



Vorläufige Stellungnahme der Bundesärztekammer

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
(BMG)**

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhaus-
versorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz) vom 28.04.2015

Berlin, 13.05.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus - Strukturgesetz – KHSG) nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

A. Allgemeiner Teil

Auf Basis des Koalitionsvertrages aus dem Jahr 2013 und der durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Konkretisierung einer Krankenhausreform am 5. Dezember 2014 vorgelegten Eckpunkte hat das Bundesministerium für Gesundheit am 28. April 2015 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz–KHSG) vorgelegt.

Ein Teil der vorgesehenen Reformansätze entspricht langjährigen Forderungen der Ärzteschaft. Eine verstärkte Berücksichtigung qualitativer Aspekte bei der zukünftigen Ausrichtung der Krankenhausplanung oder die Schaffung finanzieller Grundlagen (Strukturfonds), um dringend notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen der stationären Versorgung ermöglichen zu können, wird begrüßt. Darüber hinaus wurde, wenn auch zunächst nur für den Bereich der Pflege, die Problematik des wachsenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen aufgegriffen. Allerdings zeigt sich insbesondere an dieser Regelung, dass der Grundansatz des vorliegenden Entwurfs eher auf eine kurzfristige Korrektur der Probleme, als auf eine langfristig am wachsenden Versorgungsbedarf orientierte Ausrichtung angelegt ist. Eine Regelung zu einer deutlichen Verbesserung der Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen fehlt.

Die Bundesärztekammer begrüßt in dem vorliegenden Referentenentwurf ausdrücklich, dass der Gesetzgeber vorsieht, dass Maßnahmen, die aus den zukünftigen Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses resultieren, refinanziert werden sollen.

Ein zentraler Mangel des vorliegenden Reformentwurfes ist die nach wie vor fehlende Sicherung nachhaltiger Finanzgrundlagen für eine zukunftsfeste Ausrichtung der stationären Versorgung in Deutschland. Bedingt durch die seit 1991 im Durchschnitt kontinuierlich sinkende Krankenhausinvestitionsfinanzierung durch die Bundesländer auf derzeit nur noch 2,7 Milliarden €/Jahr und der zunehmend angespannten Finanzlage der Kliniken, ist eine Investitionsfinanzierungsinitiative durch die Bundesländer, gegebenenfalls in Kooperation mit dem Bund, unverzichtbar.

Diskussionsbedürftig ist das dem Reformansatz zugrunde liegende Verständnis zur weiteren Ausgestaltung und Anwendung der Qualitätssicherung in Deutschland. Neben einer aus

Sicht der Bundesärztekammer weitreichenden Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses wird die dem vorliegenden Entwurf immanente Philosophie nicht geteilt, dass Aspekte wie die wachsenden medizinischen Versorgungsfragen, die Reduktion von Kliniken, Versorgungseinheiten, der Anzahl von Operationen und die finanziellen Rahmenbedingungen mit dem politischen Paradigmenwechsel einer vorgeblichen Qualitätsorientierung zu lösen seien. Die über Jahrzehnte erfolgreich aufgebauten Strukturen der Qualitätssicherung sollten nicht zu einer einseitigen Reduktion des Versorgungsangebots, sondern zu einer nachhaltigen, sektorenübergreifenden Umgestaltung, Sicherung und Verbesserung der Versorgungsstrukturen, -prozesse und -ergebnisse Anwendung finden. Sollten Schließungen von Einheiten aus ökonomischen und politischen Gründen erforderlich sein, sollte dies nicht über die vordergründige Anwendung der Qualitätssicherung erfolgen. Deren im Gesetzentwurf angelegte Neukonzeption wäre zugleich ein drastischer Eingriff in das bestehende komplexe, aber gleichwohl austarierte Datenfluss- und Informationssystem. Die diversen neuen Elemente wären unbedingt zunächst einzeln zu erproben, anstatt gleichzeitig und flächendeckend ausgebracht zu werden. Abgesehen von methodischen Schwächen im Detail erscheinen die Zeitvorgaben zur Anwendung unrealistisch.

