

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0125(28)

gel. VB zur öAnhörung am 07.09.

15_KHSG

01.09.2015

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft kommunaler
Groß-Krankenhäuser
zum
Entwurf eines Gesetzes der Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

**Bundestagsdrucksache 18/5372 vom 30. Juni 2015
(Stand: 1. September 2015)**

Vorstandsvorsitzender
Dipl.-Kfm. Helmut Schüttig
Städtisches Klinikum
Braunschweig gGmbH
Freisestr. 9/10
38118 Braunschweig

Tel. 0531 595-1210
Fax 0531 595-1322
h.schuettig@klinikum-
braunschweig.de

Klinikum Augsburg

Vivantes Netzwerk für Gesundheit
GmbH Berlin

Klinikum Bielefeld gGmbH

Städtisches Klinikum
Braunschweig gGmbH

Klinikum Region Hannover GmbH

Gesundheit Nord gGmbH
Klinikverbund Bremen

Klinikum Chemnitz gGmbH

Carl-Thiem-Klinikum
Cottbus gGmbH

Klinikum Dortmund gGmbH

Klinikum Fulda gAG

Städtisches Klinikum
Karlsruhe gGmbH

Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Klinikum St. Georg gGmbH Leipzig

Märkische Kliniken GmbH

Klinikum Mannheim GmbH

Mühlenkreiskliniken (AÖR) Minden

Städtisches Klinikum
München GmbH

Klinikum Nürnberg

Klinikum Ernst von Bergmann
gGmbH Potsdam

Klinikum Saarbrücken gGmbH

Klinikum Stuttgart

I. Vorbemerkungen

1. Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSg) soll nach der amtlichen Begründung die gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch in Zukunft sichergestellt sein, die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung weiterentwickelt werden, notwendige Umstrukturierungsprozesse unterstützt, qualitative Standards weiterentwickelt und die nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung erreicht werden.

Nach einem Grundsatzpapier des Bundesministeriums für Gesundheit sollen die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung in einem langfristigen Prozess weiterentwickelt werden, ausgehend von den Eckpunkten zur Krankenhausreform der Bund-Länder-AG 2014, weiter mit der parlamentarischen Beratung des Entwurfs des Krankenhausstrukturgesetzes 2015, weiter mit der Konkretisierung mehrerer Aufträge des Gesetzgebers durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu wesentlichen Rahmenbedingungen in 2016 und mit dem Wirksamwerden von wichtigen Elementen der Qualitätsoffensive des Krankenhausstrukturgesetzes ab dem Jahr 2017.

2. Aus der Sicht der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Groß-Krankenhäuser (AKG) wird nicht die notwendige Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung erreicht, sondern eine Verschärfung; insbesondere mit dem geplanten Entfall des Versorgungszuschlages ab 2017, mit den überlappenden Regelungen zu den Mehrleistungsabschlägen bis einschließlich 2018 und dem auf 5 Jahre erweiterten Fixkostendegressionsabschlag ab 2017. Auch die restriktiveren Regeln zur Verhandlung der Landesbasisfallwerte werden zu mehr Kürzungen führen.

Das Krankenhausstrukturgesetz bringt keine Verbesserung der Investitionsfinanzierung, die absolut notwendig ist, um die Krankenhäuser zu modernisieren und auf normale, angemessene Standards zu bringen bzw. zu halten. Der neue Strukturfonds ist lediglich darauf angelegt, Zusammenschlüsse von Standorten bei gleichzeitigem Kapazitätsabbau zu unterstützen, aber nicht den allgemein bestätigten zusätzlichen Investitionsbedarf von 3 Mrd. € pro Jahr zu realisieren.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz werden die schon jetzt sehr komplexen Verfahren mit Verhandlungen und Vereinbarungen auf Bundes-, Landes- und Ortsebene und vielfältige Zuständigkeiten nicht vereinfacht, sondern stattdessen breiter, u. a. mit anspruchsvollen Anforderungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Außerdem werden Dokumentationsverpflichtungen der Krankenhäuser erhöht und Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in den Krankenhäusern sachfremd erweitert.

