



Maintal, 23. Juni 2015

Politikversagen – Mit dem geplanten Krankenhaus-Struktur-Gesetz wird sich die Misere der Krankenhäuser weiter verschärfen Presseerklärung des vdää zum Krankenhaus-Struktur-Gesetz

Schönheitsreparaturen an der Fassade des Krankenhauswesens sollen verbergen: Politik und Staat ziehen sich aus der Affäre und überlassen Privaten das Geschäft mit der Krankheit. Der Entwurf für das Krankenhaus-Struktur-Gesetz (KSG) zeigt: Die Versprechungen im "Eckpunktepapier" der Bundesländer-Arbeitsgruppe vom Dezember 2014 waren nur Lippenbekenntnisse, die die von der Misere in den Krankenhäuser alarmierte Öffentlichkeit beschwichtigen sollten.

Im "Eckpunktepapier" war ein "Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist", angekündigt worden. In Wahrheit wollen Große Koalition, Bund und Länder sich aus der Verantwortung stehlen. Dem Rückzug des Staates aus dem Gesundheitssystem soll offensichtlich ein weiterer Vormarsch profitorientierter Kapitalinvestoren in den "Gesundheitsmarkt" folgen.

So verweigern die Bundesländer weiterhin die Steigerung der gesetzwidrig unzureichenden Investitionsmittel; eine weitere Privatisierungsrunde wird die Konsequenz sein. Ohne eine deutliche Anhebung der Investitionsmittel müssen die Krankenhäuser weiterhin dringend notwendige Personalstellen streichen, um Baustellen aus Betriebsmitteln zu finanzieren.

Das Gesetz wird an der Misere in den Krankenhäusern nichts ändern. Im Gegenteil!

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte ruft die Zivilgesellschaft auf, diesem asozialen Politikverständnis von einem "Gesundheitsmarkt" statt eines am Gemeinwohl orientierten Gesundheitswesens entgegenzutreten. Wir fordern für das Gesundheitswesen Bedarfsgerechtigkeit statt Ökonomisierung, Kooperation statt Konkurrenz und Gemeinnützigkeit statt Profitwirtschaft.

Wir fordern: Abschaffung des DRG-Systems

Die geplante verschärfte Verbetriebswirtschaftlichung der Abläufe in den Krankenhäusern setzt trotz aller öffentlich bekannt gewordenen Fehlentwicklungen weiterhin Geld über Patientenwohl. Auch mit dem geplanten KSG sollen den Krankenhäusern Vorhaltekosten nicht erstattet werden. Wenn aber Geld auch zukünftig nur über Fallpauschalen ins Krankenhaus kommt, bleibt den Kliniken bei Strafe der Pleite kein anderer Weg, als immer mehr "Fälle" zu behandeln, lukrative Operationen und andere invasive Prozeduren weiter zu steigern – selbst wenn sie medizinisch fragwürdig sind.

Diese vielfach und völlig zu Recht kritisierten Mengenausweitungen sind nicht Auswüchse sondern unvermeidliche Konsequenz eines ökonomischen Zwangsgesetzes, nämlich der unsinnigen deutschen Ausgestaltung eines DRG-Systems in der Form eines durchgängigen Preissystems. Mit unnötigen Maßnahmen wird Körperverletzung an Patientinnen und Patienten begangen und Geld im Gesund-

heitswesen verschwendet. So kommt Geld nicht dorthin, wo es am dringendsten gebraucht wird. Auch die Bundesärztekammer fordert einen "Wandel des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlösbemessungsinstrument", auch um "künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale / lokale Vereinbarung von Vergütungen" zu bekommen.

