

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz - KHSG)

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie

Vorbemerkung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zum 28. April 2015 einen Referentenentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) vorgelegt. Es orientiert sich dabei im Wesentlichen an den im Dezember 2014 von der Bund-Länder-AG beschlossenen Eckpunkten. Ziel ist es, eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen und die hierfür notwendigen strukturellen Änderungsprozesse zu unterstützen.

Die Intention des vorgelegten Gesetzentwurfs ist sehr zu begrüßen. Bereits im Oktober 2014 hat die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) eine Stellungnahme¹ zu den Perspektiven einer Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland abgegeben, die explizit auch Fragen der Qualität und der Strukturanpassung adressierte. Im Folgenden nimmt die dggö daran anknüpfend zu einigen das KHSG betreffenden Punkten aus Sicht der disziplinär zugehörigen Fachgesellschaft Stellung.

Qualität in der Krankenhausplanung und Qualitätsverträge

Die Erhöhung der Qualitätstransparenz für die Patienten ist positiv zu bewerten, ebenso die Erprobung von Qualitätsverträgen. Dieses selektivvertragliche Instrument ist dort, wo sinnvoll und messbar, weiter zu stärken. Die Evaluation der Qualitätsverträge sollte jedoch bereits mit Beginn der Laufzeit einsetzen, da eine nachträgliche Evaluation methodische Probleme mit sich bringt.

Selektivvertragliche Ansätze sind in der Regel qualitätsbezogenen pauschalen Zu- und Abschlägen überlegen, letztere stellen jedoch immerhin einen erstem Schritt in Richtung einer qualitätsorientierten Vergütung dar. Problematisch erscheint der ambitionierte Zeitplan, bereits zum 31.12.2016 inhaltlich belastbare und rechtssichere Qualitätsindikatoren durch den G-BA entwickeln zu lassen.

Es erscheint weiterhin fraglich, inwiefern eine retrospektive Betrachtung von Qualitätsindikatoren ein effektives Instrument der Krankenhausplanung darstellen soll, zumal viele strukturelle Kriterien ohnehin Mindeststandards für die Teilnahme an der Versorgung darstellen dürften. Die hierzu erhobenen Daten sollten zudem nicht exklusiv den Ländern, sondern in geeigneter Form auch den Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Finanzierung von Krankenhausleistungen und Investitionskosten

Das Problem der nicht ausreichenden Investitionskostenfinanzierung wird nicht gelöst. Vielmehr wird die derzeit vorliegende Unterfinanzierung weiter fortgeschrieben. Eine nachhaltige Lösung, wie sie durch die Wiedereinführung eines monistischen Finanzierungssystems erfolgen könnte, ist nicht erkennbar.

Der Aufbau einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage für das InEK ist zu begrüßen. Allerdings ist zu bedenken, dass niedrige variable Betriebskosten mit hohen Kapitalkosten korrelieren können. Eine rein auf Betriebskosten fundierte Kalkulation kann diesen Zusammenhang nicht ausreichend würdigen.

¹ Perspektiven einer Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland: Qualität steigern, ländliche Versorgung sicherstellen, Strukturanpassung fördern, Stellungnahme Vorstand dggö am 12. Oktober 2014.

Steuerung der Leistungsentwicklung

Die degressive Vergütung bei Mengenausweitung wird im Wesentlichen von der Landesebene auf die Ebene der einzelnen Häuser verlagert. Dies stellt eine denkbare Option dar. Ob hierdurch auch unter Berücksichtigung sonstiger Abschläge im Landesbasisfallwert eine Besser- oder Schlechterstellung der Krankenhäuser erfolgt, ist nicht abschätzbar. Allerdings ist darauf zu achten, dass negative Anreize für Häuser vermieden werden, die durch Investitionen in die Qualität mehr Patienten attrahieren wollen. Deshalb erscheint es sinnvoll, auf regionaler Ebene für eine Veränderung der Gesamtmenge zu kontrollieren. In Fällen, in denen es lediglich zu einer Umschichtung von Patienten zu einem besseren Krankenhaus kommt, handelt es sich dort um eine erwünschte Mengenausweitung. Vor dem Hintergrund der avisierten Strukturveränderung darf und soll dies ggf. auch mit der Schließung von Patienten abgebenden Standorten einhergehen. Es ist jedoch zu gewährleisten, dass der Nachweis von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern in der Praxis auch geführt werden kann.

Pflegestellen-Förderprogramm

Die Probleme im Bereich der Pflege sind eines der derzeit drängendsten Probleme. Das zunächst bis 2018 befristete Pflegestellen-Förderprogramm soll dem durch die weitgehende Finanzierung zusätzlicher Stellen entgegenwirken. Das grundsätzliche Problem der mangelnden Verfügbarkeit qualifizierter Pflegekräfte wird dabei jedoch nicht adressiert. Zudem setzt das Programm direkt an der Erbringung der Pflegeleistung an. Eine Kopplung an Kriterien, welche die Qualität der Pflege berücksichtigen, wäre hier zu bevorzugen.