Das Krankenhausstrukturgesetz berücksichtigt nicht angemessen den wachsenden Versorgungsbedarf in der stationären Versorgung auf Grund der demografischen Entwicklung, der Morbiditätsentwicklung, des medizinischen Fortschritts und des Anspruchsverhaltens der Bevölkerung. Der steigende Versorgungsbedarf allein im Zeitrahmen 2009 bis 2014 von 17,8 auf 19,1 Mio. behandelten Patienten wird im Trend sich in den nächsten Jahren und Jahrzehnten fortsetzen. Das Krankenhausstrukturgesetz setzt auf Umstrukturierungsprozesse, auf Absenkung der Kapazität, auf Sanktionierung von Mehrleistungen und berücksichtigt nicht den Investitionsbedarf und den weiteren Investitionsbedarf nach Umstrukturierungen, bei den die Versorgung übernehmenden Krankenhäusern und den entsprechend zusätzlichen Personalbedarf. Dass die Krankenhäuser bereits jetzt nicht mehr die notwendigen Reserven haben, um bei einer Häufung von Erkrankungen die Bevölkerung adäquat versorgen zu können, zeigte sich bei den Belastungsspitzen Anfang dieses Jahres.

In dem Krankenhausstrukturgesetz wird ein Personalförderprogramm im Umfang von 330 Mio. € im 3. Jahr aufgelegt, welches durch den zuvor erfolgten Wegfall des Versorgungszuschlages und die zusätzlichen Kürzungen überkompensiert wird. Auch die Eigenbeteiligung von 10 % bei zusätzlichem Aufbau von neuen Pflegestellen ist kontraproduktiv.

Es ist fraglich, ob die Qualitätsoffensive in dem geplanten Zeitrahmen konkret, fachlich gut, rechtssicher und im Gesamtsystem wirksam umgesetzt werden kann und ob der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die hochanspruchsvollen Anforderungen in der kurzen Zeit erfüllen kann. Es bestehen daher große Zweifel, ob nach den konkret und kurzfristig festgelegten Kürzungen mit dem Versorgungszuschlag, den restriktiven Regelungen zu den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert, zum Mehrleistungsabschlag/Fixkostendegressionsabschlag in einem



angemessenen Zeitrahmen Zuschläge für Qualität konkret und relevant erreichbar sind.

Die AKG befürchtet, dass die bestehenden Probleme in den Grundlagen der Krankenhausfinanzierung mit vielen Regelungen des KHSG verschärft werden, das Investitionsproblem nicht angegangen wird, ebenso wie Zuständigkeit und Vergütung der ambulanten Notfallversorgung und die positiven Ziele zur Qualitätsoffensive einen viel größeren Zeitrahmen in einer machbaren und guten Umsetzung benötigen. Daher sieht die AKG das KHSG insgesamt kritisch und schließt sich der grundsätzlichen Kritik der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Städtetages in den Stellungnahmen von Mai 2015 an.

Die AKG schließt sich auch der Stellungnahme des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) zu den Extremkostenfällen bzw. Kostenausreißern an und unterstützt die Forderung nach entsprechenden Zuschlägen, da die AKG-Häuser als Maximalversorger von der Problematik ebenfalls betroffen sind. Der Extremkostenbericht des InEK weist nach, dass die durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern in der Gruppe der Universitätsklinika und der Maximalversorger signifikant höher ist als in der Gruppe der anderen Krankenhäuser. Die relevante Finanzierungslücke für die Universitätsklinika und die Maximalversorger muss durch einen Zuschlag geschlossen werden.

II. Notwendige Veränderungen

Die AKG sieht schwerpunktmäßige Veränderungsnotwendigkeiten insbesondere zu

- (1) dem Wegfall des Versorgungszuschlages ab 2017,
- (2) neuen Kürzungen bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte,
- (3) dem erweiterten Mehrleistungsabschlag/
Fixkostendegressionsabschlag,
- (4) der ambulanten Notfallversorgung und Vergütung,
- (5) der Refinanzierung von neuen G-BA-Richtlinien
im Bereich der Strukturqualität,
- (6) den zusätzlichen Kontrollen durch den MDK,
- (7) der Investitionsfinanzierung durch die Länder
im Zusammenwirken mit dem Bund.

