



Stellungnahme der Bundesärztekammer

Schriftliche Anhörung der Monopolkommission zur Vorbereitung eines
Sondergutachtens gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB – Krankenhausmärkte

Berlin, 25.01.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

I. Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft

1. Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Struktur des Krankenhaussektors, zum Beispiel in Bezug auf Anzahl, Größe und den Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser? Gibt es aus Ihrer Sicht einen Veränderungsbedarf?

Die aktuellen Krankenhausstrukturen in Deutschland unterliegen seit der Wiedervereinigung einerseits einer stetigen Reduktion der Anzahl der Krankenhausbetten, andererseits einer wachsenden Divergenz des Versorgungsangebotes zwischen Ballungs- und Flächenregionen.

Zudem zeigen Belastungsspitzen der letzten Jahre, wie z. B. Grippewellen und die aktuelle Pandemie sowie die Überlastung der Notfallversorgungsstrukturen, dass eine Modernisierung der deutschen Krankenhauslandschaft dringend geboten ist. In diesem Kontext werden Erfordernisse der Daseinsvorsorge, einer guten Erreichbarkeit, der Krisenreaktionsfähigkeit sowie der flexiblen Handhabung von Ressourcen deutlich mehr Berücksichtigung finden müssen. Eng verbunden mit einer notwendigen Strukturanpassung wird die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit und der Bedarfsnotwendigkeit stationärer Versorgungsstrukturen sein.

Im Sinne einer modernen Krankenhausplanung muss in Zukunft eine zielgerichtete Bedarfserschätzung der Anzahl und Größe sowie des notwendigen Spezialisierungsgrades erfolgen. Eine alleinige Fokussierung auf eine Reduktion des Versorgungsangebotes wird dem Anspruch auf Daseinsvorsorge nicht gerecht. Die Diskussion zur Reform der Strukturen der stationären Versorgung in Deutschland sollte sich maßgeblich an den medizinischen Notwendigkeiten und Erfordernissen, nicht zuletzt unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus der Pandemie, ausrichten.

Insbesondere die Personalentwicklung und -verfügbarkeit muss zu einem zentralen Schwerpunkt dieser Reform werden. Dabei gilt es auch, die demografische Entwicklung der Bevölkerung und der Ärztinnen und Ärzte sowie der weiteren Gesundheitsberufe zu berücksichtigen. Aktuell zeigt sich, dass die notwendige Kompensationsfähigkeit des Gesundheitswesens entscheidend von der Verfügbarkeit von gut ausgebildetem und flexibel einsetzbarem Personal abhängt.

Die Krankenhausstrukturen erfordern zudem einen deutlichen Ausbau der Vernetzung und Kooperation zwischen den Kliniken, Regionen und den unterschiedlichen Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens.

Der stationäre Sektor ist momentan von einem massiven Verdrängungswettbewerb, Fehlanreizen in der Vergütungssystematik und der fehlenden Vereinbarung von langfristigen ausgerichteten Versorgungszielen geprägt. Insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine auf sehr kurze Zeiträume (maximal ein Jahr) und das jeweils nächste Budget fokussierte Planung zu verzeichnen. Der Wille zur Vermeidung einer Erhöhung des Zusatzbeitrages sowie eine möglichst optimale Refinanzierung über den Risikostrukturausgleich prägen das Handeln.

2. Hat sich durch die Covid-19 Pandemie etwas an Ihrer Beurteilung der vorliegenden Krankenhausstrukturen verändert? Falls ja, inwiefern?

Die aktuellen Erfahrungen aus der Bewältigung der laufenden Pandemie zeigen, dass die Finanzierungs- und Wettbewerbsrahmenbedingungen der letzten 20 Jahre zu einem teils erheblichen Abbau von ausreichend qualifiziertem Personal sowie der erforderlichen

medizinischen Infrastruktur geführt haben. Die Auswirkungen sind im Rahmen der Pandemiebewältigung offensichtlich geworden. Dringend notwendige Intensivseinheiten können, bedingt durch Personalmangel, nur noch teilweise in vollem Umfang betrieben werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es daher dringender denn je erforderlich, bei der Reform der Krankenhausstrukturen die Aspekte der Daseinsvorsorge, Personalvorhaltung, Refinanzierung notwendiger Vorhalteleistungen und Krisenreaktionsfähigkeit in den Vordergrund zu stellen.

Ein Systemversagen im Gesundheitswesen kann neben den vermeidbaren gesundheitlichen auch zu massiven wirtschaftlichen Schäden führen. Das Gesundheitswesen sollte daher in Zukunft unter dem Rubrum „hoch systemrelevant“ eingeordnet werden. Dies gilt umso mehr, als die Zunahme von Infektionskrankheiten und die demografische Entwicklung der Bevölkerung auf einen deutlich wachsenden Versorgungsbedarf schließen lassen. Die Bundesärztekammer begrüßt daher sehr, dass die Monopolkommission bei ihren Vorbereitungen eines neuen Sondergutachtens ein besonderes Augenmerk auf die Erfahrungen aus der laufenden Bewältigung der Pandemie legt.

3. Wie schätzen Sie die Wettbewerbssituation auf dem Krankenhausmarkt ein? Wie haben sich die Voraussetzungen für den Wettbewerb in den letzten Jahren entwickelt?

Zu beobachten ist ein ungerichteter und seit Jahren zunehmender Wettbewerb in der stationären Versorgung. Die starke Abhängigkeit des wirtschaftlichen Überlebens von einer Fallzahlsteigerung bei einer gleichzeitig seit Jahren unzureichenden Investitionsfinanzierung verhindert eine sinnvolle Ausrichtung an den Versorgungsbedarfen vor Ort.

Zudem ist ein deutlich zunehmender Wettbewerb um kaum noch verfügbares (Pflege-) Personal zwischen den Kliniken zu verzeichnen, bei dem insbesondere Kliniken der Grundversorgung und in Flächenregionen größte Probleme bei der Personalgewinnung haben. Inwiefern aus dem ungerichteten Wettbewerb eine Patientengefährdung resultiert, ist wissenschaftlich nicht untersucht, aber anzunehmen.

4. Wie hat der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern in den vergangenen Jahren – insbesondere seit Einführung der DRG-Fallpauschalen – die Struktur der Krankenhauslandschaft beeinflusst? Hat er zu einer besseren Marktstruktur beigetragen und falls nicht, was ist aus Ihrer Sicht der Grund?

Aus Sicht der Bundesärztekammer handelt es sich bei der stationären Versorgung um keinen „Markt“ im eigentlichen Sinn. Mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen bestand allerdings bei nicht wenigen politisch Verantwortlichen und Vertretern der Krankenkassen die Hoffnung, klassische Marktmechanismen und Wettbewerbsbedingungen auf das Gesundheitswesen übertragen und „Effizienzgewinne“ erzielen zu können. Dieser Ansatz muss als gescheitert angesehen werden. Ein nicht unerheblicher Teil der Kliniken ist aktuell insolvenzgefährdet. Die notwendige Personalentwicklung und -qualifizierung kann nach wie vor nicht sichergestellt werden. Dies hat schon vor der Pandemie dazu geführt, dass das BMG durch die Herausnahme der (Pflege-)Personalkosten aus den DRG-Fallpauschalen im Jahr 2019 die Systemintegrität des Fallpauschalensystems aufgehoben hat, um eine gewisse Konsolidierung der Situation einleiten zu können. Das ursprünglich als „lernendes System“ konzipierte Wettbewerbssystem DRG geht in Deutschland mit einer Komplexität an Regularien, Dokumentationen, Prüfungen, juristischen Auseinandersetzungen etc. einher, die weltweit ihresgleichen sucht. Für die sich im Wettbewerb befindlichen Kliniken ist es mehr

denn je unmöglich, alle mit der DRG-Finanzierungssystematik verbundenen Vorgaben zu erfüllen und gleichzeitig den medizinischen, ökonomischen und Qualitätserfordernissen gerecht zu werden. Die Kliniken weichen in eine vermehrte Spezialisierung und Zusammenlegung von Klinikstrukturen aus. Gleichzeitig bemängeln allerdings gesetzliche Krankenkassen die damit verbundenen Kostensteigerungen. Kliniken der Grund- und Regelversorgung, wie auch Kliniken der mittleren Versorgungsstufe haben unter den aktuellen Wettbewerbs- und Finanzanreizen kaum noch eine Chance, dauerhaft eine gute medizinische Versorgung zu gewährleisten und ihre wirtschaftliche Basis zu sichern. Veräußerungen von (insolventen) Kliniken oder Rettungsversuche über Fusionen sind die Folge. Selbst dem wachsenden Anteil privater/kommerzieller Klinikträger fällt es unter den aktuell widersprüchlichen Rahmenbedingungen zunehmend schwer, Kliniken oder Klinikketten wirtschaftlich tragfähig zu halten. Der Trend zur Übernahme ganzer Klinikketten mit Schließung von „verlustbringenden“ Abteilungen (z. B. Geburts- und Kinderkliniken) wird hier als Option zur Effizienzsteigerung gesehen. Vor diesem Hintergrund wird eine Reform der Finanzierungssystematik sowie der Wettbewerbsrahmenbedingungen unausweichlich.

II. Krankenhausplanung

5. Welche gesellschaftlichen Ziele verfolgt die Krankenhausplanung? Werden die richtigen Ziele adressiert?

Mit Einführung mehr wettbewerblicher Rahmenbedingungen in der Krankenhausversorgung und -finanzierung war ein zunehmender Rückzug von Landesregierungen aus einer „gestaltenden“ hin zu einer verwaltenden Krankenhausplanung zu verzeichnen. Erst nach und nach haben die daraus resultierenden Verwerfungen im Versorgungsangebot und die sinkende Verfügbarkeit in wirtschaftlich weniger interessanten Regionen ein erstes Umdenken bei den Planungsverantwortlichen ausgelöst. In einigen Bundesländern wurde mittlerweile die Krankenhausinvestitionsfinanzierung intensiviert, zumal nicht mehr zu übersehen war, dass Kliniken dauerhaft Mittel aus der Betriebsmittelfinanzierung zur Refinanzierung dringend gebotener Investitionsmaßnahmen für die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung verwenden mussten.

Ein zwischenzeitlicher Versuch, durch planungsrelevante Qualitätsvorgaben die Krankenhausplanung besser steuern zu können, hat sich bisher nicht bewährt. Grund dafür ist auch die Fülle von ergänzenden Qualitätsvorgaben durch den Bundesgesetzgeber, die kaum gestalterische Wirkung entfalten und zudem einen regional sinnvollen Planungsprozess deutlich erschweren.

Aspekte der Versorgungsnotwendigkeit und des Versorgungsbedarfes, der Erreichbarkeit und der Daseinsvorsorge werden im Rahmen der Krankenhausplanung unzureichend berücksichtigt.

Zudem wurde auf der Bundesebene mit dem Krankenhausstrukturfonds ein neues Instrument eingeführt, das zu Beginn allein auf die Reduktion und Schließung von Abteilungen und Kliniken ausgerichtet war. Die Einseitigkeit des Finanzanreizes Krankenhausstrukturfonds hat eine unvoreingenommene Prüfung der Bedarfsnotwendigkeit deutlich erschwert.

6. Wie detailliert muss ein Krankenhausplan sein? Halten Sie eine Detail- oder eine Rahmenplanung für notwendig?

Planung und Gestaltung mittels einer Rahmenplanung haben sich in den letzten Jahren unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen als nicht ausreichend erweisen. Zur Eingrenzung sollte mit einzelnen, näher zu definierenden Krankenhausversorgungsstufen eine Steuerungskomponente verknüpft werden, damit der Versorgungsauftrag durch das jeweilige Krankenhaus nicht zu weit ausgelegt und so ein Fehlanreiz vermieden werden kann. Die Festlegung von unterschiedlichen Versorgungsstufen sollte eine Detailtiefe ermöglichen, die in den Ansätzen der Rahmenplanung bisher fehlt. Allerdings ergibt dieser Schritt nur dann Sinn, wenn die Anforderungen an die Kliniken zugleich durch eine nachhaltig gesicherte Investitionsfinanzierung des jeweiligen Bundeslandes flankiert werden. Zudem ist in Zukunft den regionalen Besonderheiten, z. B. in Flächen- und Ballungsregionen, deutlich stärker Rechnung zu tragen; dies gilt insbesondere für den Ausbau einer verbesserten Kooperation der Sektoren bis hin zur sektorenübergreifenden Versorgung.