Zentrale Forderungen der Bundesärztekammer zur anstehenden Krankenhausreform und dem vorliegenden Referentenentwurf sind daher u. a.:

- Erhalt der 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 Gemeinsamen Bundesausschuss. Faktisch werden die Bundesländer aber nur noch bedingt von den „Bundesvorgaben“ abweichen können. Der faktische Erhalt der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer bleibt aus Sicht der Bundesärztekammer unverzichtbar.
- die Schaffung einer nachhaltigen Finanzgrundlage der Krankenhausinvestitionsfinanzierung;
- insbesondere im Hinblick auf die Patientensicherheit eine deutlich verbesserte Berücksichtigung der notwendigen Personalausstattung und Personalfinanzierung;
- keine Instrumentalisierung von Qualitätssicherung als Ersatzinstrument für ausstehende Entscheidungen der Bedarfsplanung;
- keine weitere Fehlentwicklung der Qualitätssicherung zu einem überbürokratisierten Kontroll- und Sanktionsapparat;

B. Stellungnahme im Einzelnen:

Artikel 1: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Qualitätsindikatoren als Bestandteil der Krankenhausplanung

Zu Nummer 2: § 6 Neueinfügung Abs. 1a KHG

Die Bundesärztekammer begrüßt grundsätzlich die in dem Referentenentwurf 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 Gemeinsamen Bundesausschuss und der Institution n. § 137a SGB V als auch in den Planungsgremien auf Landesebene Berücksichtigung verankert werden (für weitere Kommentare der Bundesärztekammer hierzu siehe die Hinweise zu § 136c SGB V).

Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

(„Strukturfonds, Reorganisationsfonds“)

Zu Nummer 5: § 12 KHG

Die Einführung eines Strukturfonds wird begrüßt. Die alleinige Fokussierung auf die Reduktion und den Abbau stationärer Ressourcen wird allerdings abgelehnt. 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 (Neu)

Die nach langen und eingehenden Diskussionen zwischen Bund und den Ländern vereinbarte und jetzt in den Referentenentwurf übernommene Regelung ist aus Sicht der Bundesärztekammer bedauerlicherweise 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 - 2014 verkennt die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs. Das jährlich notwendige Mindestfinanzvolumen von zusätzlich 3 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.

Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung einer ausreichenden Sicherstellung der medizinischen Versorgung einer älterwerdenden Bevölkerung kann ohne deutliche Nachbesserung dieser Regelung nicht von keiner zukunftsweisenden Krankenhausreform die Rede sein. Notwendig sind klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen, und ggf. muss der Bund auch ergänzend Mittel zur Verfügung stellen.

Zu- und Abschlagsregelungen; Mehrkosten durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zu Nummer 7: § 17b KHG Abs. 1 und 1a

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, der Kosten für Patienten mit außerordentlich hohen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen, der Notfallversorgung, von besonderen Aufgaben, der Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung und Fehlermeldesystemen, der Refinanzierung der mit den neuen G-BA-Beschlüssen einhergehenden Mehrkosten, der Finanzierung von Vorhalteleistungen und der Aufnahme von Begleitpersonen aufgegriffen. Die Bundesärztekammer begrüßt diesen Ansatz, empfiehlt allerdings bei den vorgesehenen Zu- und Abschlagsregelungen eine Beschränkung auf Zuschlagsregelungen auf der Basis rechtssicherer Kriterien vorzusehen.

Mehrkostenregelung Gemeinsamer Bundesausschuss: Für den sehr begrüßenswerten Grundsatz der Refinanzierung der aus Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses 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. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte verpflichtet werden, vor der Verabschiedung von Richtlinien eine belastbare Folgenabschätzung des finanziellen Mehraufwandes vorzunehmen.

Sachkosten: mit dem Reformentwurf werden die Selbstverwaltungspartner beauftragt, mit Unterstützung des Institutes 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.

Stichprobe Kalkulationskliniken

Zu Nummer 7: § 17b Abs. 3 KHG Neuanfügung

Die vorgesehene Zwangsverpflichtung von Kalkulationskliniken ist nicht sachgerecht. Die Umsetzung des G-DRG-Systems im Sinne eines lernenden Systems sollte als tragendes Grundprinzip die Freiwilligkeit haben; 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 Ärztinnen und 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.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Fachkräftemangel - Pflegestellenförderprogramm

Zu Nummer 4: § 4 Abs. 8 - 12 KHEntgG

Der Weg über Pflegeförderprogramme kann nur als kurzfristige Kompensation gesehen werden. Mit den voraussichtlich resultierenden 1,5 - 2 (max. 3) Pflegekräften je Klinik (6.500 Stellen/1.960 Kliniken) ist nur ein sehr mäßiger Wirkungsgrad zu erzielen. Kritisch wird insbesondere eine pflege-spezifische 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. Erforderlich ist vielmehr, dass sich die vorgesehene Expertenkommission unter Beteiligung der Bundesärztekammer mit Lösungsoptionen für eine deutlich verbesserte Berücksichtigung des Personalbedarfs generell und der Abbildung der resultierenden Personalkosten im G-DRG-System im Detail befasst. Die Bundesärztekammer empfiehlt bei der Ausgestaltung des Pflegeprogramms auch die Intensivstationen zu berücksichtigen. Weiterhin wird angeregt, insbesondere bei finanzschwachen Kliniken auf die geplante Eigenbeteiligung von 10 Prozent zu verzichten.