1. Dauerhafte Finanzierung des Versorgungszuschlages Artikel 2 Nr. 8c): § 8 Abs. 10 KHEntgG

Der seit 2013 gewährte Versorgungszuschlag von 0,8 % auf das Gesamtbudget des Krankenhauses soll ab 2017 ersatzlos gestrichen werden.

Die Bundesregierung hatte 2013 erkannt, dass auf Grund der strukturellen Unterfinanzierung der Betriebskosten und des unzureichenden Anstiegs der Landesbasisfallwerte eine grundsätzliche Nachfinanzierung als Soforthilfe notwendig geworden war. Die doppelte Degression führte in der Vergangenheit dazu, dass die Landesbasisfallwerte nicht in Höhe des Orientierungswertes/des Veränderungswertes ansteigen konnten. Dieser Effekt hat sich in jedem Jahr negativ verstärkt, sodass die Ausgangsbasis des Landesbasisfallwertes vor zukünftigen Neuregelungen vermindert ist. Daher war und ist der Versorgungszuschlag ein annähernder Ausgleich für diese Verminderung aus der Degression der Vergangenheit.

Mit dem Versorgungszuschlag konnte eine spürbare Erleichterung in den Krankenhäusern erreicht und die sehr angespannte Personalsituation und Personalbelastung in leichtem Umfange entspannt werden.

Für eine gute Versorgung und zur Vermeidung einer weiteren Verschlechterung der Personalsituation in den Krankenhäusern ist es daher unabdingbar notwendig, dass der Versorgungszuschlag über 2016 hinaus weiter erhalten bleibt und ab 2017 in die Landesbasisfallwerte als Dauerfinanzierung eingearbeitet wird.

Notwendige Veränderung:

- Der Versorgungszuschlag wird 2017 als Dauerfinanzierung in den Landesbasisfallwert übernommen.

2. Keine neuen Kürzungen bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte

Artikel 2 Nr. 9a): § 9 Abs. 1b Satz 2 KHEntgG

Artikel 2 Nr. 10b) bb): § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG

Mit der Regelung sollen Empfehlungen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte gegeben werden. Damit soll der Landesbasisfallwert abgesenkt werden und keine Fortschreibung nach dem Orientierungswert bzw. Veränderungswert sichergestellt sein. Zukünftig sollen auch die Produktivitätsentwicklung, die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und die Möglichkeiten zur Leistungsverlagerung stationär/ambulant einbezogen werden.

Diese Regelungen führen zu unzumutbaren Belastungen der Krankenhäuser, da schon der Orientierungswert/Veränderungswert in der Vergangenheit insgesamt nicht ausgereicht hat, tarifliche Veränderungen nach TVöD und TVÄ komplett aufzufangen. Darüber hinaus führen die Erlösausgleiche für über die Vereinbarung hinausgehende erbrachte Leistungen zu erheblichen Kürzungen im Umfang von 65 %.

Es bleibt auch die Frage, wie die Produktivitätsentwicklung in den unterschiedlich strukturierten Krankenhäusern und den sehr unterschiedlichen Patientenkollektiven konkret gemessen und vergleichbar gemacht werden soll. Schon jetzt besteht in den Krankenhäusern eine sehr hohe Personalbelastung nach erheblicher Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren. Die gewollte Qualitätsoffensive braucht auch Personal, sonst wird diese ins Gegenteil verkehrt.

Fehlbelegungsprüfungen werden bereits im laufenden Verfahren im Krankenhaus und Krankenkassen bzw. MDK abgearbeitet und in die Budgetverhandlungen einbezogen. Insofern muss dieser Punkt nicht auf der Ebene des Landesbasisfallwertes nochmals absenkend berücksichtigt werden.

