen zur Versorgungssteuerung eine große Herausforderung. Das seit über 15 Jahren bestehende Verfahren der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung ist nicht mit dem Ziel entwickelt worden, als Grundlage einer Zulassung am Versorgungsgeschehen zu dienen (ebenso wenig für die Gewährung von Zu- oder Abschlägen auf Leistungen). Die geplante Umwidmung bestehender Indikatoren bis Ende 2016 – danach soll das Institut nach § 137a SGB V wohl eigene Entwicklungen präsentieren – birgt das Risiko, dass die interne, fachlich motivierte Auseinandersetzung mit Qualität an Bedeutung verliert und an ihre Stelle eine auf vordergründige Leistungsnachweise gegenüber Dritten gerichtete Außendarstellung tritt.

In den Erläuterungen zu § 136c Abs. 1 SGB V-E wird die Forderung aufgestellt, dass sich die Indikatoren für die Bewertung einer Abteilung, z. B. in der Zusammenschau eines Indikatorensets, eignen sollen. Weiterhin wird die Bildung von Grundleistungsbereichen in den Abteilungen – orientiert an „Anforderungen der Weiterbildung in den jeweiligen Abteilungen“ vorgeschlagen, die „das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abbilden und als Basis für die festzulegenden Indikatoren gelten können.“ Bei diesen Vorschlägen handelt es sich um grundlegende Konzeptänderungen der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung. Diese dürften in dem avisierten Zeitraum bis zum 31.12.2016 nicht realisierbar sein.

Mit § 136c Abs. 2 SGB V-E wird in Details der QSKH-RL des G-BA eingegriffen, welche die einrichtungsübergreifende stationäre Qualitätssicherung (der Begriff wird im Gesetz inkonsistent benutzt: in § 275a SGB V-E ist von der „externen stationären Qualitätssicherung“ die Rede) regelt. Die Datenlieferung der Krankenhäuser und der sich daran anschließende Strukturierte Dialog erfolgen gegenwärtig im Jahresrhythmus. Durch eine Umstellung auf eine quartalsweise Datenlieferung der Krankenhäuser soll das Auswertungsverfahren verkürzt werden. Dies wäre sicherlich technisch möglich. Nicht in dieser Form möglich ist hingegen die Verkürzung des Strukturierten Dialogs, da dieser in der Konsequenz viermal pro Jahr stattfinden müsste.

Änderungsvorschlag: Die Bundesärztekammer empfiehlt dringend, die sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nur nach sorgfältiger methodischer Prüfung unter Einbeziehung insbesondere ärztlicher Fachkompetenz und in enger Abstimmung mit den auf diesem Gebiet erfahrenen Institutionen in den Ländern, etwa den Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung und den zugehörigen Lenkungsgruppen, einzusetzen.

Analog zu den Regelungen in §136 Abs. 3 und §136b Abs. 1 Satz 3 SGB V-E muss dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie den Berufsorganisationen der Pflegeberufe und, soweit berührt, der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer, ein Beteiligungsrecht bei Beschlüssen zu § 136c SGB V-E eingeräumt werden.

Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Zu Nr. 15, § 136c Abs. 4 SGB V-E

Ziel der angestrebten Gesetzesänderung ist es, dem G-BA die Aufgabe zu übertragen, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern sowie die strukturellen Voraussetzungen der Teilnahme an der stationären Notfallversorgung festzulegen. Die Bundesärztekammer sieht diese Kompetenzübertragung an den G-BA für den Bereich der stationären Notfallversorgung kritisch. Derart differenzierte Mindestvorgaben zur Art und Anzahl der Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen, ggf. sogar differenziert nach Indikationsbereichen, die zu entsprechend differenzierten und aufwandsgerechten Notfall-Zu- und Abschlägen im Einzelfall führen sollen, erscheinen unrealistisch und nicht angemessen. In diesem sensiblen Bereich der Patientenversorgung wird damit die notwendige Gestaltungsautonomie auf regionaler Ebene weitgehend unterbunden. Ganz maßgeblich werden hier die Kompetenzen des Bundes zu Lasten der Landeshoheiten überschritten.

Änderungsvorschlag: Streichung des § 136c Abs. 4 SGB V-E

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen

Zu Nr. 15: § 137 SGB V-E

Der vorliegende Ansatz eines Systems aus Qualitätskontrolle und Sanktionsmechanismen bedeutet einen weiteren (Rück-)Schritt im Wandel des Verständnisses von Qualitätssicherung zu einem mechanistischen Verständnis der Erzeug- und Messbarkeit von Qualität, welcher der Komplexität der medizinischen Versorgung und den Prinzipien moderner Organisationsentwicklung nicht gerecht wird. Dies drückt sich auch in der Verwendung der Formulierung „Verstöße gegen wesentliche Qualitätsanforderungen“ aus, anstatt z. B. von „Qualitätsdefiziten“ zu sprechen. Mit dem Begriff des Verstoßes werden die Krankenhäuser nicht nur quasi kriminalisiert, es wird auch suggeriert, dass eine Art Rechtsanspruch auf Lieferung eines bestimmten und dabei exakt quantifizierbaren Ausmaßes von Qualität bestünde. Die Bundesärztekammer lehnt eine solche Sichtweise strikt ab.