Sicherstellungszuschläge

Zu Nummer 5: § 5 Abs. 2 KHEntgG

Die Bundesärztekammer begrüßt die Intention, das bestehende Instrumentarium eines Sicherstellungszuschlags 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. 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 (§ 17 b KHG-Partner) weiterverfolgt werden. Eine Auslagerung von Teilaspekten in den Gemeinsamen Bundesausschuss und somit eine Verquickung der unterschiedlichen Zuständigkeiten wird abgelehnt.

Qualitätszu- oder abschläge

Zu Nummer 5: § 5 Abs. 3a KHEntgG sowie zu Nummer 8: § 8 KHEntgG Neueinfügung Abs. 1a - c und § 5 Abs. 3a

Zur Bewertung der geplanten Qualitätszu- oder abschläge siehe den Kommentar zu Nr. 14, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V.

Klinische Sektionen

Zu Nummer 5 § 5 Abs. 3 b KHEntgG

Die Neuformulierung, dass für klinische Sektionen bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Abs. 1a Nr. 3 ein Zuschlag zu vereinbaren ist, entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft nach einer Stärkung der Sektionen als einem zentralem Instrument der medizinischen Qualitätssicherung sowie der Forschung und Wissenschaft. Begrüßt wird auch, dass die Zuschläge nicht budgetbelastend (Landesbasisfallwert-senkend) wirken sollen. Um eine sachgerechte Ausgestaltung sicherstellen zu können, sollten bei der Formulierung der Anforderungen an die Durchführung (z. B. Sektionsrate) die Ärztekammern eingebunden werden.

Vorgaben für Mindestmengen

Zu Nummer 8: § 8 Abs. 4bb KHEntgG

Zur Bewertung der Vorgaben für Mindestmengen siehe den Kommentar zu Nr. 14, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.

Palliativmedizin

Zu Nummer 10: § 10 Abs.1 KHEntgG

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 10: § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG

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 sein. Die Bundesärztekammer fordert daher den Verzicht auf diese Neuregelung.

Orientierungswert

Zu Nummer 10: § 10 Abs. 6 KHEntgG

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.

Artikel 4: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Qualitätsverträge

Zu Nummer 9: § 110a SGB V

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.

1. Zielvereinbarungen mit leitenden Krankenhausärzten

Zu Nummer 14: § 135c SGB V

Die 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.

Zur Vermeidung möglicher Missverständnisse und zur Klarstellung schlägt die Bundesärztekammer jedoch vor, den in der Neufassung vorgesehenen Relativsatz „...“, welche die Unabhängigkeit medizinischer Leistungen gefährden.“ zu ersetzen durch den eigenständigen ergänzenden Satz „...hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Relativsatz könnte missverstanden werden in dem Sinne, dass das Gefährdungspotential von Zielvereinbarungen im Hinblick auf die Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen im Einzelfall nachgewiesen werden müsste. Dies gilt für die Zielkriterien „Einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür“ grundsätzlich immer.

Begrüßt wird ferner, dass mit der Einführung des Wortes „insbesondere“ in der geänderten Formulierung des Satzes 2 klargestellt wird, dass es sich um keine abschließende Aufzählung handelt. Hieraus ergibt sich, dass die Empfehlungen nach Sinn und Zweck dieser Vorschrift weiterzuentwickeln sind.

Mindestmengen

Zu Nummer 14: § 136b Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 u. 4 SGB V

Die Bundesärztekammer sieht eine Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung bei einer weiteren Anwendung des Instruments der Mindestmengen als geboten an. Dies ist primär eine Aufgabe für den 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. Die schlichte Reduzierung auf das „Übung-macht-den-Meister“-Prinzip würde der Mindestmengenregelung eine nahezu unbegrenzte Ausweitung eröffnen. Sinnvoller ist 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 Bundeärztekammer begrüßt die Adressierung des Mindestmengen-inhärenten Fehlanreizes möglicher Indikationsausweitungen in § 136b Abs. 4 SGB V. Inwiefern die Einführung eines Prognosemodells hier tatsächlich zum Erfolg führen wird, bleibt abzuwarten. 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 maßgeblich beeinflussen.