Die Regelungen werden abgelehnt, da sie im Gesamtsystem zu Mehrfachkürzungen und zu Schwierigkeiten der operationalen Gestaltung führen und der gewollten Qualitätsoffensive zuwiderlaufen.

Notwendige Veränderungen:

- Streichung der Neuregelungen

3. Begrenzung des Mehrleistungsabschlages/

Fixkostendegressionsabschlages

Artikel 2 Nr. 4c) und 4d): § 4 Abs. 2a und 2b KHEntgG und

Artikel 2 Nr. 9a): § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG

Artikel 2 Nr. 10 h): § 10 Abs. 13 KHEntgG

Der Mehrleistungsabschlag wurde 2013 von zwei auf drei Jahre erweitert, um damit Mengenzuwächse unattraktiv zu machen. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz soll dieser Mehrleistungsabschlag ab 2017 durch den so genannten Fixkostendegressionsabschlag, der sodann von drei auf fünf Jahre erhöht wird, abgelöst werden.

Mehrleistungen sind vor allem auf den wachsenden Versorgungsbedarf in Folge des medizinischen Fortschritts, der demografischen Entwicklung und des steigenden Anspruchsverhaltens der Patienten zurückzuführen. Insofern dürfen Krankenhäuser mit diesen Regelungen nicht noch weiter bestraft werden für Leistungen, die gesellschaftlich notwendig sind. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass im Regelfall vor der Vereinbarung von Mehrleistungen mit den Krankenkassen eine Vorleistung durch die Krankenhäuser erbracht werden muss. Für diese Mehrleistungen ist im Zuge des Erlösausgleichs eine Rückzahlung von 65 % für diese über die Vereinbarung hinausgehenden Mehrleistungen erforderlich. Daran schließt sich der 2013 auf drei Jahre erweiterte Mehrleistungsabschlag an. Insofern bestehen heute bereits Kürzungen über vier Jahre mit 65 % im ersten Jahr und jeweils 25 % über drei Jahre. Es muss daher zu der bis zum Jahr 2012 geltenden Regelung des Mehrleistungsabschlages für zwei Jahre zu 25 % zurückgegangen werden.

Da der Fixkostendegressionsabschlag den Mehrleistungsabschlag in 2017 ablösen soll, muss die bestehende Regelung zum Mehrleistungsabschlag, wonach vereinbarte Mehrleistungen 2016 auch zu einem Abschlag in 2017 und 2018 führen, für diese beiden Jahre gestrichen werden.

Der Fixkostendegressionsabschlag löst den Mehrleistungsabschlag 2017 ab und soll sich über fünf Jahre erstrecken. Damit werden Mehrleistungen noch stärker finanziell sanktioniert. Nach den Regelungen im Krankenhausstrukturgesetz soll der Fixkostendegressionsabschlag durch Vereinbarungen auf örtlicher Ebene höher oder/und länger geregelt werden können. Die geplanten neuen Regelungen belasten die Krankenhäuser mit Mehrleistungen massiv und werden abgelehnt. Es sind nur wenige Ausnahmetatbestände vorgesehen.

Der Fixkostendegressionsabschlag muss auf maximal zwei Jahre verkürzt und mit einer Obergrenze von 25 % festgelegt werden. Bei den Ausnahmetatbeständen müssen Veränderungen im Krankenhausplan, strukturelle Veränderungen im Krankenhaus sowie medizinischer Fortschritt schiedsstellenfähig erhalten bleiben.

Großkrankenhäuser sind von dem bestehenden verschärften Mehrleistungsabschlag und dem zukünftig noch restriktiveren Fixkostendegressionsabschlag besonders betroffen, da sie auf Grund der breiten Versorgungspalette und der umfangreichen Notfallvorhaltungen schon jetzt einen hohen Zuwachs haben und sich dieser auf Grund der zu erwartenden strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahren weiter verstärken wird. Damit werden auf die Großkrankenhäuser noch größere Versorgungsanforderungen zukommen, die bei den verschärften Regelungen zum Mehrleistungsabschlag und Fixkostendegressionsabschlag zu einer Überlastung der Mitarbeiter in den Krankenhäusern führen werden.