Strukturfonds und Versorgungssicherheit

Wie bereits in der letzten Stellungnahme betont, kann eine begrenzte Förderung zur Strukturbereinigung positiv wirken. Kritisch zu betrachten ist allerdings die den Ländern zugedachte Rolle bei der Prüfung der Mittelverwendung. Verschiedene Länder haben in der Vergangenheit einer Umstrukturierung des Krankenhaussektors bestenfalls passiv gegenübergestanden. Es wäre überlegenswert, für den hier vorliegenden Zweck auf Landesmittel sogar komplett zu verzichten und dafür auf Bundesebene ein wirkungsvolleres Instrument zur Verfügung zu haben.

Dies betrifft auch die – grundsätzlich begrüßenswerten – Maßnahmen zur Versorgungssicherheit durch Sicherstellungszuschläge. Durch die Möglichkeit der Länder, regionale Anpassungen vorzunehmen, die aus allgemeinen Mitteln finanziert werden, können diese Kosten externalisiert werden. Dies setzt Anreize zu einer großzügigen Ausnutzung dieses Instruments zu Lasten Dritter. Daher sind bundeseinheitliche Mindestkriterien nötig, wann Kassen Sicherstellungszuschläge finanzieren müssen und wann nicht. Nur so kann über kassenfinanzierte Sicherstellungszuschläge objektiv entschieden werden. Die Länder könnten ihre Mittel dann nach eigenen Kriterien zur Verbesserung der regionalen Versorgung über den allgemeinen Standard hinaus einsetzen.

Im Kontext von Änderungen der Krankenhausstruktur ist die Notfallversorgung sicherzustellen. Die Formulierung von Strukturvorgaben durch den G-BA erscheint plausibel, allerdings ist auch hier der zeitliche Rahmen sehr ambitioniert. Ferner muss die Finanzierung der Notfallversorgung als Vorhalteleistung sichergestellt sein. Wie dies erfolgen soll, ist bisher unklar. Betroffen ist hiervon primär die Notfallversorgung im ländlichen Raum durch Krankenhäuser mit niedrigen Fallzahlen in diesem Bereich.

Praktische Umsetzung und wissenschaftliche Begleitung

Für elementare Aspekte des KHSG wie die Gewährung von Mitteln aus dem Strukturfonds, die Evaluation von Qualitätsverträgen sowie ganz allgemein die wissenschaftliche Analyse der Krankenhausstruktur ist es unabdingbar, dass allen beteiligten Parteien exakte Daten vorliegen, die nicht nur das

Institutionskennzeichen (IK-Nummer), sondern auch eine Betriebsstättennummer/Standortidentifikationsnummer und eine eindeutige Identifikationsnummer des Eigentümers (Trägers) enthalten. Alle drei Merkmale müssen für eine aussagekräftige Datenbasis unbedingt in den Abrechnungsdaten (Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik - DRG-Statistik - EVAS 23141) und der amtlichen Krankenhausstatistik (EVAS 23111/23121/23131) enthalten und für die wissenschaftliche Auswertung verfügbar sein. Das bisher im Vordergrund stehende Institutionskennzeichen alleine kann dagegen wesentliche Anforderungen nicht erfüllen, da es der Abwicklung von Zahlungsströmen dient, für sich jedoch keine Aussagekraft über die damit verknüpften wirtschaftlichen oder klinischen Einheiten besitzt.

Ordnungspolitische Einordnung und Zielerreichung

Problematisch erscheint bei verschiedenen der oben angeführten Punkte die Rolle der Länder, die eine weitere Vermengung von struktur- und gesundheitspolitischen Zielen befördert. Der G-BA erhält in Summe eine große Zahl weitgehender zusätzliche Verpflichtungen und Befugnisse. Dies erfordert ein hohes Vertrauen auf die zentrale Planbarkeit von Versorgung und Qualität sowie die Funktionalität des hiermit betrauten Gremiums. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der G-BA 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.

Ferner ist zu bedenken, dass dies in der Tendenz die Zentralisierung des deutschen Gesundheitswesens verstärkt, sofern dies über die Setzung allgemeiner Regeln hinausgeht und Vorgaben auf Prozessebene gemacht werden. Dezentrale Elemente wie die Qualitätsverträge sollten weiter gestärkt und die Möglichkeit für Selektivverträge zwischen Häusern und einzelnen Krankenkassen eröffnet werden, auch eine Regionalisierung und Individualisierung der Basisfallwerte stellen weitere Optionen dar.

Es erscheint nach dem derzeitigen Stand unwahrscheinlich, dass die durch das KHSG angestoßenen Änderungen ausreichen, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Es werden zwar an einer Vielzahl von Punkten Änderungen vorgenommen, die jedoch meist keine tiefgreifende Wirkung entfalten dürften. In einzelnen Bereichen wie der Investitionskostenfinanzierung wird ein unbefriedigender Status quo lediglich fortgeschrieben. Auch bleibt abzuwarten, ob die vorgeschlagenen Instrumente zu einem substantiellen Abbau von Betten bzw. Standorten in überversorgten Gebieten führen werden. Hierfür sollten der grundsätzlich zu begrüßende Strukturfonds eine stärkere Unabhängigkeit von den Ländern erhalten.

Essen, 8. Mai 2015

Für den Vorstand der dggö, Prof. Dr. Stefan Felder, Generalsekretär