Wir fordern: auskömmliche Erlöse für Krankenhausbehandlungen

Seit Jahren geht die Schere zwischen Kosten und Erlösen immer weiter auf, so dass rund die Hälfte der Krankenhäuser unter Defiziten leiden. „Eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser“ wird im KSG nur versprochen, aber nicht verwirklicht! Die Preise im DRG-System sind über Jahre nicht angemessen gesteigert worden. Wenn den Krankenhäusern die notwendigen Betriebsmittel weiterhin vorenthalten werden, werden selbst die im KSG angekündigten verschärften Qualitätskontrollen und finanziellen Sanktionen für schlechte Leistungen nichts bewirken können.

Im Gegenteil: Kliniken müssen, um als Wirtschaftsbetriebe im DRG-System zu überleben, Behandlungen zu geringstmöglichen Selbstkosten erbringen. Outsourcing und Dumpinglöhne verschlechtern Arbeits- und Einkommensverhältnisse für die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Zunehmend werden Stellen in der Pflege und in den therapeutischen Bereichen gestrichen, die für eine fachlich gute und menschlich anständige Versorgung unverzichtbar sind. Zudem können zunehmend Stellen nicht kompetent besetzt werden, weil angesichts unzumutbarer Arbeitsbedingungen zu wenige Bewerbungen eingehen.

Wir Angehörigen der Gesundheitsberufe wünschen uns eine Beschränkung medizinischer Maßnahmen auf das Notwendige, dafür aber mit besserer Qualität.

Wir fordern: gesetzliche Personalbemessung

Das im KSG angekündigte Pflegeförderprogramm ist lächerlich: Bei großzügiger Kalkulation wird es höchstens drei zusätzliche Pflegestellen pro Klinik bringen. Wer wirklich mehr Qualität will muss aber mehr Fachkräfte in die Krankenhäuser bringen. Der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die niedrigsten Behandlungskosten und den hemmungslosesten Stellenabbau muss gestoppt werden. Mehr von uns ist besser für Alle, lautet ein vollkommen zutreffender Slogan der Beschäftigten an der Berliner Charité

Wir fordern: öffentliche Planung und Steuerung des Gesundheitswesens statt des Wildwuchses eines Gesundheitsmarktes

Das KSG will mit Preismanipulationen ein im Kern unreguliertes Marktgeschehen lediglich beeinflussen. Eine sachgerechte Daseinsvorsorge im stationären Bereich erfordert jedoch notwendig eine wissenschaftlich unterstützte, integrierte Bedarfsplanung auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene.

Der vdää fordert alle zivilgesellschaftlichen Organisationen auf, mit ihren Mitteln für eine grundlegende Veränderung der Gesundheitspolitik und des Gesetzentwurfs zum KSG zu kämpfen.

Der vdää erklärt sich solidarisch mit dem wegweisenden Streik der Beschäftigten an der Berliner Charité. Ohne eine Eskalation der gesellschaftlichen Auseinandersetzungen werden sich Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitssystems nicht abwenden lassen.

*Dr. Peter Hoffmann
(Stellvertretender Vorsitzender des vdää)*

Im Anhang finden sie die ersten Passagen des Gesetzentwurfs im Original.

Anhang: (Zitat) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

„A. Problem und Ziel

Eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein. Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie sichern eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Medizin, die nicht zuletzt durch das hohe Engagement der über eine Million Beschäftigten in den Krankenhäusern ermöglicht wird. Vor dem Hintergrund u. a. der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten und notwendige Umstrukturierungsprozesse zu unterstützen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat am 5. Dezember 2014 nach über sechsmonatiger Beratung Eckpunkte zur Krankenhausreform vorgelegt, die mit diesem Gesetz umgesetzt werden. Damit setzen sich Bund und Länder für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

B. Lösung

Ausgehend von einem hohen Qualitätsniveau der Krankenhausversorgung werden mit dem Gesetz die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung weiterentwickelt, so dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Die Schwerpunkte des Gesetzes betreffen:

Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung wird durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt:

- Der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern in § 1 Absatz 1 KHG wird um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Zu den planungsrelevanten Indikatoren liefert der G-BA den Planungsbehörden der Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse.
- Die Qualitätsindikatoren bilden eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder. Eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat Konsequenzen auch für die Aufnahme der Einrichtung in den Krankenhausplan des Landes und den Verbleib darin.
- Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das Erreichen der Mindestmengen in Form einer begründeten Prognose belegen müssen. Zudem wird ausdrücklich gesetzlich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.
- Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekten angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.
- Durch den Abschluss von 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 Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Hierfür sind besonders patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form zusätzlich in einem speziellen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten klar und verständlich darzustellen.

– Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird zukünftig konsequenter durchgesetzt. Der G-BA wird hierbei durch klare gesetzliche Regelungen unterstützt und beauftragt, die jeweiligen Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Richtlinien zu konkretisieren.

Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (ausschließlich Pflege am Bett) wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet.

– Das Programm wird für die Jahre 2016 bis 2018 stufenweise aufgebaut. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Mio. Euro. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Mio. Euro im Krankenhausbereich.

Zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung werden insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

– Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhaushausindividuellen Zuschlägen geschaffen.

– Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, werden präzisiert.

– Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen zu differenzierende Zuschläge. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorzusehen.

– Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben, die nicht bereits mit den Entgelten für die stationäre Versorgung finanziert sind, werden durch gesetzliche Vorgaben und durch weitere Festlegungen der Vertragsparteien auf Bundesebene präzisiert.

– Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert. Hierfür werden die Korridor Grenzen auf -1,02 Prozent und +2,5 Prozent unter- bzw. oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts festgelegt. Die Landesbasisfallwerte unterhalb des Korridors werden im Jahr 2016 in einem Schritt auf die untere Korridor Grenze angehoben. Die Landesbasisfallwerte oberhalb des Korridors werden in einer Konvergenzphase von sechs Jahren an die obere Korridor Grenze herangeführt. Die Bedeutung der landesbezogenen Verhandlungen wird erstmals für die im Jahr 2020 zu führenden Landesbasisfallwertverhandlungen gestärkt, indem der einheitliche Basisfallwert nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten ermittelt und veröffentlicht wird.

– Das Statistische Bundesamt ist weiterhin mit der Entwicklung eines sachgerecht ermittelten Orientierungswerts beauftragt. Sobald bestehendem Weiterentwicklungsbedarf Rechnung getragen wurde, wird geprüft, ob der volle Orientierungswert als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte und die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Anwendung findet.

– Eine repräsentative Kalkulationsgrundlage für die bundesweiten stationären Entgeltsysteme wird anstelle der heutigen freiwilligen Kalkulationsteilnahme aufgebaut.

– Mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zum Abbau bestehender Übervergütungen ergriffen werden.

Zur Neuausrichtung der Mengensteuerung sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

– In einer ersten Stufe werden zunächst flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung vorgenommen. Dazu gehören die auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ab dem Jahr 2016 anwendbaren Regelungen des GBA zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen und die vom G-BA festzulegenden Rahmenbedingungen für Qualitätszu- oder -abschläge. Zudem haben im

Jahr 2016 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für das DRG-System 2017 die Bewertung bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustaffeln.

– In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene. Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird daher aufgehoben. Stattdessen werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet:

– Die Länder führen die Krankenhausplanung im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionskosten für die von der Planung umfassten Krankenhauskapazitäten in notwendigem Umfang bereitzustellen. Zu dieser Verpflichtung haben sich die Länder in den am 5. Dezember 2014 verabschiedeten Eckpunkten zu einer Krankenhausreform bekannt.

– Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. Die Länder haben sich dazu verpflichtet, diese Mittel zusätzlich bereitzustellen. Die Länder werden mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beibehalten und um die Landesmittel zur Finanzierung des Strukturfonds zusätzlich erhöhen.

– So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen.

– Ende 2018 wird der Fonds auf der Grundlage eines Zwischenberichts im Hinblick auf den bewirkten Strukturwandel und die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung überprüft...“