Daher muss künftig auch eine Freigrenze für Zusatzleistungen von 1 % eingeführt werden. Das entlastet auch die künftigen Budgetverhandlungen.

Notwendige Veränderungen:

- Begrenzung des Mehrleistungsabschlages auf 2016,
- Begrenzung des Fixkostendegressionsabschlages ab 2017 auf zwei Jahre und 25 %,
- Einführung einer Freigrenze von 1 %,
- Beibehaltung des bisherigen Ausnahmekataloges,
- Keine Abzüge für Mehrleistungen nach Krankenhausschließungen und Umverteilungen von Leistungen.

4. Ambulante Notfallversorgung und -vergütung
grundsätzlich neu regeln

Artikel 2, Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG

Die Entwicklung der Versorgung in den zentralen Notaufnahmen der kommunalen Großkrankenhäuser ist besorgniserregend. Der Zuwachs ist ungebrochen, die Wartezeiten der Patienten trotz vielfältiger organisatorischer Maßnahmen steigen und damit auch die Personalbelastungen von Ärzten und Pflegekräften. Auch wenn gemeinsame Lösungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort mit der Ansiedlung der Bereitschaftsdienstpraxen der KV im Krankenhaus erfolgen, um damit Synergieeffekte zwischen KV- Bereitschaftsdienstpraxis im Krankenhaus und der Notaufnahme erzielen zu können und damit eine abgestufte Notfallversorgung zu optimieren, reichen diese nicht aus, um eine gute Versorgung für Patienten und angemessene Belastung von Ärzten und Pflegekräften in den Notaufnahmen sicherzustellen.

Über die zu begrüßenden Regelungen der differenzierten Vergütung zur stationären Notfallversorgung hinaus, muss daher unabdingbar die gesetzliche Grundlage der Zuständigkeit für die ambulante Notfallversorgung gemeinschaftlich an die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenhaus- und Krankenkassenseite auf Bundesebene gegeben werden. Auf dieser Basis muss es zu gemeinschaftlich getragenen rechtlichen, organisatorischen und schließlich finanziellen Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung kommen. Die einseitige Festlegung und neuerdings rückwirkende Deckelung der Vergütung durch die KV ist nicht mehr akzeptabel. Die Finanzierung pro ambulantem Notfall mit rund 30 € pro Fall reicht nicht aus, die Kosten von rund 120 € zu kompensieren, geschweige denn notwendige bauliche und personelle Erweiterungen daraus zu ermöglichen. Daher muss die Vergütungsfrage für ambulante Notfallleistungen grundsätzlich neu geregelt und für die Krankenhäuser an den tatsächlich auftretenden Kosten orientiert werden.

Hierfür hat ein Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Notfall- und Akutmedizin (DGINA) im Frühjahr des Jahres 2015 entsprechende Analysen und Vorschläge geliefert.

Notwendige Veränderung:

- Gesetzliche Grundlage für dreiseitige Vereinbarungen auf Bundesebene zu Zuständigkeiten und Vergütungsregelung der ambulanten Notfallversorgung.

5. Faire und zeitnahe Refinanzierung von G-BA-Richtlinien zur Strukturqualität (u. a. zur Neonatologie)

Artikel 2 Nr. 5d): § 5 Abs. 3c KHEntgG

Artikel 2 Nr. 9a): § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG

Die zum 1. Januar 2014 in Kraft getretene G-BA-Richtlinie zur Neonatologie legt die pflegerische Versorgung im Intensiv- und Intensivüberwachungsbereich ab 1. Januar 2017 verbindlich fest; darüber hinaus auch den Anteil an Fachweiterbildung. Die Übergangsfrist endet am 31. Dezember 2016. Es bestehen sehr große Umsetzungsprobleme in den betroffenen Krankenhäusern.