7. Sollte eine auf unbestimmte Zeit anhaltende Unterauslastung eines Krankenhausstandortes / von Fachabteilungen zu einer Korrektur des Krankenhausplanes führen? Falls ja, wonach sollte eine solche Unterauslastung bestimmt werden?

Eine moderne Krankenhausplanung sollte im Gegensatz zu der derzeit groben Näherung über die Anzahl der verfügbaren Betten und deren Auslastung mehr an der Versorgungs- und Bedarfsnotwendigkeit ausgerichtet werden. Dies beinhaltet Aspekte wie regionale Krankenhausstrukturen, Demografie, Morbidität, Mobilität und ambulante Versorgungsstrukturen. So muss die Fragestellung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und Erfordernisse, den möglichen Alternativen sowie der Erfordernisse der medizinischen Daseinsvorsorge geprüft und erörtert werden. Zu beachten ist hierbei, dass derzeit für den stationären Versorgungsbereich der Begriff der Unter- oder auch Normalauslastung nicht definiert ist. Zudem muss beachtet werden, dass im stationären Bereich unterschiedliche Zeitfenster als Bezugsgröße für eine Auslastung relevant sein können. So ist es z. B. nicht sinnvoll, für klassische Kurzliegerbereiche die Auslastung auf eine 7-Tagewoche zu beziehen.

8. Sollten die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. I SGB V Bestandteil des Krankenhausplans sein? Sollten weitere Qualitätsvorgaben existieren, die darüber hinausgehen?

Die Planungsvorgaben in der derzeitigen Form haben sich als nicht zielführend erwiesen. Die Bundesärztekammer spricht sich für den Erhalt der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer aus. Auch wenn die Länder sich nach und nach eine gewisse Beteiligung an der Erarbeitung der Vorgaben im Gemeinsamen Bundesausschuss erstritten haben, wurde in vielen Bundesländern von der Opt-out-Option Gebrauch gemacht. Zudem verfügt der Gemeinsame Bundesausschuss über keine krankenhaushausplanerischen Kompetenzen und führt im Vorfeld der Einführungen weder umfängliche Erprobungen noch belastbare Folgeabschätzungen für den Patienten oder die Mitarbeiter im Gesundheitswesen durch. Im Fall eines Versorgungsversagens der Regelungen stehen nach wie vor die Bundesländer in der Endverantwortung. Die konkrete Ausgestaltung sollte daher mehr den Bundesländern obliegen.

Als weitere Qualitätselemente sollten die Personalentwicklung und die ärztliche Weiterbildung im Rahmen des Planungsprozesses gestärkt werden. Dafür sind in Zukunft Abteilungsstrukturen erforderlich, die eine Umsetzung des Weiterbildungsauftrages ermöglichen. Dazu sollte eine moderne Krankenhausplanung auch zunehmend eine Verbundweiterbildung fördern. Die Berücksichtigung der Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer wirkt zudem als Instrument zur Förderung der Strukturqualität. Im Rahmen der Erteilung der Weiterbildungsbefugnis (und soweit sie auch die Zulassung der Weiterbildungsstätten zur Aufgabe haben) werden Strukturqualitätsmerkmale abgefragt. Kliniken, die eine umfangreiche Personalentwicklung und Förderung der ärztlichen Weiterbildung ermöglichen, sind in der Krankenhausplanung besonders zu berücksichtigen und zu fördern, die Ärztekammern im Kontext der Krankenhausplanung zwingend einzubeziehen.

Auch hinsichtlich der Krankenhaushygiene sind weitere Qualitätsvorgaben zu diskutieren. Hier haben Sparmaßnahmen und Outsourcing infolge der aktuellen Vergütungssystematik dazu geführt, dass grundlegende Vorgaben, wie z. B. die Empfehlungen der KRINKO, nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden können. Pragmatische Qualitätsvorgaben für das Personal und dessen Qualifizierung würden mit einer erheblichen Erhöhung der Patientensicherheit u. a. durch einen deutlich verbesserten Schutz vor nosokomialen Infektionen verbunden sein.

9. Gemäß den Vorschriften des § 7 Abs. 1 KHG sind die Länder dazu verpflichtet, mit den an der Krankenhausversorgung im Land Beteiligten zusammen zu arbeiten und gemeinsam einvernehmliche Regelungen zum Krankenhausplan anzustreben. Wie und in welchem Umfang werden die Beteiligten in der Praxis in den Planungsprozess eingebunden? Inwieweit werden insbesondere die jeweiligen Interessen der Krankenhäuser berücksichtigt?

Die Landesärztekammern sind in den einzelnen Bundesländern in unterschiedlicher Art und Weise in die Landeskrankenhausplanung eingebunden. Neben einer z. T. stimmberechtigten Einbindung in Landeskrankenhausplanungsausschüsse unterstützen sie die Landesministerien vielfach durch eine Beratung in medizinischen Sachfragen. Zudem sind sie an der Debatte zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausgesetzgebung (wie aktuell im Bundesland Nordrhein-Westfalen) beteiligt.

Medizinische Detailfragen nehmen in den letzten Jahren im Rahmen der Krankenhausplanung zu. Insbesondere bei den Fragen zur medizinischen Bedarfsnotwendigkeit, des sich ändernden medizinischen Versorgungsbedarfs sowie einem sinnvollen Miteinander von flächendeckender Versorgung, Notfallversorgung, Spezialisierung und Kooperation der Sektoren zeichnet sich ein wachsender Beratungsbedarf ab. Die Landesärztekammern sind die einzigen am gemeinsamen Planungsprozess Beteiligten, die Mitglieder im ambulanten und stationären Sektor vertreten. Sie stehen im regelmäßigen Austausch sowohl mit den im stationären als auch ambulanten Sektor tätigen Ärztinnen und Ärzten und erhalten so frühzeitiger und detaillierter als andere am Planungsprozess Beteiligte Rückmeldung zu (Fehl-)Entwicklungen der medizinischen Versorgung. Die Landesärztekammern sollten daher in Zukunft deutlich intensiver an den Planungsdebatten und -entscheidungen der Landeskrankenhausplanung beteiligt werden und bundesweit durchgehend stimmberechtigt sein.

Wie schon zu Frage 8 ausgeführt, müssen im Rahmen der Krankenhausplanung unbedingt eine medizinisch sachgerechte Strukturqualität, die insbesondere einen Personalbezug haben sollte, sowie die Anforderungen der Weiterbildung Berücksichtigung finden, um Fehlanreize

vermeiden zu können. Dazu gehört auch die Vermeidung einer nicht erforderlichen Spezialisierung von Kliniken aus rein merkantilen Gesichtspunkten.

Mit Blick auf die vorangehenden Fragen und auch auf die unter Nr. 2 angesprochenen krankenhausplanerischen Konsequenzen aus der COVID-19-Pandemie fügen wir ergänzend die gemeinsame Stellungnahme der nordrhein-westfälischen Ärztekammern zur aktuellen Reform der Landeskrankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen bei (Anlage 1).

III. Finanzierung

10. Sehen Sie grundsätzliche Probleme bei der Struktur der Finanzierung von Krankenhäusern?

Die Bundesärztekammer fordert eine umfassende Reform der Klinikfinanzierung.

Das G-DRG-Fallpauschalensystem (kostendeckend kalkuliert) als Basis der Betriebsmittelfinanzierung ist mit einer Fülle von Fehlanreizen verbunden. Die über die Jahre gewachsene Komplexität der mit dem System verbundenen Regularien und Vorgaben geht mit dem Verlust der internen Selbstkorrektur als „Lernendes System“ einher. Dokumentation, Bürokratie und Prüfmodalitäten haben zu einer massiven Demotivation des medizinischen Personals, einer Überlastung der Sozialgerichte und einem Verlust der Planungssicherheit der Kliniken geführt. Versorgungsaspekte, Vorhalteleistungen, Personalentwicklung und Aspekte der Daseinsvorsorge nehmen bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems seit Jahren kaum oder nur einen sehr unzureichenden Stellenwert ein. Letztlich hat auch der Gesetzgeber erkennen müssen, dass die Vergütungssystematik trotz strenger Kalkulationsbasierung den Anforderungen nicht mehr gerecht wird. Mittels eines Systembruchs hat der Gesetzgeber im Jahr 2019 die kompletten (Pflege-)Personalkosten aus dem System ausgliedern lassen müssen, um der massiven Fehlentwicklung eines wachsenden Pflege-Personalmangels in den Kliniken gegensteuern zu können.

Mit der aktuellen Systematik gelingt es nach wie vor nicht, den besonderen Erfordernissen von Universitätskliniken und Spezialversorgern, aber auch den besonderen Versorgungserfordernissen des ländlichen Raums gerecht zu werden. Letztlich sollte die derzeitige Erlös- und Fallzahlenorientierung durch eine moderne Kombination aus einer krankenhaus-individuellen Personalkostenfinanzierung und einer verlässlichen Finanzierung der notwendigen Vorhalteleistungen sowie Abrechnung landeseinheitlicher pauschalierter Sach- und Betriebskosten erfolgen.

Personalkosten: Die mit der direkten Patientenversorgung verbundenen Personalkosten werden auf Basis einer patientenorientierten Personalplanung finanziert. Personalkosten für Verwaltung und Servicepersonal verbleiben dabei in einem pauschalen Finanzierungselement. Im Gegensatz zum DRG-Fallpauschalenansatz sind insbesondere die Aufwendungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung im Sinne einer kontinuierlichen Personalentwicklung deutlich stärker zu berücksichtigen. Der Erfolg eines zukünftigen Krankenhausfinanzierungssystems wird maßgeblich daran zu messen sein, wie es dieser Herausforderung gerecht wird.

Vorhalteleistungen: Durch eine Entkopplung der Refinanzierung notwendiger Vorhalteleistungen, unabhängig von der Inanspruchnahme durch Patienten, sollen die im Krankenhausplan aufgenommenen bedarfsnotwendigen Kliniken deutlich mehr finanzielle Mittel als bisher für die notwendige Planungssicherheit erhalten. Der Anreiz zu einer

Zweckentfremdung von Mitteln der Betriebsfinanzierung sowie einer für den Standort nicht zielführenden Ausrichtung des medizinischen Angebots würde entfallen. Dabei sind Erfordernisse der Daseinsvorsorge, der Notfallversorgung, der Krisenreaktionsfähigkeit und der unterschiedlichen Versorgungsstufen zu berücksichtigen.

Investitionskostenförderung:

11. Welchen Stellenwert sollte den verschiedenen Mechanismen zur Förderung von Investitionskosten zukommen (z. B. Einzelförderung/Pauschalförderung)? Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz wurde die Möglichkeit eingeführt, die Pauschal- und Einzelförderung von Investitionen ganz oder teilweise durch eine Förderung mittels leistungsorientierter Investitionspauschalen zu ersetzen. Welche Vor- oder Nachteile hat dieses neue Fördersystem?

Über eine Kombination von Elementen der Einzel- und Pauschalförderung soll den Bundesländern eine den regionalen Erfordernissen angemessene Investitionsfinanzierung und Krankenhausplanung ermöglicht werden. Neben einer gesetzlich verankerten Mindestförderung sollte eine moderne Investitionsfinanzierung die Zulassung einer Klinik als Weiterbildungsstätte gesondert berücksichtigen.

Der alleinige Weg über eine Einzelförderung auf Antrag oder über eine Pauschalfinanzierung würde die heterogenen Ausgangsbedingungen und Fördernotwendigkeiten der Kliniken nur unzureichend abdecken können.

Entscheidend ist weniger die strikte Vorgabe eines einzelnen Verteilungsalgorithmus als vielmehr die deutliche und verlässliche Aufstockung der notwendigen investiven Finanzmittel.

12. Wie bewerten Sie insbesondere die Finanzierungsmöglichkeiten aus Bundesmitteln gemäß des Krankenhausstrukturfonds und/oder dem Krankenhauszukunftsgesetzes? Was sind Ihre Erfahrungen?

