

Mai 2015



STIFTUNG MÜNCH

# POSITION

POSITION DER STIFTUNG MÜNCH ZUM  
REFERENTENENTWURF  
KRANKENHAUS-  
STRUKTURGESETZ (KHSG)  
VOM 29. APRIL 2015



STIFTUNG MÜNCH

1.

**Vorgesehene  
Änderungen im  
Referentenentwurf  
in Bezug auf die  
Qualität**





**Die Qualität soll sowohl bei der Krankenhausplanung als auch bei der Vergütung nunmehr eine Rolle spielen. Geplant sind qualitätsbezogene Zu- und Abschläge auf die Vergütung. Dazu werden Qualitätsindikatoren zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den GBA erarbeitet.**

Eine qualitätsorientierte Vergütung ist zu begrüßen. Abschläge sind jedoch schwierig, weil sie dazu führen können, dass Kassen schlechte Qualität mit Absicht günstiger einkaufen könnten. Diesem Anreiz muss durch eine volle Qualitätstransparenz gegenüber Patienten entgegengewirkt werden, so dass Versicherte solche Kassen meiden können. Qualitätsorientierte Vergütung existiert bereits in den USA im Bereich Medicare und Medicaid.

**Zur Erhöhung der Qualitätstransparenz sollen die Bundesländer künftig einrichtungsbezogene Auswertungen der Qualitätsindikatoren erhalten.**

Qualitätstransparenz ist grundsätzlich positiv. Die Transparenz sollte aber nicht nur für die Bundesländer geschaffen werden, sondern auch für die Patienten und die Wissenschaft. Diese könnten somit auf Basis von Qualitätsinformationen Krankenhäuser aufsuchen oder meiden und damit mit den Füßen abstimmen.

**Die Mindestmengenregelung soll gestärkt werden.**

Eine Stärkung der vorgeschriebenen Mindestmengen ist grundsätzlich richtig, um Verzettlung in der Versorgung zu vermeiden und um Spezialisierung voranzutreiben und Zentren zu bilden.

**Die von den Kliniken erstellten Qualitätsberichte sollen patientenfreundlicher sein, so dass die Informationen leichter verständlich sind.**

Diese Änderung ist positiv zu bewerten. Sie schafft die Möglichkeit, dass die Patienten ihre Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus aufgrund von Qualitätsinformationen treffen. Damit wird der Qualitätswettbewerb zwischen den Kliniken durch die Patienten gefördert.

**Der Referentenentwurf sieht Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor. Damit soll erprobt werden, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertige Qualitätsanforderungen erreichen lässt.**

Erprobungen sind im Gesundheitswesen dringend nötig. Deshalb ist dieser Vorschlag positiv zu bewerten.

**Pflegestellen sollen künftig mit einem eigenen Programm gefördert werden.**

Die Pflege ist ein wichtiger Teil der medizinischen Versorgung. Jedes Krankenhaus sollte darauf achten, sie im Sinne des Patienten gut zu erbringen. Die vorgesehene Maßnahme setzt aber am Prozess der Leistungserbringung selbst an. Um die Pflegequalität zu fördern, sollte sie aber besser Bestandteil der qualitätsorientierten Vergütung werden sowie Teil der Qualitätstransparenz für Patienten. Es ist unwahrscheinlich, dass die Politik beurteilen kann, wie die Prozesse im Krankenhaus optimal gestaltet und wie viel Pflege an welchen Stellen optimal einzusetzen sind.

**Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen, planbaren Leistungen.**

Dieser Vorschlag ist sinnvoll, da so die Indikationsqualität erhöht werden kann. Es muss jedoch auch ein Augenmerk darauf gelegt werden, dass Zweitmeinungen die Entscheidungsgrundlage des Patienten verbessert.

# 2. Vorgesehene Änderungen im Referentenentwurf in Bezug auf die Versorgung



**Der Referentenentwurf sieht eine Präzisierung der Versorgungssicherheit für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen vor. Die Landesregierungen werden aber ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen.** Dieser Punkt ist grundsätzlich richtig, da sich derzeit jedes Krankenhaus mangels Definition als versorgungsrelevant erachtet. Falsch wäre es aber, wenn die Definition zwar landesspezifisch angepasst werden darf, aber das entsprechende Land die Folgekosten seiner abweichenden großzügigeren Regelung nicht selbst tragen müsste. In diesem Fall wäre der Anreiz zur großzügigen Abweichung eines Landes hoch. Derzeit ist geregelt, dass in einem solchen Fall der LBFW abgesenkt wird und damit alle Krankenhäuser in einem Land die Mehrkosten einer abweichenden Landesregelung zahlen. Richtig wäre, wenn das Land diese Kosten tragen müsste.

#### **Es soll konkrete Strukturvorgaben an die Notfallversorgung und Zuschläge für Teilnahme an dieser geben.**

Konkrete Vorgaben sind hier sicher sinnvoll. Das einzelne Krankenhaus muss dann entscheiden können, ob es unter diesen Vorgaben ein Notfallangebot machen möchte oder nicht. Zuschläge können entsprechende Anreize dafür setzen – gerade dort, wo über die Notfallzahlen die Vorhaltekosten nicht gedeckt werden können, also v.a. in ländlichen Gebieten. In Ballungsgebieten sind diese Vorgaben und Zuschläge dagegen weniger relevant. Jedoch ist die konkrete Finanzierung der Notfallversorgung als Vorhalteleistung bisher unklar.