Die G-BA-Richtlinie zur Neonatologie zeigt exemplarisch eine gewollte Verbesserung in der Strukturqualität, die aber zu erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastungen der Krankenhäuser führt, Rekrutierungsprobleme bei dem Fachpflegepersonal und Engpässe in den wenigen Weiterbildungsstätten nicht berücksichtigt. Von daher muss diese Richtlinie in der Übergangsfrist vom 31. Dezember 2016 mindestens bis zum 31. Dezember 2020 verlängert werden.

Die im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehene Regelung, wonach Maßnahmen, die nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden, ab der 2./3. Lesung des Gesetzes refinanziert werden können, reicht nicht aus. Vielmehr muss eine echte Rückwirkung zum 1. Januar 2014 eingearbeitet werden, die ermöglicht, dass sämtliche zusätzlichen Maßnahmen seit dem 1. Januar 2014 in vollem Umfang refinanziert werden.

Es muss grundsätzlich ausreichen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene für neue G-BA-Richtlinien befristete Zuschläge vereinbaren. Die im KHSG in § 10 KHEntgG vorgesehene Regelung zur Überführung der befristeten Zuschläge für Mehrkosten in den Basisfallwert und der damit verbundenen Erhöhung über den Veränderungswert hinaus ist sachgerecht und zu begrüßen.

Über den exemplarischen Punkt der G-BA-Richtlinie zur Strukturqualitätsverbesserung in der Neonatologie hinaus müssen sämtliche G-BA-Beschlüsse im Rahmen der Beschlussfassung hinsichtlich der Mehrkosten transparent gemacht werden. Die so benannten Mehrkosten müssen die Ausgangslage für die Vertragsparteien auf Bundesebene sein, um dann entsprechend befristete Zuschläge zu vereinbaren.

Dieses betrifft auch zu erwartende gesetzliche Auflagen im Bereich der Sicherheit in Krankenhäusern, z. B. in der Informationstechnologie, zu Fehlermeldesystemen, zum Risikomanagement, zur Hygiene.

Notwendige Veränderungen:

- Nacharbeit der G-BA-Richtlinie Neonatologie zu den Mehrkosten seit 1. Januar 2014 und Rückwirkung der entsprechenden Nachfinanzierung ab 1. Januar 2014 und Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2020.
- Beschlussfassung des G-BA zu neuen Richtlinien zur Strukturqualität einschließlich Ermittlung und Ausweis der Mehrkosten über die bisherige Finanzierung nach Fallpauschalen hinaus,
- Verpflichtung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu zeitnahen, befristeten Zuschlägen für die Finanzierung der Mehrkosten der G-BA-Richtlinien, anschließende Überführung in den Basisfallwert über den Veränderungswert hinaus.

6. Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen
nicht durch den MDK

Artikel 6 Nr. 15: § 137 Abs. 1 – 3 SGB V

Artikel 6 Nrn. 22, 23 und 24: §§ 275 a, 276 und 277 SGB V

Das hocheigene Interesse der Krankenhäuser besteht in der Qualitätssicherung und der weiteren Ausprägung der Struktur-, Prozess- und schließlich Ergebnisqualität. Hierbei ist bereits ein sehr hohes Niveau erreicht worden. Die weitere Ausgestaltung im Rahmen der beabsichtigten Qualitätsoffensive benötigt weiterhin motivationale Rahmenbedingungen. Die Neuregelungen im Krankenhausstrukturgesetz zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhalten ein abgestuftes System der Sanktionierung. Die erweiterte Kontrolle, die intendierten Sanktionen laufen konträr zum Eigeninteresse der Krankenhäuser und sind geeignet, die vorhandene positive Motivation zur Qualität zu beeinträchtigen. Die Kontrollen durch den MDK sind nicht akzeptabel, da der MDK im Auftrage und damit in der Interessenlage der Krankenkassen und damit einseitig arbeitet. Dieses ist für die Krankenhäuser nicht hinzunehmen.

Vielmehr sollte die Durchführung von Kontrollen, wenn sie denn sein sollen, von den vorhandenen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vorgenommen werden. Damit ist Neutralität sichergestellt und es werden etablierte Strukturen genutzt, die von den Krankenhausgesellschaften, den Krankenkassen und der Ärztekammer auf Landesebene bereits gemeinsam getragen werden.