13. Sind aus Ihrer Sicht Veränderungen am aktuellen Finanzierungssystem von Investitionskosten erforderlich? Falls ja, wie könnte eine alternative Ausgestaltung aussehen?

Über den Krankenhausstrukturfonds werden letztlich additiv investive Finanzmittel auch durch den Bund zugänglich gemacht. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings hat die primäre Ausrichtung auf Zusammenlegung oder aber Schließung von Abteilungen und Kliniken eine deutliche Zurückhaltung bei der Antragsstellung ausgelöst, da zwar die ein oder andere Konzentration von Angebotsstrukturen in Ballungsgebieten möglich wird, den Erfordernissen der Mittelzentren /der ländlichen Regionen aber kaum Rechnung getragen werden kann. Die zwischenzeitliche Erweiterung von Fördertatbeständen war ein sinnvoller Schritt, ist aber noch weiter ausbaufähig.

Die finanzielle Reichweite des Krankenhausstrukturfonds wirkt bisher eher additiv. Aus dem Strukturfonds I wurden zwischen 2016 und 2019 insgesamt rund 467 Mio. Euro ausgezahlt (hinzukommt der Finanzierungsanteil der Bundesländer). Mit Blick auf den Strukturfonds II herrschte bei der Antragsstellung zunächst eine gewisse Zurückhaltung: „Im gesamten Jahr 2019 war das BAS mit zahlreichen weiteren Voranfragen höchst unterschiedlicher Natur sowie mit informellen Vorprüfungsanträgen von Seiten der Länder befasst. Förmliche

Anträge wurden bis dato indes noch nicht gestellt.“ (Tätigkeitsbericht des Bundesamtes für Soziale Sicherung für das Jahr 2019).

Zudem muss bei Nutzung investiver Mittel aus der Bund-Länder-Kofinanzierung aus Sicht der Bundesärztekammer auch in Zukunft die grundgesetzlich verbriefte Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer erhalten bleiben. Unter dieser Voraussetzung ist ein wachsendes finanzielles Engagement des Bundes hilfreich und sachgerecht.

Ausdrücklich zu unterstützen sind in diesem Zusammenhang auch die zusätzlichen Mittel, die der Bund im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes bereitstellt. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie gravierend die Unterfinanzierung der Investitionskosten sich nicht zuletzt im Bereich der Digitalisierung und der technischen Ausstattung von Krankenhäusern ausgewirkt hat. Der Krankenhauszukunftsfonds sieht nun ein Fördervolumen des Bundes von 3 Mrd. Euro vor, das von den Bundesländern um Mittel in Höhe von insgesamt 1,3 Mrd. Euro ergänzt werden soll.

Zentrale Grundlage für eine Neuausrichtung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung bleibt auch in Zukunft die Investitionsfinanzierung durch das jeweilige Bundesland. Hier gilt es, den gesetzlichen Verpflichtungen umfassend und verlässlich nachzukommen. Dabei könnten Sonderförderprogramme des Bundes eine notwendige Akzentuierung setzen (Innovationen, Digitalisierung, Prozessmanagement, Krisenreaktionsbereitschaft, sektorenübergreifende Versorgung etc.) und zeitgleich den Ländern ihr kontinuierliches Engagement erleichtern.

Die Kofinanzierung des Bundes sollte dabei an klare Zielvorgaben gekoppelt sein. Dies sollte von Beginn an mit Rücksicht auf die Abgrenzungen grundsätzlicher Zuständigkeiten nur additiv erfolgen.

Fallpauschalen und Budgetierung:

14. Welche Vor- bzw. Nachteile hat aus Ihrer Sicht die Vereinbarung prospektiver Erlösbudgets anhand des voraussichtlich zu erbringenden Leistungsvolumens (in Art und Menge)? Ist die Umsetzung von Veränderungswünschen des Budgets für das Folgejahr aufgrund klarer Regularien in der Regel eindeutig oder Gegenstand unsicherer Verhandlungen?
15. Welche Effekte haben die auf der Budgetidee basierenden Mehr- und Mindererlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 KHEntgG? Sehen Sie in den Budgets eine Hürde für wettbewerbliche Veränderungsprozesse (z. B. Erlössteigerungen durch Investitionen in den Ausbau von Fachabteilungen)?
16. Sind aus Ihrer Sicht Anpassungen am derzeitigen Budgetierungssystem im Krankenhaussektor erforderlich? Könnte auf das System auch vollständig verzichtet werden?

Eine alleinige Anpassung der aktuellen Budgetierungsregularien im Sinne einer erneuten Nachjustierung wird dem grundsätzlichen Reformbedarf der Krankenhausfinanzierungssystematik nicht mehr gerecht. In den letzten zehn Jahren wurde durch wiederholte Modifikationen versucht, Fehlanreize auszugleichen. Dies muss zum aktuellen Zeitpunkt als gescheitert angesehen werden. Für die Budgetverhandlungen im Jahr 2020 bleibt festzuhalten, dass Leistungsmengen nur noch von einer nachgeordneten Bedeutung sind. Sie sind keine Bezugsgröße für die Erlösausgleiche, da § 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ausgesetzt wurde und der Fixkostendegressionsabschlag auf das Jahr 2019 zu beziehen ist.

Zentrale Parameter der Krankenhauserlöse wurden während des Vereinbarungszeitraums mehrfach und widersprüchlich geändert. So ist der Fixkostendegressionsabschlag für das Jahr 2020 zu vereinbaren, aber erst in den Jahren 2021 und 2022 zu erheben. Dazu kommt, dass diese Vorgabe den Verhandlungspartner erst seit dem 23.10.2020 bekannt ist.

Ein weiteres Beispiel dieser Entwicklung stellen die Verhandlungen zu den mit viel Hoffnung verbundenen Personalbudgets dar.

Auch im Kontext des neu zu vereinbarenden Pflegebudgets kommt es noch vor einer ersten Vereinbarung zu unterjährigen Änderungen. Dies betrifft z. B. den § 15 Abs. 2a KHEntgG neu sowie den § 6a KHEntgG, mit dem eine Erhöhung des Pflegebudgets von drei auf vier Prozent einhergeht. Allein für die Pflegebudgets sind zudem folgende Rechtsgrundlagen zu berücksichtigen: § 6a KHEntgG in Verbindung mit Änderungen im MDK-Reformgesetz, die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (PflPKAbgrV) vom 18.02.2019, die Änderungsvereinbarung zur PflPKAbgrV vom 01.06.2019, die Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vom 23.09.2019, die KHBV, das Kalkulationshandbuch Version 4.0 vom 10.10.2016, der DRG-Rumpfkatalog 2020 vom 18.10.2019 und der Pflegeerlöskatalog 2020 vom 18.10.2019. Dazu kommt die wiederholte Anpassung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG: 130 EUR (Pflegepersonalstärkungsgesetz), 146,55 (MDK-Reformgesetz), 185 EUR vom 01.04.-31.12.2020 (COVID-KH-EntlG), 146,55 EUR ab 01.01.2021 (2. Pandemiegesetz), 163,09 EUR ab 01.01.2021 (3. Pandemiegesetz).

Die aktuellen Erfahrungen in den Kliniken zeigen, dass eine grundsätzliche Reform der Art und Zielsetzung einer Krankenhausfinanzierung unausweichlich wird. Insbesondere müssen Vorhaltekosten gegenfinanziert werden.

17. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) fand zum 1. Januar 2020 eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System statt. Seither erhält jedes Krankenhaus ein individuell vereinbartes Pflegebudget. Wie beurteilen Sie diese Veränderung?

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten hat der Gesetzgeber angesichts der Fehlanreize des G-DRG-Fallpauschalensystems im Bereich Personal die Notbremse ziehen müssen. Damit musste letztlich auch die Systemintegrität des kalkulationsbasierten Fallpauschalenansatzes durchbrochen werden. Kliniken erhalten auf diesem Weg die Möglichkeit einer deutlich besseren Refinanzierung der Personalkosten für neu eingestellte Pflegekräfte. Allerdings zeigen sich momentan erhebliche Probleme bei der Umsetzung und der Vereinbarung der individuellen Pflegebudgets. Weder bezüglich der Planungssicherheit noch bei der realen Besetzung freier Stellen ist in vielen Kliniken eine Entlastung zu verzeichnen. Die Nichtverfügbarkeit von Pflegekräften auf dem Arbeitsmarkt ist letztlich auf die jahrelange Nicht- bzw. Unterfinanzierung von Personalentwicklung in der Pflege im G-DRG-System zurückzuführen und kann erst langfristig durch notwendige Reformschritte in der Krankenhausfinanzierung behoben werden.

Die Bundesärztekammer hat im Übrigen bereits in ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes deutlich gemacht, dass die geplante Ausgliederung und besondere Berücksichtigung der Personalkosten und Aufwendungen für Personalentwicklung für alle Gesundheitsberufe gelten muss, wenn der damit verbundene Reformansatz erfolgreich sein soll. Andernfalls entstehen neue Brüche und Fehlanreize. Die notwendige Trendwende hin zur vorrangigen Orientierung der Krankenhausfinanzierung am medizinisch, pflegerisch und menschlich Erforderlichen wird nur über eine Neuausrichtung gelingen, die medizinisches und pflegerisches Personal gleichermaßen im Blick hat.

In diesem Zusammenhang sind auch die Bemühungen des Gesetzgebers um eine Stärkung der Personalausstattung durch die Vorgabe von Pflegepersonaluntergrenzen anzusprechen. Die Bundesärztekammer hat in einem darauf bezogenen Positionspapier (Anlage 2) verdeutlicht, dass auch hier letztlich alle in der stationären Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen berücksichtigt werden müssen. Die Bundesärztekammer hat außerdem dargelegt, dass der Maßstab für die Festlegung von Personalvorgaben eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sein muss.

IV. Wettbewerbsstrukturelle Voraussetzungen auf Krankenhausmärkten

18. Wie transparent ist die Qualität von Krankenhäusern für Patient:innen, die für eine elektive Behandlung ein Krankenhaus wählen können? Werden von Krankenhäusern Informationen veröffentlicht, die Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität / Vergleiche der Behandlungsqualität erlauben? Wie kann aus Ihrer Sicht die Behandlungsqualität für die Patient:innen transparenter gemacht werden?

Mit Hilfe der regelmäßig auf Basis der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu veröffentlichten Qualitätsberichte soll Patientinnen und Patienten eine erste Orientierung über das Leistungsangebot einer Klinik ermöglicht werden.

Die Bundesärztekammer hat allerdings in einem Memorandum vom 21.08.2020 deutlich gemacht, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements wieder stärker unter dem Blickwinkel des Mehrwertes für den Patienten und der Patientenversorgung auszugestalten sind. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind aus ärztlicher Sicht kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. Beide tragen im Behandlungsalltag wesentlich dazu bei, die bestmögliche Versorgung für die Patienten gewährleisten zu können. Die Bundesärztekammer hat zehn Lösungsansätze im Rahmen der Qualitätssicherung für die bestmögliche Versorgung unterbreitet (Anlage 3). Nur unter diesen Voraussetzungen kann es gelingen, die Behandlungsqualität zu sichern und für Patienten transparent zu machen.

19. Welchen Stellenwert haben Verträge, die individuell mit einzelnen Krankenkassen geschlossen werden? Welche Bedeutung für Finanzierung und Qualität haben in diesem Zusammenhang insbesondere die Verträge nach §§ 140a und 110a SGB V erlangt?

Die genannten Verträge haben derzeit eher eine additive Funktion. Über sie können in bestimmten Settings und Versorgungsbereichen innovative Verfahren sowie Versorgungs- und Vernetzungsansätze gesondert Berücksichtigung finden, gefördert und erprobt werden. Die Realisierungsquote von z. B. Qualitätsverträgen ist derzeit gering. Schon bei der Einführung der Qualitätsverträge durch das KHSG im Jahr 2016 war fraglich, inwieweit dieses Instrument das Ziel einer stärkeren Berücksichtigung von Qualität als ordnungspolitisches Kriterium im Krankenhaussektor zu unterstützen vermag (siehe Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz) vom 19.06.2015).