**Es ist eine Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Hausebene (Aufhebung der „doppelten Degression“) geplant. Dazu ist die Einführung eines hohen Mehrleistungsabschlags auf der Hausebene vorgesehen, der sich „Fixkostendegressionsabschlag“ (FDA) nennt und für fünf Jahre gelten soll. Der halbe Abschlag ist nur für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt. Diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus nachzuweisen.**

Grundsätzlich ist ein Fixkostendegressionsabschlag nachvollziehbar. Ein hoher und lang andauernder FDA bremst aber wiederum den erwünschten Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser und eine darüber erwünschte Mengenausweitung beim qualitativ höherwertigen Krankenhaus sowie auch die erwünschte Strukturbereinigung. Warum sollte ein Krankenhaus bei einem hohen FDA durch hohe Qualität mehr Patienten akquirieren wollen?

Dieses neue Instrument sollte daher sorgfältig die regionale Gesamtmengenveränderung im Auge behalten. Insbesondere ist zu gewährleisten, dass der Nachweis von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern in der Praxis auch geführt werden kann. Besser wäre, dass dort, wo es nur zu Leistungsverlagerungen von einem auf ein anderes Krankenhaus kommt, kein FDA anfällt, auch wenn es auf der Kostenseite tatsächlich eine Fixkostendegression gibt. Dies würde den Anreiz erhöhen, gegenüber seinen Wettbewerbern besser sein zu wollen.

**3.**

**Andere vorgesehene  
Änderungen im  
Referentenentwurf**



### **Es soll eine verbindliche repräsentative Kalkulationsgrundlage für das InEK aufgebaut werden.**

Die Einführung einer verbindlichen repräsentativen Kalkulationsgrundlage ist richtig, wenn neben den Betriebskosten auch die Kapitalkosten einbezogen werden. Empirische Untersuchungen zeigen, dass niedrige Betriebskosten mit höheren Kapitalkosten einhergehen. Ohne Berücksichtigung der Kapitalkosten käme es zu einer Verzerrung bei der Kalkulation allein auf Basis der Betriebskosten.

### **Ein Strukturfonds zur Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft (2 mal 500 Mio. Euro) soll eingerichtet werden. Die Länder prüfen dabei die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.**

Diese Maßnahme ist grundsätzlich sinnvoll. Ko-Finanzierung und Mitspracherechte der Länder konterkarieren jedoch den intendierten Zweck des Fonds. Eine Umstrukturierung hat bislang mit den Ländern nicht funktioniert. Warum soll dies nun möglich sein? Besser wäre es, ausschließlich Bundesmittel einzusetzen und nach einem bundesweit einheitlichen Kriterium die Versorgungssicherheit zu definieren. Auch wenn der Bund damit über seinen eigenen Schatten springen müsste, könnte er doch die Voraussetzungen für eine effizientere Krankenhausstruktur schaffen und davon mittelfristig profitieren.

### **Der GBA erhält viele neue Aufgaben und in Summe eine große Zahl weitgehender, zusätzlicher Verpflichtungen und Befugnisse.**

Grundsätzlich macht es Sinn, für viele Bereiche einen einheitlichen nationalen Rahmen zu setzen. Richtig ist insbesondere, dass nicht das Bundesland festlegt, was ein notwendiges Krankenhaus ist, sondern ein bundesweites Gremium über die Vorgabe von Erreichbarkeiten entscheidet.

Diesen beim GBA anzusiedeln, ist verständlich. Dies erfordert aber ein hohes Vertrauen auf die zentrale Planbarkeit von Versorgung und Qualität sowie die Funktionalität des hiermit betrauten Gremiums. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der GBA als Entscheidungsgremium bereits bei den heute dort verorteten Entscheidungskompetenzen in der Beschlussfindung an Grenzen stößt. Es ist zu erwarten, dass dieses Problem durch den großen Umfang an zusätzlichen Aufgaben sowie die knappen Fristsetzungen im KHSG noch weiter verschärft wird. Es sollte daher darüber nachgedacht werden, den GBA zu einer Regulierungsbehörde weiterzuentwickeln, möglicherweise als Bundesbehörde – ihn also von der Selbstverwaltung zu entkoppeln. Sie würde damit dem Kartellamt bzw. der Bundesnetzagentur ähneln.

### **Neue Prüfaufgaben für den MDK, insbesondere auch unangemeldete Prüfungen.**

Qualitätsprüfungen, auch unangemeldet, sind grundsätzlich in Ordnung, wenn Qualität das Ziel der Versorgung sein soll. Es ist aber die Frage zu stellen, ob die Prüforganisation nicht besser unparteiisch sein sollte. Auch hier gilt wie beim GBA, dass eine Entkoppelung von Parteien der Selbstverwaltung vorteilhaft wäre.

STIFTUNG MÜNCH

Maximilianstr. 58  
80538 München

T +49 (0)89 269 49 447  
F +49 (0)89 242 16 087

[kontakt@stiftung-muench.org](mailto:kontakt@stiftung-muench.org)  
[www.stiftung-muench.org](http://www.stiftung-muench.org)