Neue Funktion des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Zu Nummer 22: § 275a SGB V-E

Die vorgesehene Neuregelung lehnt die Bundesärztekammer als nicht sachgerecht ab. Ärzte des MDK zukünftig zu unangemeldeten Kontrollen als Ermittlungseinheiten zur Überwachung der Einhaltung von Qualitätsvorgaben in die Kliniken zu schicken, wird einerseits zu einer deutlichen Verschlechterung des schon bisher angespannten Vertrauensverhältnisses der beteiligten Partner führen. Zudem besitzt der MDK nicht die notwendige Neutralität. Sollten Prüfungen dieser Art im stationären Bereich dennoch als unverzichtbar gesehen werden, würden sich die etablierten und erfolgreich gemeinschaftlich getragenen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung bzw. deren Lenkungsgremien, ggf. auch die Landesarbeitsgemeinschaften, für die sektorenübergreifende Versorgung für diese Aufgabe anbieten. Bezüglich der konkreten Ausgestaltung stehen die Ärztekammern als tragende Beteiligte von Landesgeschäftsstellen der externen stationären Qualitätssicherung zur Verfügung.

Eine Ermächtigungsgrundlage, die wesentliche Inhalte, Zweck und Ausmaß der Kompetenzen des MDK festlegt, besteht nicht. Vielmehr enthält die Regelung eine beispielhafte Aufzählung von „Auslösern“, die Gegenstand der Aufträge an den MDK sein können (vgl. § 275a Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB V-E). Die Kontrollen können unangemeldet durchgeführt werden.

Der MDK, der bestimmte Aufgaben nach den §§ 275 ff. SGB V wahrnimmt, wird insofern zum Kontrollgremium des G-BA und der für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder. Die Aufgaben des MDK nach § 275a SGB V-E und § 275 SGB V scheinen nicht aufeinander abgestimmt zu sein. Zudem agieren verschiedene Auftraggeber (die

Krankenversicherungen, der G-BA und die für die Krankenhausplanung der Länder zuständigen Stellen). Bei diesem komplexen Aufgabengeflecht ist das Verhältnis der verschiedenen Akteure zueinander nicht klar. Ebenfalls nicht deutlich wird, wie die verschiedenen Aufgaben, und in der Folge die Datenflüsse, voneinander getrennt werden.

In dem Gesetzentwurf ist nur ungenau bestimmt, welche Qualitätsanforderungen geprüft werden sollen. Es wird allgemein auf die §§ 136 bis 136c SGB V-E bzw. sogar auf landesrechtliche Regelungen („die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist“) verwiesen. Ferner wird nicht deutlich, was Inhalt und Umfang „der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung“ ist.

Darüber hinaus wird die unbestimmte Ermächtigungsgrundlage für die Übermittlung von Datensätzen vom G-BA an den MDK (§ 275a Abs. 3 SGB V-E) kritisiert.

Im Rahmen dieser Kontrollen ist der MDK befugt, die Räume des Krankenhauses zu betreten und die erforderlichen Unterlagen einzusehen. Was erforderlich ist, wird dem MDK und den „Auftraggebern“ überlassen. Der MDK ist nach § 276 Abs. 4a SGB V-E insoweit zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten befugt. Weitere Regelungen zum Datenschutz, wie sie beispielsweise § 276 Abs. 2 SGB V-E vorsieht, werden nicht getroffen. Dies dürfte erheblichen datenschutzrechtlichen Bedenken begegnen, zumal der MDK zukünftig gleichzeitig unterschiedliche Aufgaben übernimmt und der Sozialdatenschutz nicht einheitlich geregelt ist.

Der MDK wird mit der gesetzlichen Vorgabe in § 276 Abs. 4a SGB V, dass „die Sätze 1 und 2 ... für Kontrollen nach § 275a Abs. 4 SGB V-E nur unter der Voraussetzung (gelten), dass das Landesrecht entsprechende Mitwirkungspflichten und datenschutzrechtliche Befugnisse der Krankenhäuser zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten vorsieht“, nicht unterstützt. Diese Norm wird erhebliche Probleme in der Rechtsanwendung aufwerfen.

Änderungsvorschlag: Streichung des § 275a SGB V-E

Mitteilungspflichten des MDK

Zu Nummer 24: § 277 Abs. 1 SGB V-E

§ 277 SGB V regelt Mitteilungspflichten des MDK. Nach Abschluss der Kontrollen hat der MDK gemäß § 275a SGB V-E die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. Zudem werden weitere Mitteilungspflichten im Hinblick auf die Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V-E bestimmt. Eine Anhörung der kontrollierten Krankenhäuser vor Abgabe der Berichte findet nicht statt. Den Krankenhäusern wird auch kein Stellungnahmerecht eingeräumt. Die Berichte scheinen für die kontrollierten Krankenhäuser nicht anfechtbar, obwohl sie erhebliche Rechtsfolgen nach sich ziehen könnten.

Änderungsvorschlag: Entfällt mit Streichung des § 275a SGB V-E, der geplanten Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Alternative Beauftragung der etablierten Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung oder der gemeinsam getragenen, sektorenübergreifenden Gremien gemäß § 90a SGB V mit den erforderlichen Prüfungen. Verzicht auf unangemeldete Prüfungen.