Die punktuelle Fokussierung solcher Verträge auf einzelne Leistungsbereiche bildet – wie auch schon die externe Qualitätssicherung mit ihren ausgewählten Leistungsbereichen – bei weitem nicht das Spektrum der Versorgung ab. Eine in Zukunft möglicherweise erzwungene

Ausweitung von Qualitätsverträgen birgt das Risiko, dass derartige Verträge vorrangig aus finanziellen Erwägungen abgeschlossen werden. Ob tatsächlich eine Qualitätsverbesserung erreicht wird, von der Patientinnen und Patienten profitieren, wäre dann sekundär.

Die selektive Förderung einzelner Leistungsbereiche birgt außerdem das weitere Risiko, dass das übrige Leistungsgeschehen vernachlässigt wird, z. B. wenn Personalvorgaben in den Verträgen eine reduzierte Verfügbarkeit von Personal für die Regelversorgung zur Folge haben, da ihre Erfüllung immer auch zusätzliche administrative und Personalaufwände bedeuten. Kritisch sieht die Bundesärztekammer auch die bislang mangelhafte Transparenz für Patienten bezüglich der Beteiligung Dritter und damit verbundener möglicher Interessenkonflikte. Vor einer weiteren Ausweitung der Qualitätsverträge sollte die bereits bei Einführung geplante Evaluation der Wirksamkeit abgewartet werden.

20. Welche Auswirkungen hätte aus Ihrer Sicht eine Ausweitung solcher selektiver Vertragsbeziehungen?

Der Gesetzgeber hat mit dem GPVG bereits erweiterte Spielräume für Selektivverträge vorgelegt, die die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf zum Teil kritisch bewertet hat (s. Anlage 4). Dies betrifft insbesondere den Einbezug bisher nicht zur ambulanten Versorgung zugelassener Leistungserbringer und das Risiko einer Beteiligung "nicht-neutraler" Partner bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen. Erweiterte Möglichkeiten für die Ausgestaltung regionaler Versorgungsnetzwerke im Rahmen von Selektivverträgen werden jedoch von der Bundesärztekammer grundsätzlich positiv bewertet, wenn sie z. B. dazu dienen, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Versorgungsformen zu fördern. Zu bedenken ist jedoch, dass die Krankenkassen über Selektivverträge zunehmend Einfluss auf die Ausgestaltung der Patientenversorgung nehmen können. Kritisch ist dies insbesondere, wenn dabei Kosten und kostengeleitete Patientensteuerung im Vordergrund stehen.

Ergänzend zu den unter Nr. 19 genannten Aspekten ist zu berücksichtigen, dass eine Ausweitung selektiver Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern den Bundesländern erschwert, über die Landeskrankenhausplanung für eine flächendeckende, sinnvoll strukturierte und zugleich qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung der gesamten Bevölkerung zu sorgen. Deswegen sollte vor einer Ausweitung von selektiven Vertragsbeziehungen eine Stärkung der Landeskrankenhausplanung treten, an der sowohl Krankenhäuser und Krankenkassen als auch die weiteren relevanten Akteure des Gesundheitswesens angemessen zu beteiligen sind.

Weiterführende Fragestellungen:

21. Gibt es weitere Problemfelder oder wettbewerbspolitischen Handlungsbedarf, die in diesem Fragebogen noch nicht angesprochen wurden? Wenn ja, welche?

Die Bundesärztekammer sieht dringenden Handlungsbedarf bei der Art der Markt-abgrenzung durch das Bundeskartellamt und der Fusionskontrolle.

Im Sinne einer unter Versorgungsgesichtspunkten sinnvollen Strukturierung der Krankenhauslandschaft gilt es auf der einen Seite zu verhindern, dass versorgungspolitisch wünschenswerte Krankenhausfusionen an kartellrechtlichen Vorgaben scheitern. Die im

Entwurf des GWB-Digitalisierungsgesetzes vorgesehene Bereichsausnahme für Krankenhausfusionen, die über den Strukturfonds gefördert werden, ist deswegen aus unserer Sicht zu unterstützen.

Genauso positiv zu bewerten ist auch die Absicht der Bundesregierung, die empirische Basis im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen konzentrierten Märkten im Krankenhausbereich und einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich effizienten Versorgung zu stärken und hierfür eine Studie in Auftrag zu geben. Es ist richtig, dass im Rahmen der Studie auch Vorschläge entwickelt werden sollen, mit welchen Instrumenten etwaige negative Effekte in konzentrierten Krankenhausmärkten abgemildert werden können.

Dies gilt umso mehr, als in den letzten Jahren ein massives Engagement von nationalen und internationalen Investoren im Gesundheitswesen zu verzeichnen ist. Hier sollte auch die Monopolkommission deutlich mehr Transparenz fordern. Insbesondere bei Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren, Praxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen in Trägerschaft von z. B. Private-Equity-Gruppen sind für Patienten und Vertragspartner im Gesundheitswesen die faktischen Trägerstrukturen nicht erkennbar. Ebenso zeichnet sich die Entwicklung zu einer relativ schnellen Wiederveräußerung unter Gewinnmitnahme ab.

Die Bundesärztekammer hat am Beispiel der Medizinischen Versorgungszentren in einer Stellungnahme vom 05.03.2020 Positionen und Forderungen formuliert und im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vorgetragen.

Anhörung von Sachverständigen

Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/3374**

Alle Abg

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP

Drucksache 17/11162

Mittwoch, dem 9. Dezember 2020

Gemeinsame Stellungnahme

der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Nordrhein

A. Grundsätzliche Bewertung der geplanten Neuausrichtung der Krankenhausplanung

Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen ist es, die Krankenhausplanung nicht mehr vorrangig auf der Basis von Krankenhausbetten vorzunehmen, sondern die medizinischen Leistungen in den Mittelpunkt der Planung zu stellen.

Auf diese Weise sollen die Versorgungskapazitäten in den Ballungsgebieten besser strukturiert und koordiniert werden. Zugleich soll die flächendeckende Versorgung in den ländlichen Regionen gestärkt werden.

Die Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen begrüßen diese neue Herangehensweise bei der Planung.

Die COVID-19-Pandemie hat den Wert der starken Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen noch einmal deutlich gemacht. Diese Stärke gilt es auszubauen und zukunftsfest zu machen.

Die COVID-19-Pandemie hat insbesondere die Bedeutung der Intensivmedizin und der Infektiologie neu ins Blickfeld gerückt. Die neue Systematik der Krankenhausplanung schafft die Voraussetzungen dafür, diese Bereiche konsequent zu stärken.

Es ist richtig, dass die neue Planung auf eine noch bessere Strukturierung, auf sinnvolle Aufgabenteilung und auf mehr Kooperation der Krankenhäuser untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten setzt.

Mit Blick auf die ländlichen Regionen ist es gut, dass das Land weiter am Prinzip der ortsnahe Versorgung festhält.

Im Interesse einer hohen Versorgungsqualität ist die Ausrichtung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, ausdrücklich zu begrüßen.

Zu einer neuen Krankenhausplanung gehört aber auch eine entsprechende Krankenhausinvestitionsfinanzierung und die überfällige Reform des DRG-Systems in der Krankenhausvergütung.

Die beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen begrüßen es, dass das Land die Mittel für die Krankenhausinvestitionen deutlich aufgestockt hat. Diese Anpassung muss Kontinuität erhalten.

Zugleich muss sich Nordrhein-Westfalen auf Bundesebene entschieden für die überfällig Reform des DRG-Systems einsetzen.

Die beiden Ärztekammern haben die Beratungen im Landesausschuss für Krankenhausplanung in den letzten Monaten intensiv mit ihrem medizinisch-fachlichen Sachverstand und ihrem Versorgungswissen unterstützt.

Diese Einbindung der medizinisch-fachlichen Perspektive ist auch bei der Umsetzung des neuen Plans in den regionalen Planungskonzepten wichtig.

Die Kammern begrüßen deswegen, dass die Kammern – wie die übrigen Mitglieder des Landesausschusses für Krankenhausplanung - mit der Gesetzesänderung künftig früher über die regionalen Planungen informiert werden sollen.

B. Konsequenzen des besonderen Versorgungsbedarfs in Nordrhein-Westfalen

Der Gesetzentwurf stützt sich an mehreren Stellen auf das Gutachten der Partnerschaft Deutschland GmbH in Kooperation mit der Lohfert und Lohfert AG und der TU Berlin.

An gleich zwei Stellen zitiert die Begründung zum Gesetzentwurf das Gutachten mit der Aussage, „in keinem anderen Bundesland würden bei vergleichbarer Altersstruktur mehr Fälle im Krankenhaus versorgt“ (S.1 unter „A Problem“ und S. 27 unter „Begründung A. Allgemeiner Teil“).

Diese Formulierung suggeriert, es gebe keine medizinischen Gründe für die höhere Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen. Eine höhere Erkrankungshäufigkeit (eine höhere „Morbiditätslast“) wird ausgeschlossen.

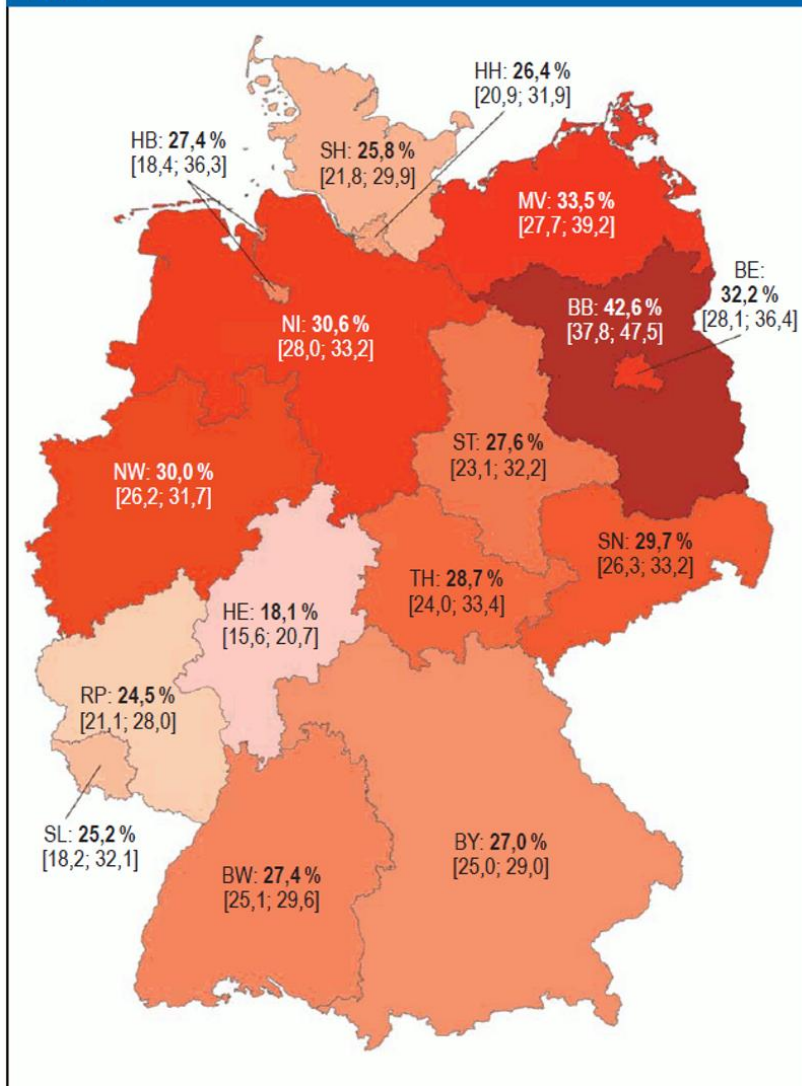
Dieser Ansatz ignoriert aus der Epidemiologie bekannte Forschungsergebnisse, wonach beispielsweise ein niedrigerer sozioökonomischer Status mit einer höheren Morbidität einhergeht – das Einkommen pro Kopf in NRW liegt unter dem Bundesdurchschnitt - und vorliegende Daten.

So liegt der Anteil der Raucher in Nordrhein-Westfalen über dem Bundesdurchschnitt und deutlich über den Werten von Baden-Württemberg und Bayern, die eine geringere Krankenhaushäufigkeit aufweisen als Nordrhein-Westfalen. Rauchen ist ein wesentlicher Risikofaktor für viele Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen.