Notwendige Veränderung:

- Kontrolle durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, nicht durch den MDK.

7. Investitionsfinanzierung angehen und verbessern/Strukturfonds
Artikel 1 Nr. 5: §§ 12 – 14 KHEntgG

Bei den Beratungen der Bund-Länder-AG ist die Problematik der bei weitem unzureichenden Investitionsfinanzierung mit einem jährlichen Zusatzbedarf von 3 Mrd. € ausführlich erörtert worden, ohne allerdings eine konstruktive Lösung für die Zukunft festzulegen. Es ist lediglich der Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur mit einer Summe von 500 Mio. € etabliert worden. Dazu sollen entsprechende Mittel der Länder hinzukommen. Mit dieser Maßnahme soll ein Umstrukturierungsprozess mit dem Ziel der Reduktion der Kapazität eingeleitet werden und möglicherweise Konzentrationsprozesse hin zu größeren Einheiten forciert werden bei gleichzeitiger Absicherung der wohnortnahen Versorgung durch Sicherstellungszuschläge. Auch wenn der Strukturfonds und der Umstrukturierungsprozess hilfreich sein können für eine gezielte Entwicklung in der Krankenhausstruktur, bleibt das Dilemma, dass Investitionsmittel im Umfang von mindestens 3 Mrd. € bundesweit pro Jahr fehlen, die benötigt werden, Krankenhäuser zu modernisieren, dem medizinischen Fortschritt anzupassen, hinreichende, angemessene Standards für die Patienten bereitzuhalten und Ersatzbeschaffungen durchführen zu können. Der wirtschaftliche Druck erfordert Investitionen, um Rationalisierungs- und Synergieeffekte erzielen zu können. Auch die Weiterentwicklung im IT-Bereich, Sicherheit und Hygiene, auch im Hinblick auf die Resistenzentwicklung der Krankheitserreger, erfordert Investitionen. Zudem muss bei dem Umstrukturierungsprozess gesehen werden, dass Leistungsbereiche von bereits hoch ausgelasteten Krankenhäusern übernommen werden sollen und dort eben wegen der Leistungsübernahme bauliche Erweiterungen notwendig werden.

Es muss daher Ziel der Länder und des Bundes sein, das erhebliche Investitionsdefizit zu lösen. Dabei müssen auch innovative Wege in der Kombination des Bundes mit den Ländern denkbar sein und möglich gemacht werden.



Notwendige Veränderungen:

- Bund und Länder stellen gemeinsam ab 2016 1 Mrd. € zusätzliche Investitionsmittel über die festgelegte Investitionsförderung der Länder im Jahr 2014 hinaus zur Verfügung.

Dipl.-Kfm. Schüttig
Vorstandsvorsitzender

Die akg

Die akg ist ein Interessenverbund von 21 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbünden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von insgesamt knapp 7,8 Milliarden Euro. Sie repräsentiert derzeit ca. 38.200 Betten und vertritt damit rund 7,4 % des gesamtdeutschen Krankenhausmarktes. Gut 1,7 Millionen Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG von 92.800 Mitarbeiter/-innen vollstationär behandelt. Die Zahl der ambulant versorgten Patienten liegt bei mehr als 3,1 Millionen. Hinzu kommen noch einmal rund 1,5 Millionen ambulante und stationäre Notfälle.

Alle Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.

Zur akg gehören: Klinikum Augsburg, Vivantes Berlin, Klinikum Bielefeld, Klinikum Braunschweig, Klinikverbund Bremen, Klinikum Chemnitz, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, Klinikum Dortmund, Klinikum Fulda, Klinikum Region Hannover, Klinikum Karlsruhe, Kliniken der Stadt Köln, Klinikum St. Georg Leipzig, Märkische Kliniken Lüdenscheid, Universitätsmedizin Mannheim, Mühlenkreiskliniken Minden, Klinikum München, Klinikum Nürnberg, Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam, Klinikum Saarbrücken, Klinikum Stuttgart.