Qualitätsberichte

Zu Nr. 14, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 6 und Abs. 7 SGB V

Die Bundesärztekammer begrüßt die Intention einer verstärkten Patientenorientierung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Da die Berichte inzwischen lediglich in Gestalt von Datensätzen verfasst werden, die dann erst über entsprechende elektronische Portale (z. B. bei den Krankenkassen) aufbereitet werden müssen, ist der unmittelbare Bezug zu den Rezipienten nicht gegeben.

Letztlich kann nur über eine Vereinheitlichung aller Portale mit detaillierten Gestaltungsvorgaben durch den G-BA sichergestellt werden, wie die Informationen beim Rezipienten ankommen. Individuelle zielgruppenorientierte Gestaltungsmöglichkeiten der Portale sind so nicht mehr möglich. Gleiches gilt für die Gestaltung des Berichts, der nach Abs. 7 von jedem Krankenhaus auf der eigenen Internetseite zu veröffentlichen ist.

Qualitätsverträge

Zu Nr. 14, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V

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. 14, § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 9 SGB V

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 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 (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 vorgesehenen Qualitätsverträgen abgewartet werden, bevor Elemente wie Qualitätszu- oder -abschläge flächendeckend in die stationäre Krankenhausversorgung eingehen.

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 Patientinnen und Patienten ist damit völlig offen. Zudem würden die Auswirkungen der Regelung erheblich mit den Planungsentscheidungen der Bundesländer interferieren. Darüber hinaus sind die geplanten Abschläge mit der aktuellen G-DRG-Systematik nicht kompatibel.

Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Zu Nr. 14, § 136c SGB V

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 Gemeinsame Bundesausschuss 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 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 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 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. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher 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 Lenkungsgremien, einzusetzen.

Analog zu den Regelungen in § 136 Abs. 3 und § 136b Abs. 1 Satz 3 SGB V 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 eingeräumt werden.

Notfallstrukturen in Krankenhäusern

Zu Nr. 14, § 136c Abs. 4 SGB V

Ziel der angestrebten Gesetzesänderung ist es, dem Gemeinsamen Bundesausschuss 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 Gemeinsamen Bundesausschuss 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.

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen

Zu Nr. 14, § 137 SGB V

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 21: § 275a SGB V

Die vorgesehene Neuregelung lehnt die Bundesärztekammer als nicht sachgerecht ab. Ärztinnen und 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 Vertrauensverhältnis der beteiligten Partner führen. Zudem besitzt der MDK nicht die notwendige Neutralität. Sollten Prüfungen dieser Art dennoch als unverzichtbar gesehen werden, würden sich die etablierten und erfolgreich gemeinschaftlich getragenen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung für diese Aufgabe anbieten. Bezüglich der konkreten Ausgestaltung stehen die Ärztekammern als tragende Beteiligte von Landesgeschäftsstellen zur Verfügung.

Die Regelung sieht die Durchführung von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor. Diese Aufgabe soll der MDK auf der Basis von § 275a SGB V in Verbindung mit einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zukünftig durchführen, wenn hierzu zuvor eine Beauftragung durch eine vom G-BA festgelegte Stelle oder durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder erfolgte. Der jeweilige Auftrag soll den Gegenstand der Qualitätskontrolle konkretisieren. 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). Die Kontrollen können unangemeldet durchgeführt werden.

Folglich sind die Aufgaben des MDK bei der Durchführung und der Umfang von Qualitätskontrollen im Gesetzentwurf nur vage beschrieben; eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage ist damit nicht vorhanden.

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 und § 275 SGB V erscheinen 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 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. Der Gesetzgeber kann hier nicht auf die entsprechenden Aufträge durch die Auftraggeber verweisen, weil die Ermächtigungsgrundlage im Hinblick auf die Aufgaben und Kompetenzen des MDK unbestimmt ist.

Darüber hinaus wird die unbestimmte Ermächtigungsgrundlage für die Übermittlung von Datensätzen vom G-BA an den MDK (§ 275a Abs. 3 SGB V) 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 § 275a Abs. 4a SGB V insoweit zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten befugt. Weitere Regelungen zum Datenschutz, wie sie beispielsweise § 276 Abs. 2 SGB V 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 § 275 Abs. 4a SGB V, dass „die Sätze 1 bis 3 ... für Kontrollen nach § 275a Abs. 4 SGB V 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.

Zu Nummer 23: § 277 SGB V

§ 277 SGB V regelt Mitteilungspflichten des MDK. Nach Abschluss der Kontrollen hat der MDK gemäß § 275a SGB V die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. Zudem werden weitere Mitteilungspflichten im Hinblick auf die Richtlinie nach § 137a Abs. 3 SGB V 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.