So liegt die altersstandardisierte Krebshäufigkeit für Männer (alle Krebsarten) in NRW bei 435 (auf 100.000 Einwohner), in Bayern nur bei 327 und in Baden-Württemberg nur bei 350 (aktuellste Daten von 2016; Quelle: <https://atlas.gekid.de/CurrentVersion/atlas.html>).

Dass eine im Schnitt 30% höhere Krebshäufigkeit auch eine höhere Krankenhaushäufigkeit nach sich zieht, ist unmittelbar einsichtig.

GRAFIK



Gewichtete 1-Jahres-Prävalenz [95%-Konfidenzintervall] aktueller Tabakraucher je Bundesland

Gesamtstichprobengröße N = 12 273, 1-Jahres-Prävalenz Gesamtdeutschland = 28,3 %.

BW, Baden-Württemberg; BY, Bayern; BE, Berlin; BB, Brandenburg;
HB, Bremen; HH, Hamburg; HE, Hessen; MV, Mecklenburg-Vorpommern;
NI, Niedersachsen; NW, Nordrhein-Westfalen; RP, Rheinland-Pfalz; SL, Saarland;
SN, Sachsen; ST, Sachsen-Anhalt; SH, Schleswig-Holstein; TH, Thüringen

An anderer Stelle prognostiziert das Gutachten - trotz der bekannten demographischen Entwicklung - eine sinkende Belegung und einen Rückgang der Krankenhaushäufigkeit. Das wird in der Gesetzesbegründung explizit aufgegriffen.¹

Methodische Grundlage für diese Aussagen ist u.a. die Annahme eines „Ambulantisierungspotentials“ bei kurzen stationären Aufenthalten von 1-3 Tagen.

¹ „Das Gutachten prognostiziert für die Jahre 2022-2032, dass aufgrund der aktuell beobachtbaren Überversorgung und der prognostizierten sinkenden Belegung in fast allen Leistungsbereichen in der Somatik deutliche Überkapazitäten auftreten werden. Es werde insgesamt von einem Rückgang von knapp 6 Prozent der Fälle ausgegangen“. (S.27 Gesetzentwurf KHGG)

Mit Einführung der DRGs ist es (erwartbar) zu einem konstanten Absinken der durchschnittlichen Verweildauer gekommen. Für Patienten ist dies nicht ohne Risiko. In Australien, dem Mutterland der DRGs, wurde angesichts von vielen (vermeidbaren) Todesfällen das Konzept der „unteren Grenzverweildauer“ eingeführt wurde, das auch im deutschen DRG-System übernommen wurde.

Aus einer „blutigen Entlassung“ darf künftig nicht ein ambulant zu behandelnder Fall werden. Das Land Berlin geht in seinem aktuellen Krankenhausplan 2016 anders als die Gutachter aufgrund der demographischen Entwicklung von einer steigenden Krankenhaushäufigkeit aus.²

Umso mehr begrüßen es die Ärztekammern, dass sich das Land mit der neuen Krankenhausplanung nicht einer einseitigen Schließungs- und Zentralisierungsphilosophie verpflichtet, sondern stattdessen auf eine bessere Aufgabenteilung und mehr Kooperation der Krankenhäuser und einen Erhalt der flächendeckenden Versorgung setzt.

C. Anforderungen an die Krankenhausplanung aus Sicht der Ärztekammern

Die Kammerversammlungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Ärztekammer Nordrhein haben sich im November mit den Anforderungen an eine zukunftsgerichtete Krankenhausplanung aus ärztlicher Sicht befasst. Dabei wurden sechs wichtige Handlungsfelder benannt:

1. Eine differenzierte Planung erfordert fundierte medizinisch-fachliche Grundlagen und eine sorgfältige Folgenabschätzung.

Es ist gut, dass Nordrhein-Westfalen auf eine bessere Strukturierung, auf sinnvolle Aufgabenteilung und auf mehr Kooperation der Krankenhäuser untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten setzen will.

Der geplante Einstieg in eine differenzierte Leistungsplanung ist ein für diesen Zweck prinzipiell geeignetes Mittel.

Sie erfordert jedoch eine sorgfältige medizinisch-fachliche Prüfung der gewählten Planungsparameter, um Fehlsteuerungen und Verwerfungen zu vermeiden.

Die Landesregierung ist deswegen aufgefordert, den medizinisch-fachlichen Sachverstand der Ärztekammern auch bei der weiteren Erarbeitung intensiv einzubeziehen und die neue Systematik einer gründlichen Folgenabschätzung zu unterziehen.

² „Die absehbare demografische Entwicklung hat einen wesentlichen und vergleichsweise gut zu prognostizierenden Einfluss auf den zu erwartenden Bedarf an Krankenhauskapazitäten in Berlin. Unabhängig von der aktuellen Bevölkerungsdynamik, die zu einem bisher so nicht erwarteten Zuwachs in den mittleren und jüngeren Altersgruppen führt, wird über den gesamten Prognosezeitraum eine deutliche Verschiebung der Bevölkerungszahlen innerhalb der älteren Bevölkerung in die höheren Altersgruppen (demografische Alterung) stattfinden. In diesen zahlenmäßig anwachsenden höheren Altersgruppen besteht ein höheres Risiko infolge einer Krankheit stationär behandelt werden zu müssen.“ (S. 44 Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin)

2. Mehr Spezialisierung erfordert verbindliche Vorgaben für die Zusammenarbeit der Krankenhäuser bei der Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses.

Die Ärztekammern begrüßen die grundsätzliche Orientierung der Krankenhausplanung an der ärztlichen Weiterbildungsordnung. Die Weiterbildungsordnung spiegelt den Stand des medizinischen Fortschritts und die Versorgungserfordernisse wider. Sie muss deswegen den Planungszuschnitt und die Qualitätsanforderungen prägen.

Zentrale Qualitätsmerkmale einer Krankenhausabteilung sind die Ausstattung mit Fachärztinnen bzw. Fachärzten und das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis.

Um auch unter den Bedingungen einer stärkeren Spezialisierung den ärztlichen Nachwuchs auf hohem Niveau weiterbilden zu können, sind Weiterbildungsverbünde zwischen Standorten der Spezial- und der Regelversorgung verbindlich vorzugeben.

3. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erfordert regionale und (in der Grundversorgung) wohnortnahe Kooperationen. Für solche Kooperationen muss der Krankenhausplan Anreize bieten.

Das DRG-System und eine fehlende Detailplanung haben benachbarte, konkurrierende Krankenhäuser oft genug in eine kontraproduktive Konkurrenzsituation getrieben.

An deren Stelle müssen regionale oder wohnortnahe Versorgungskonzepte treten, damit knappe Ressourcen wie Personal und Investitionsmittel am Patienten eingesetzt werden können.

Diese kooperativen Versorgungskonzepte müssen im Krankenhausplan gefördert werden, wirtschaftliche und juristische Barrieren (z. B. durch die Monopol-Gesetzgebung) überwunden werden.

4. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erfordert Sektoren übergreifende Kooperationskonzepte.

Mit Blick auf die ländlichen Regionen ist es richtig, dass das Land weiter am Prinzip der orts-nahen Versorgung festhält. Für die Verwirklichung dieses Ziels wird es in Zukunft verstärkt auf sektorenübergreifende Versorgungskonzepte ankommen. Deswegen muss das Beleg- arztwesen auch im neuen Krankenhausplan gefördert werden.

5. Die Bewältigung von Pandemien und anderen Gesundheitskrisen erfordert die Vorhaltung ausreichender Reservekapazitäten.

Nordrhein-Westfalen setzt mit dem neuen Krankenhausplan nicht primär auf Bettenabbau und Schließungen, wie dies von interessierter Seite immer wieder gefordert wurde.

Die COVID-19-Pandemie hat einmal mehr gezeigt, wie gefährlich ein solcher Weg gewesen wäre.

Als Konsequenz aus der Pandemie muss der Plan künftig besonderes Gewicht auf ausreichende Reservekapazitäten für den Infektionsschutz und in der Intensivmedizin legen.

6. Eine erfolgreiche Krankenhausplanung erfordert eine nachhaltige Investitionsfinanzierung und eine Reform des DRG-Systems.

Die Ärztekammern begrüßen es, dass Bund und Land – auch als Konsequenz aus der COVID-19-Pandemie – in erheblichem Umfang zusätzliche Investitionsmittel für die Krankenhäuser zur Verfügung stellen. Zugleich ist zu betonen: Die neue Krankenhausplanung wird nur dann nachhaltig erfolgreich sein können, wenn die Investitionsmittel nicht nur einmalig erhöht werden, sondern dauerhaft das erforderliche Niveau erreichen, welches sich aus den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Werten ergibt.

Außerdem muss Nordrhein-Westfalen sich auf Bundesebene entschieden für die längst überfällige Reform der Krankenhausvergütung einsetzen. Andernfalls werden alle Bemühungen des Landes um eine bessere Struktur der Krankenhausversorgung auch weiterhin durch die massiven Fehlsteuerungen des DRG-Systems konterkariert.

D. Stellungnahme zu den vorgesehenen Gesetzesänderungen im Einzelnen

1. Zu § 1 Abs. 1: wohnortnahe Versorgung

Die Ärztekammern begrüßen es ausdrücklich, dass das Land sich auch mit dieser Gesetzesnovelle weiterhin zum Ziel einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung bekennt. Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung einer erreichbaren Krankenhausversorgung noch einmal in aller Deutlichkeit gezeigt.

Es ist deswegen richtig, dass das Land – anders als es von manchen Akteuren aus Feld der Gesundheitsökonomie in den vergangenen Jahren immer wieder gefordert wurde – mit der neuen Planung zwar auf eine bessere Strukturierung der Krankenhausversorgung, nicht jedoch auf ein einseitiges Schließungs- und Zentralisierungskonzept hinwirkt.

Die Versorgung soll besser strukturiert werden, ohne dass es zu Einschränkungen der flächendeckenden Versorgung kommt. Die vom Land beauftragten Gutachter haben nicht nur einen Strukturierungsbedarf in der Spezialversorgung aufgezeigt, sondern auch nachgewiesen, dass es derzeit in manchen Regionen Lücken in der flächendeckenden Versorgung gibt, die zu beheben sind.

Das Adjektiv „wohnortnah“ steht im Übrigen dem Ziel einer besseren Strukturierung, wie sie das Land im Rahmen der Neuaufstellung des Krankenhausplans anstrebt, nicht entgegen, weil der Begriff der „Wohnortnähe“ schon immer einer Konkretisierung, Differenzierung und Operationalisierung durch die Rahmenvorgaben des Krankenhausplans zugänglich war (vgl. dazu die einschlägigen Kommentare zum Krankenhausgestaltungsgesetz NRW).

Der Minister hat zwischenzeitlich – auch als Konsequenz aus den Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie – angekündigt, dass es in Nordrhein-Westfalen dabei bleiben soll, dass für mindestens 90% der Einwohner ein Krankenhaus innerhalb von 20 Autominuten erreichbar ist. Diese Operationalisierung sollte im Krankenhausrahmenplan als Grundsatz festgeschrieben werden. Mit dieser Vorgabe bleibt ein weiterer Spielraum für die notwendigen Weiterentwicklungen der Krankenhaussstrukturen in den Ballungsräumen.

2. Zu § 1 Abs. 4: Kooperation der Krankenhäuser bei der Aus- und Weiterbildung

Krankenhäuser sind gemäß § 1 Abs. 4 KHGG verpflichtet, im Rahmen ihrer Versorgungsmöglichkeiten in den zugelassenen Weiterbildungsstätten Stellen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von psychologischen Psychotherapeuten bereit zu stellen und an der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken. Dieser Verpflichtung kommt angesichts des bedrängenden Nachwuchsmangels in der Ärzteschaft wie bei den anderen Gesundheitsfachberufen besondere Bedeutung zu. Sie bedarf unter den Bedingungen der neuen, differenzierteren Krankenhausplanung einer Präzisierung.

Wenn künftig im Interesse einer höheren Versorgungsqualität und Effektivität bestimmte Leistungsbereiche der Spezialversorgung (z.B. Wirbelsäulenchirurgie, Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse, spezielle kardiologische Leistungen) an einer kleineren Zahl von Standorten gebündelt werden sollen, hat dies Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung.

Um auch in Zukunft eine umfassende Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses sicherzustellen, muss dafür gesorgt werden, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung an Krankenhäusern der Grundversorgung beginnen, in einem geordneten Verfahren die Chance erhalten, die erforderlichen Teile der Spezialversorgung an den dafür ausgewiesenen Krankenhäusern zu erlernen.

Dies kann über entsprechende Weiterbildungsverbünde erreicht werden, wie sie sich schon heute in manchen Bereichen bewährt haben.

Angesichts der angestrebten stärkeren und verbindlicheren Strukturierung der Krankenhauslandschaft müssen solche Verbünde nun verbindlich vorgegeben werden.

Krankenhäuser, denen das fachlich wie wirtschaftlich attraktive „Privileg“ der Spezialversorgung zugesprochen wird, müssen damit auch eine besondere Verantwortung für die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses übernehmen.

Dies gilt in ähnlicher Weise auch für Weiterbildung anderer Gesundheitsfachberufe.

Diese grundsätzliche Verpflichtung sollte gesetzlich normiert werden, damit für eine Konkretisierung im Rahmenplan eine verlässliche Grundlage besteht.

Änderungsvorschlag:

§ 4 Abs. 1 ist um folgenden Satz 2 zu ergänzen:

„Zu diesem Zweck schließen Krankenhäuser, deren Versorgungsauftrag spezifische Leistungsgruppen gemäß § 12 Abs. 3 umfasst, nach den Vorgaben des Rahmenplans verbindliche, auch trägerübergreifende Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhäusern.“

3. Zu § 12 Abs. 2: ortsnahe Versorgung der Bevölkerung

Die Beibehaltung des Ziels einer ortsnahe Versorgung der Bevölkerung ist ausdrücklich zu begrüßen. Zur Begründung siehe die Ausführungen unter Nr. 1 zur wohnortnahen Versorgung.

4. Zu § 12 Abs. 3 (neu):

Leistungsbereiche, Leistungsgruppen, besondere Leistungsangebote

Die Ärztekammern begrüßen ausdrücklich, dass sich Leistungsbereiche an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren sollen. Die Weiterbildungsordnungen geben eine sinnvolle Strukturierung der Medizin in Facharztkompetenzen, Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen vor.

Laut Gesetzentwurf werden den Leistungsgruppen qualitative Anforderungen zugeordnet. So ist z.B. die Vorhaltung bestimmter Medizintechnik oder die Anstellung einer Mindestanzahl von Fachärzten vorgesehen. Dabei ist auf eine sinnvolle Verknüpfung von Qualitätskriterien zu achten. Wenn die Zuteilung einer Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ als Qualitätskriterium das Vorhandensein der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ gebunden ist, die Zuteilung einer Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ wiederum an das Vorhandensein der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“, setzt in dieser „Kettenreaktion“ die Zuteilung einer Leistungsgruppe „Palliativmedizin“ das Vorhandensein einer Intensivstation voraus.

Bei Berücksichtigung dieser Aspekte ist die in § 12 Abs. 3 (neu) normierte Struktur der Krankenhausplanung mit Leistungsbereichen und Leistungsgruppen für die Breite der Versorgung insgesamt geeignet.

Bei der Diskussion der möglichen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen in den (Unter-)Arbeitsgruppen des Landesausschusses für Krankenhausplanung hat sich allerdings gezeigt, dass es spezielle Versorgungsangebote gibt, auf die sich diese Systematik nicht gut anwenden lässt.

Als Beispiele seien die Versorgung von Schwerbrandverletzten oder von anderen Schwerverletzten (sog. Polytrauma-Versorgung) genannt. Hier geht es im Wesentlichen um die Festlegung von Standorten, an denen diese Versorgung unter Einhaltung sehr hoher Qualitätsstandards erfolgen soll. Einige sehr spezielle Angebote lassen sich im Übrigen nur schwer einem bestimmten Leistungsbereich zuordnen, weil sie sehr stark interdisziplinären Charakter tragen.

Deswegen sollte das Gesetz neben der insgesamt prägenden Systematik von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen auch die Benennung von besonderen Leistungsangeboten vorsehen, wie dies in der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen bis 2007 prinzipiell möglich war.

Dies würde es dem Land auch ermöglichen, spezielle Versorgungsaufträge, die bisher als besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 136c Abs. 5 SGB V im Krankenhausplan vorgesehen sind (z.B. Brustzentren oder die sogenannten „Druckkammern“ zur Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftungen) auch jenseits der inzwischen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dominierten bundeseinheitlichen Zentrums-Systematik eigenständig festzulegen und ggf. entsprechend zu fördern.

Änderungsvorschlag:

§ 12 Abs. 3 (neu) ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„Neben den Leistungsbereichen und Leistungsgruppen können die Rahmenvorgaben die Ausweisung von besonderen Leistungsangeboten vorsehen.“

5. Zu § 12 Abs. 5 (neu): Regionale Kooperationen

Es ist zu begrüßen, dass das Krankenhausgestaltungsgesetz und der Krankenhausplan Kooperationen ausdrücklich fördern will. Kooperationen sind insbesondere dann sinnvoll, wenn sie die Zusammenarbeit im kommunalen oder jedenfalls regionalen Kontext stärken und es Krankenhäusern der Grundversorgung ermöglichen, von der Kompetenz spezialisierter Krankenhäuser in der unmittelbaren Umgebung zu profitieren.

Demgegenüber sind Kooperationsmodelle kritisch zu sehen, die – eher ökonomisch motiviert und häufig trägerintern organisiert – weit voneinander entfernt liegende Krankenhäuser verbinden und so Krankenhäuser in der gleichen Region geradezu von der Zusammenarbeit ausschließen.

Solche Modelle laufen auch dem Gedanken einer wohnortnahen Versorgung für die betroffenen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen zuwider.

Die Formulierungen in § 12 Abs. 5 (neu) sollten deswegen über den bereits enthaltenen Verweis auf den Einzugsbereich hinaus geschärft werden.

Änderungsvorschlag

§ 12 Abs. 5 (neu) Satz 2 ist folgendermaßen zu ergänzen (Einfügungen unterstrichen):

„Zudem soll die – vorrangig kommunaler oder regionaler Ebene, aber auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende - Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten sowie einer verbesserten Qualität in der Grundversorgung im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen.“

6. Zu § 13 Abs. 1 Satz 3 und 4: Mindestmengen

Die Regelung zur Festlegung von Mindestfallzahlen sehen wir auch in der vorgesehenen Umformulierung von § 13 Abs. 1 Satz 3 skeptisch. So sehr das Ziel zu begrüßen ist, die „anekdotische“ Erbringung gerade von hochspezialisierten Leistungen zu vermeiden, so sehr sprechen zwei wesentliche Einwände aus unserer Sicht gegen Mindestfallzahlen als Instrument der Landeskrankenhausplanung:

Zum einen stößt die Festlegung konkreter Mindestfallzahlen regelmäßig auf erhebliche methodische und juristische Probleme.

Dies gilt erst recht, wenn dies, wie der Gesetzestext ausführt, evidenzbasiert erfolgen soll. Auch dann, wenn sich ein prinzipieller Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität belegen lässt, ist es in der Regel schwierig, einen genauen „Schwellenwert“ zu definieren, der „bessere“ von „schlechterer“ Qualität trennscharf unterscheidet.

Die in Satz 4 genannten Übergangsregelungen, Ausnahmetatbestände und Härtefallregelungen bei „nachgewiesener hoher Qualität“ unterhalb der Mindestfallzahl bringen unseres Erachtens weitere methodische Probleme und Bürokratie-Risiken mit sich.

Zum anderen ist zu bedenken, dass die Festlegung von Mindestmengen potentiell Fehlansätze in Richtung einer Leistungszahlsteigerung entfalten kann.

Wir sprechen uns deswegen dafür aus, auf eine Regelung zu Mindestmengen auf Landesebene zu verzichten.

Eine stringente Krankenhausplanung, die gerade bei hochspezialisierten Leistungen nur so viele Standorte vorsieht, wie für die Versorgung der Bevölkerung erforderlich ist, macht die Festlegung von Mindestmengen aus unserer Sicht im Übrigen entbehrlich.

Denn wenn das Land die Zahl der Standorte planerisch unmittelbar auf ein bedarfsgerechtes Maß begrenzt, stellt sich eine medizinisch sinnvolle, ausreichende Leistungszahl an den einzelnen Standorten von selbst ein.

Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 1 Satz 3 und 4 sind zu streichen.

7. Zu § 14 Abs. 3: Regionale Planungskonzepte, Information der Beteiligten

Die Absicht des Landes, die konkrete Umsetzung des Krankenhausplans in den regionalen Planungskonzepten künftig transparenter und zügiger abzuwickeln, ist ausdrücklich zu begrüßen. Schritte in diese Richtung sind bereits mit der letzten Novelle des Krankenhausgestaltungsgesetzes gegangen worden. Nun tritt eine frühere Information der unmittelbar Beteiligten nach § 15 Abs. 1 KHGG hinzu. Dies wird zu einer weiteren Verschlankung und Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Die Ärztekammern werden dadurch in die Lage versetzt, ihren Sachverstand und ihren moderierenden Einfluss zu einem früheren Zeitpunkt in die Gespräche mit den Beteiligten einzubringen und so auf sachgerechte und möglichst einvernehmliche Lösungen hinzuwirken.

8. Zu § 16 Abs. 1: Spezialversorger

Die neue Systematik der Krankenhausplanung setzt zu Recht auf eine gestufte Versorgung. Dabei setzen spezielle Versorgungsangebote prinzipiell die Vorhaltung allgemeiner Versorgungsangebote voraus (Pyramidenmodell). Dies hatten auch die vom Land beauftragten Gutachter so vorgeschlagen.

Die Gutachter hatten allerdings auch darauf hingewiesen, dass es für wenige Fachkliniken auch in Zukunft möglich sein muss, sich auf eine spezialisierte Leistungserbringung zu beschränken, ohne die Grundversorgung im entsprechenden Gebiet in ihrer Breite mit abzudecken.

In Nordrhein-Westfalen ist hier beispielsweise an Fachkliniken im Bereich der Pneumologie und der Rheumatologie zu denken. Die in § 16 Abs. 1 dargestellte Systematik würde diese Kliniken vor die Alternative stellen, entweder die (in diesem Fall internistische) Grundversorgung in ihrer Breite mit zu übernehmen (durch Beantragung der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“) oder kategorisch auf die in der betreffenden speziellen Leistungsgruppe explizit ausgewiesenen Leistungen beschränkt zu bleiben (auf Basis der Weiterbildungsordnung oder – noch restriktiver - von jeweils zugewiesenen OPS-Codes). Beides wäre in der Versorgungsrealität kaum umsetzbar.

Die Gutachter hatten deswegen vorgeschlagen, dass diesen Spezialversorgern außer ihrer jeweiligen speziellen Leistungsgruppe auch derjenige Ausschnitt aus dem Spektrum der

Grundversorgung eröffnet werden muss, der unverzichtbar zur Erbringung der Spezialversorgung erforderlich ist.

Dies kann im Einzelnen im Krankenhausplan ausgeführt werden. Damit es dort beschrieben werden kann, sollte jedoch eine entsprechende Grundlage im Gesetzestext gelegt werden. Diese – an enge Voraussetzungen zu knüpfende – Öffnungsmöglichkeit kann an die Gesetzesformulierungen angeschlossen werden, die dem Land in bestimmten Fällen (wenn es die übergeordneten Ziele der Krankenhausplanung erforderlich machen) eine Einschränkung hinsichtlich einzelner Leistungsgruppen oder Leistungsbereiche ermöglicht.

Änderungsvorschlag

§ 16 Abs. 1 ist um folgenden Satz zu ergänzen:

„Unter der gleichen Voraussetzung kann im Falle von Krankenhäusern, denen aufgrund besonderer Versorgungserfordernisse und unter Berücksichtigung der Vorgaben von § 12 Abs. 5 (neu) ausschließlich eine oder mehrere spezielle Leistungsgruppen zugewiesen werden, der Versorgungsauftrag um denjenigen Teil des Spektrums der zugehörigen allgemeinen Leistungsgruppen erweitert werden, der zur Erbringung der Leistungen der speziellen Leistungsgruppen erforderlich ist.“



Prinzipien und Kriterien zu Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

AG „Personalvorgaben für Ärzte im Krankenhaus“

Stand: 24.08.2019

I. Situation der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

Fünfzehn Jahre nach Einführung des G-DRG-Systems als Abrechnungsgrundlage, bei gleichzeitiger Kommerzialisierung der Medizin, sind die negativen Folgen der derzeitigen Ausgestaltung dieses Systems für Patienten und Personal evident.

Durch die Steigerung von Fallzahlen, die Verkürzung von Verweildauern, die mangelnde Finanzierung von Vorhalteleistungen und die Zunahme des bürokratischen Aufwands ist es zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung bei Pflegepersonal, Therapeuten und Ärzteschaft gekommen. Wichtige Aufgaben des Personals werden mit dem auf Prozeduren fokussierenden DRG-System nicht abgegolten. Dazu zählen neben Fort- und Weiterbildung, Team- und Personalentwicklung sowie Qualitätsmanagementmaßnahmen auch weitere, z. T. gesetzlich verpflichtende, Aufgaben der indirekten Patientenversorgung. Aber auch die direkte Patientenversorgung leidet. Insbesondere Zuwendung und partizipative Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen sind in der Vergütungsstruktur kaum berücksichtigt. Aufgrund der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder werden zudem Mittel aus dem Personalbereich abgezogen, um dringend notwendige Investitionen querzufinanzieren.

Umfragen zeigen, dass die Personalsituation in Krankenhäusern und mit ihr die physische und psychische Belastung der Ärztinnen und Ärzte mittlerweile dramatisch sind.

Die Anzahl der Arbeitsstunden im Krankenhaus für das ärztliche Personal ist hoch und überschreitet teilweise die Grenzen des Arbeitszeitgesetzes. Dies zeigt der Marburger-Bund-Monitor 2017 anhand einer Befragung von 6.172 Ärztinnen und Ärzten aus dem Krankenhausbereich. Bei 40 Prozent der Befragten lag eine Wochenarbeitszeit von 49 bis 59 Stunden, bei 20 Prozent sogar von 60 bis 79 Stunden vor. Dabei gaben 66 Prozent der Befragten an, nicht ausreichend Zeit für ihre Patienten zur Verfügung zu haben.¹

Wie deutlich die sich ergebenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind, spiegelt eine Umfrage des Hartmannbundes 2018/2019 wider, in der 1.437 Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zu ihrer Arbeitssituation befragt wurden. Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass die Personaldecke zwar für den Normalbetrieb ausreichend sei, es jedoch bei Personalausfällen zu großen Problemen käme. Insgesamt 67,6 Prozent der Befragten empfinden ihre Arbeitsbelastung als so groß, dass sie sich negativ auf ihr Privatleben auswirkt, 21,9 Prozent der Befragten befürchten gesundheitliche Beeinträchtigungen und 10,9 Prozent benennen aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Arbeitsbelastung. Alarmierend ist auch, dass lediglich ein Viertel der Befragten angab, sich zumindest meistens zufriedenstellend viel Zeit für ihre Patienten nehmen zu können.²

Die Ergebnisse der Befragungen, ebenso wie zahlreiche ähnlich lautende Berichte in den

¹ <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/mb-monitor-2017-zusammenfassung.pdf>

² https://www.hartmannbund.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Umfragen/HB-Assistenzarztumfrage-2018-2019.pdf

Gremien der Ärztekammern, sind alarmierend. Viele Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus arbeiten am Rande der Belastungsgrenzen, was zu einer Gefährdung der Arztgesundheit und der Patientensicherheit führen kann. Die bisherigen Aktivitäten zu Personalvorgaben in Gesetzen, Richtlinien und Landeskrankenhausplänen decken lediglich Teilbereiche ab.

Die Bundesärztekammer sieht sich daher in der Pflicht, Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten vor den negativen Auswirkungen einer unzureichenden Personalpolitik zu schützen. Hierzu werden klare Kriterien und Prinzipien für die Umsetzung von Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus vorgelegt.

II. Definitionen von Personalvorgaben

Gerade auch im Zuge der Diskussionen um die Pflegepersonaluntergrenzen, werden verschiedene Begrifflichkeiten und Interpretationen für Personalvorgaben verwendet. Dabei lassen Begriffe wie Mindestpersonalvorgaben, Personaluntergrenzen, adäquate, ausreichende oder notwendige Personalausstattung intuitiv keine Rückschlüsse darauf zu, welche Zielstellung verfolgt und welcher Grad an Personalausstattung zugrunde gelegt wird. Die Bundesärztekammer hat vor diesem Hintergrund ein Ampelschema entwickelt, das, neben der Definition, die Hierarchie und Wertung der Begrifflichkeiten vorsieht (Abbildung 1) und in dem farblich auch dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Patientenversorgung und der Arbeitsbelastung des Personals Rechnung getragen wird. Die Verwendung der Begriffe in diesem Text erfolgt in diesem Sinne.

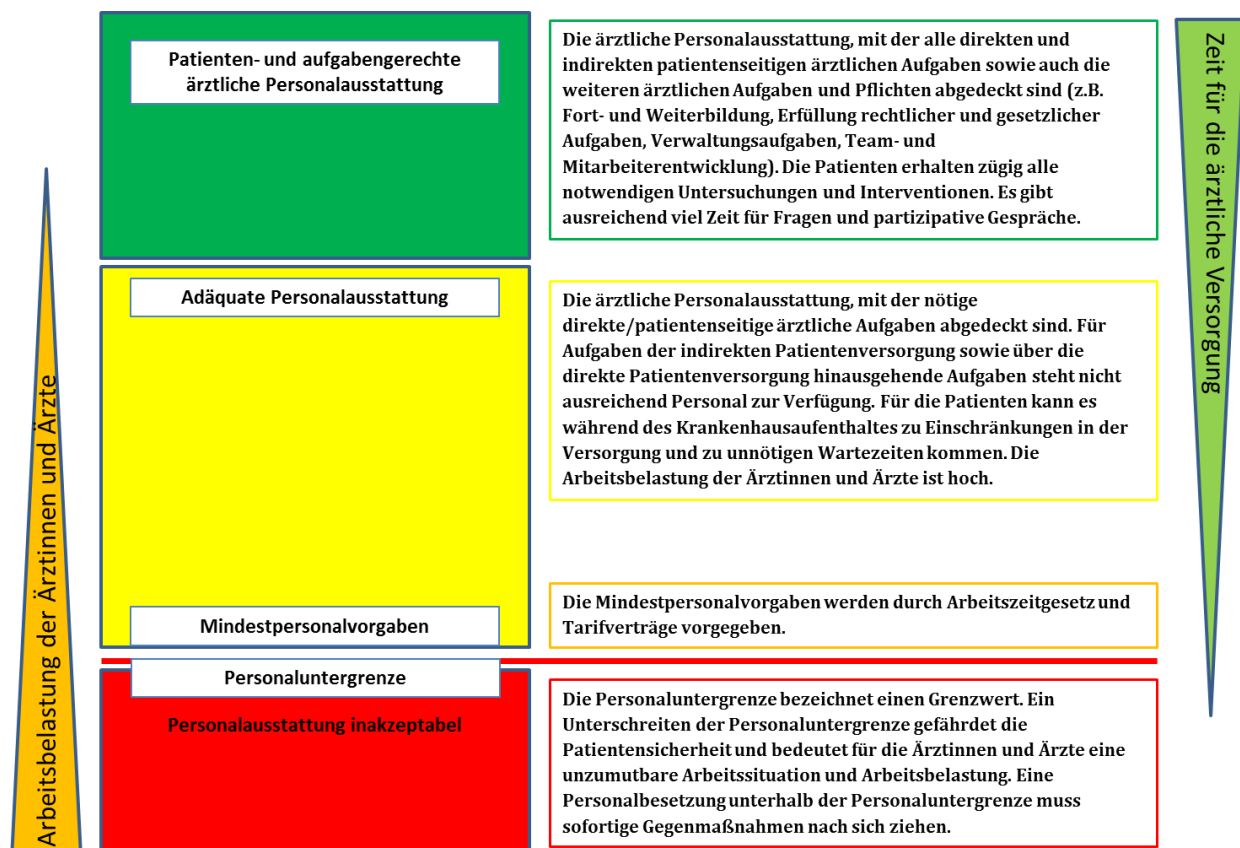


Abbildung 1: Ampelschema zu Personalvorgaben im Krankenhaus in Bezug zur Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte und zur Qualität der Patientenversorgung. (Quelle: Eigene Darstellung)

III. Grundlegende Prinzipien und Kriterien von Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

- 1. In allen Krankenhäusern müssen verbindliche Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte festgelegt werden.**
- 2. Personalvorgaben müssen in allen Krankenhausbereichen gelten.**
- 3. Maßstab für die Festlegung von Personalvorgaben muss eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sein.**
- 4. Die Bestimmung der patienten- und aufgabengerechten Personalausstattung erfordert den Einsatz eines standardisierten Bemessungsinstrumentes zur Erfassung des Personalbedarfs.**
- 5. Personalvorgaben müssen letztlich für alle in der stationären Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen eingeführt werden.**
- 6. Die Nicht-Einhaltung von Arbeitszeitgesetzen und Tarifverträgen muss systematisch erfasst und sanktioniert werden.**
- 7. Dem vermehrten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten muss Rechnung getragen werden.**

1. In allen Krankenhäusern müssen verbindliche Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte festgelegt werden

Viele Ärztinnen und Ärzte in unseren Krankenhäusern arbeiten am Rande der Belastungsgrenze. Auf die zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen sowie die mangelnde Investitionskostenfinanzierung der Länder haben viele Krankenhäuser insbesondere im Personalkostenbereich mit Einsparungen reagiert. Die Herausnahme der Pflegekosten aus den G-DRG-Entgelten sowie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) und die Einführung des Pflegepersonalquotienten werden ohne wirksame Gegenmaßnahmen zu einer weiteren Verschärfung der Arbeitsbelastung für die übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus führen. Auch aus diesem Grund fordert die Bundesärztekammer die Einführung verbindlicher, patienten- und aufgabengerechter Personalvorgaben in allen Krankenhäusern.

2. Personalvorgaben müssen in allen Krankenhausbereichen gelten

Personalvorgaben dürfen nicht nur für bettenführende Stationen, sondern müssen für alle Krankenhaus- und Aufgabenbereiche gelten, in denen Ärztinnen und Ärzte eingesetzt werden. Nur so kann verhindert werden, dass es zu Personalverschiebungen in Bereiche mit Personalvorgaben und Patientenverschiebungen aus Bereichen mit Personalvorgaben kommt, um diese Vorgaben ohne einen entsprechenden Personalzuwachs zu erfüllen.

3. Maßstab für alle Festlegungen auf Personalvorgaben ist eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung

Eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung bedeutet, dass alle Tätigkeiten der direkten und der indirekten Patientenversorgung durch qualifiziertes ärztliches Personal abgedeckt sind. Dazu gehören auch die durch Richtlinien und Gesetze definierten Aufgaben, die Anforderungen des Krankenhausträgers, die Aufgaben in der Fort- und Weiterbildung, der Mitarbeiter- und Teamentwicklung, des Qualitätsmanagements und Aufgaben in der intra- und interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die partizipative Gesprächsführung, Begleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Zudem müssen die durchschnittlichen Ausfallzeiten berücksichtigt werden. Jede unter diesem Maßstab liegende Personalausstattung führt für die Patientinnen und Patienten zu einer spürbaren Verschlechterung der ärztlichen Versorgung und bedeutet für die Ärztinnen und Ärzte eine unzumutbare Arbeitsbelastung, die zu Ermüdung und Erschöpfung führt.

4. Die Bestimmung der patienten- und aufgabengerechten Personalausstattung erfordert den Einsatz eines standardisierten Bemessungsinstrumentes zur Erfassung des Personalbedarfs

Krankenhäuser und Fachabteilungen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht, beispielsweise durch den Versorgungsauftrag, die Patientencharakteristika, die Zusammensetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sowie durch Ausstattung und bauliche Gegebenheiten. All diesen Unterschieden muss mithilfe eines geeigneten und standardisierten Bemessungsinstrumentes Rechnung getragen werden.

5. Personalvorgaben müssen letztlich für alle in der Krankenhausversorgung tätigen Berufsgruppen eingeführt werden

Patienten- und aufgabengerechte Personalvorgaben müssen für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen gelten. Nur so lässt sich vermeiden, dass Tätigkeiten auf eine andere Berufsgruppe übertragen werden, nur um Personal und Kosten einsparen zu können. Zusätzlich lässt sich so gewährleisten, dass eine patienten- und aufgabengerechte Patientenversorgung in einem angemessenen interprofessionellen Austausch erfolgen kann. Dazu muss es in den Krankenhäusern Personalkonzepte geben, die die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern.

6. Die Nicht-Einhaltung von Arbeitszeitgesetzen und Tarifverträgen muss systematisch erfasst und sanktioniert werden

Mindestpersonalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte ergeben sich automatisch durch die geltenden Arbeitszeitgesetze und Tarifverträge. Verstöße gegen diese Vorgaben sollten konsequent zur Anzeige gebracht werden und Sanktionen nach sich ziehen. Die Politik und die zuständigen Behörden sind aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass eine konsequente Überwachung und Sanktionierung erfolgt. Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die sorgfältige und vollständige Dokumentation und Abrechnung der Arbeitszeiten einschließlich von Überstunden und Mehrarbeit sicherzustellen.

7. Dem vermehrten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten muss Rechnung getragen werden

Der Bundesärztekammer ist bewusst, dass Personalvorgaben vor dem Hintergrund des zunehmenden Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten kontrovers diskutiert werden. Das Argument einer mangelnden Verfügbarkeit ärztlicher Arbeitskraft rechtfertigt jedoch auch im Sinne der Patientensicherheit keinesfalls eine unzureichende Personalausstattung. Eine wesentliche Bedingung ist der ressourcensparende Umgang mit der ärztlichen Arbeitskraft. Dies ist auch bei der Landeskrankenhausplanung zu berücksichtigen. Das ärztliche Personal muss zudem konsequent von nicht-ärztlichen Tätigkeiten entlastet werden. Den Krankenhäusern muss die Chance zum Personalaufbau und zu regionalen Absprachen mit anderen Krankenhausträgern eingeräumt werden.

IV. Fazit

Die patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung ist unabdingbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung. Sie stärkt den Krankenhausstandort und führt unmittelbar auch zu ökonomischen Vorteilen.

Die patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung dient der Patientensicherheit, dem Schutz vor Überlastung und dem Erhalt der Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte und steigert das Vertrauen der Bevölkerung in die Krankenhausversorgung.



Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“

Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 21.08.2020

Vorbemerkung

Dieses Memorandum wurde auf Empfehlung des Ausschusses „Qualitätssicherung“ am 21.08.2020 vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet.

Anlass sind vor allem die in den zurückliegenden Jahren zu verzeichnenden Entwicklungen im Bereich der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung. Diese Entwicklungen sieht die Ärzteschaft kritisch. Der bürokratische Aufwand steht in keinem Verhältnis mehr zum potenziellen Nutzen für die Patientenversorgung. Vielmehr haben sich die immensen (Dokumentations-)Anforderungen an QM/QS zunehmend zu einem Selbstzweck entwickelt, bei dem der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liegt, sondern vor allem auf der externen Kontrolle.

Dies betrifft zum Beispiel die aus der sogenannten „Qualitätsoffensive“ im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hervorgegangenen Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA, wie etwa die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c SGB V. Aber auch der Übergang der seit zwei Jahrzehnten etablierten externen stationären Qualitätssicherung (esQS) nach § 136 SGB V von der G-BA-Richtlinie QSKH-RL in die neue sektorenübergreifende DeQS-RL entwickelt sich problematisch. Die QS-Strukturen auf Landesebene werden in Form von Landesarbeitsgemeinschaften neu geordnet. Damit verlieren die Landesärztekammern ihre koordinierende Rolle und sind nicht mehr gleichberechtigte Partner bei der Gestaltung der externen Qualitätssicherung.

QS/QM ist aus ärztlicher Sicht kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. QS/QM im ursprünglichen Sinn tragen im Behandlungsalltag aktiv dazu bei, die bestmögliche Versorgung für die Patienten gewährleisten zu können.

Deshalb fordert der Ausschuss „Qualitätssicherung“ der Bundesärztekammer eine Rückbesinnung auf den eigentlichen Kern von QS und QM. Dieser besteht in der Verbesserung

der Patientenversorgung. Notwendig ist eine Verschlankung der gesetzlich formulierten Anforderungen. Diese müssen sich daran messen lassen können, inwiefern ein tatsächlicher Mehrwert für die Qualität der Patientenversorgung geschaffen wird.

Die Notwendigkeit für den G-BA, während der Covid-19-Pandemie im März 2020 innerhalb kürzester Zeit zahlreiche Richtlinien und Regelungen auszusetzen oder zumindest von Sanktionen freizustellen, um medizinisches Personal nicht von klinischen Tätigkeiten abzuhalten, unterstreicht aktuell die inzwischen grenzwertige Belastung durch Dokumentationsaufgaben im Klinikalltag.

Eckpunkte

1. Internes Qualitätsmanagement ist eine Führungsaufgabe in Krankenhäusern und Arztpraxen und von zentraler Bedeutung für die Patientensicherheit.
2. Externe Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung ist dann sinnvoll, wenn die Ärzteschaft im Sinne eines dauerhaften Lernens und insbesondere die Patienten durch Verbesserungsmaßnahmen von valide erhobenen Daten profitieren.
3. Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement gehören zusammen.
4. QS und QM sind kein Selbstzweck, sondern dienen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.
5. QS und QM dienen nicht dazu, allokativen Fehlanreize oder Versäumnisse in der Bereitstellung von Ressourcen oder Versorgungsinfrastrukturen zu kompensieren.
6. Qualität der Versorgung sollte insbesondere bei Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität Bestandteil der Krankenhausplanung (§ 1 KHG) sein.
7. Die Ärztekammern unterstützen QS-/QM-Maßnahmen, halten es aber gleichzeitig für essenziell, Ärztinnen und Ärzte von Dokumentationstätigkeiten zu entlasten, um die gewonnene Zeit wieder der Patientenversorgung zur Verfügung zu stellen.

Maßnahmen/Lösungsansätze

1. *Die Förderung bewährter Instrumente des internen Qualitätsmanagements muss Vorrang vor externer Qualitätssicherung haben.*

Die externe Qualitätssicherung wird durch die Maßnahmen des G-BA mit Zentralisierung und Sanktionierung massiv überbetont. Sie engt den Raum für internes Qualitätsmanagement ein. Bewährte Instrumente des QM sind z. B. Peer Review und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Der Einsatz dieser Instrumente kostet Zeit und Ressourcen. Diese Instrumente bieten jedoch in einem ungleich höheren Maß die Möglichkeit des direkten „Voneinander-Lernens“ der beteiligten Berufsgruppen und somit der unmittelbaren Verbesserung in der Patientenversorgung als eine ausufernde QS-Kontrollbürokratie.

2. *Externe Qualitätssicherung muss das primäre Ziel haben, Qualität zu fördern.*

Der Schwerpunkt der externen Qualitätssicherung liegt zunehmend auf Kontrolle und Sanktionierung der Krankenhäuser und Arztpraxen. Die externe Qualitätssicherung soll die Qualität fördern, z. B. durch Lernen von den Besten. Sie soll das interne Qualitätsmanagement ergänzen, droht aber, sich völlig davon zu entkoppeln.

3. *Externe Qualitätssicherung sollte unabhängig vom Versichertenstatus der Patienten sein.*

Die externe Qualitätssicherung nach § 136 SGB V hat nur für gesetzlich Versicherte Gültigkeit. Der Gesetzgeber sollte eine Lösung finden, diese Ungleichheit aufzuheben. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern adressieren den Patienten grundsätzlich unabhängig vom Versichertenstatus.

4. *Externe Qualitätssicherung muss angemessen im Umfang und erprobt in der Wirkung sein.*

Die externe Qualitätssicherung steht als flächendeckende Vollerhebung anstelle von Stichproben im Widerspruch zu dem Gebot der Datensparsamkeit, z. B. gemäß § 299 SGB V. Alleine im Jahre 2019 wurden in der externen Qualitätssicherung von 1.496 Krankenhäusern ca. 2,5 Millionen, zum Teil umfangreiche Datensätze dokumentiert. Neue Verfahren werden nicht vorab, z. B. hinsichtlich ihres Dokumentations- und Auswertungsaufwandes, getestet, sondern ungeprüft in der Fläche ausgerollt. Personalressourcen werden dadurch in großem Umfang für die QS gebunden und stehen nicht mehr für die Patientenversorgung zur Verfügung.

5. *Externe Qualitätssicherung muss angemessen im Aufwand sein.*

Der Aufwand in der sich abzeichnenden externen Qualitätssicherung steht inzwischen in keinem Verhältnis mehr zum Nutzen. Sie bindet Ressourcen im Krankenhaus und in der Arztpraxis durch kleinteilige Stellungnahmeverfahren mit den zuständigen Stellen auf Landesebene bzw. mit dem IQTIG.

6. *Externe Qualitätssicherung benötigt zwingend die Komponente des kollegialen Dialogs.*

Qualitätsindikatoren liefern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme. Eine Validierung durch einen vertrauensvollen Dialog auf Augenhöhe über mögliche, kontextbezogene Ursachen ist unabdingbar. Gegenwärtig wird eine Abschaffung der Dialogkomponente im G-BA diskutiert. Würde das Verfahren auf diese Art auf einen reinen Kontrollmechanismus reduziert, der den zentralen Aspekt der Qualitätsförderung ausklammert, würde die externe Qualitätssicherung ihre Akzeptanz bei den Beteiligten in Krankenhäusern und Arztpraxen vollends verlieren.

7. *Qualitätsindikatoren sollen adäquat eingesetzt werden.*

Aus einzelnen Qualitätsindikatoren soll nach Vorstellung des Gesetzgebers (§ 136c SGB V) die Qualität einer ganzen Abteilung oder gar eines Krankenhauses ablesbar sein. Die Praxis der nunmehr zweijährigen Anwendung der vom IQTIG empfohlenen Indikatoren zeigt aber, dass Qualitätsindikatoren diesem Anspruch nicht gerecht werden können.

8. *Qualitätsindikatoren sollen für den Zweck verwendet werden, für den sie entwickelt wurden.*

Der Grundgedanke des Gesetzgebers, dass sich Indikatoren der externen Qualitätssicherung dazu eignen, auffällige Fachabteilungen von Krankenhäusern aus der Krankenhausplanung zu nehmen oder Qualitätszu- und -abschläge in der Vergütung der Krankenhausbehandlung zu begründen, hat sich als Fehleinschätzung erwiesen. Diese Indikatoren wurden mit dem Ziel der Qualitätsförderung entwickelt und lassen sich nicht für Sanktionsmaßnahmen zweckentfremden.

9. *Qualitätssicherung muss flexibel und an regionale Besonderheiten anpassbar sein.*

Unter der Maßgabe einer scheinbaren Verfahrenstransparenz und Beseitigung von etwaigen Ungleichheiten durch dezentrale Lösungen auf Landesebene schafft der G-BA ein schwerfälliges zentralistisches Qualitätssicherungssystem. Daten und

Ressourcen werden von der Landesebene auf die Bundesebene zum IQTIG verschoben, das Institut selbst wiederum ist unter der Vielzahl der Aufgaben zunehmend überfordert. Die jahrzehntelange Qualitätssicherungserfahrung und -kompetenz auf Landesebene wird nicht mehr genutzt. Stattdessen werden die QS-Strukturen auf Landesebene nach dem Muster des G-BA vereinheitlicht und zu unselbstständigen Ausführungsorganen des G-BA degradiert.

10. Für einen Erfolg der externen Qualitätssicherung auf Landesebene ist die Einbindung der Landesärztekammern als neutrale Stellen unabdingbar.

Die Landesärztekammern haben Initiativen zur QS immer wieder angestoßen und in über 20 Jahren eine maßgebliche und tragende Rolle in der externen Qualitätssicherung auf Landesebene übernommen. In vielen Bundesländern haben sie die Landesgeschäftsstellen (LQS) gestellt. An den Lenkungsgremien haben sie in neutraler Rolle beratend und moderierend teilgenommen. Durch die Überführung der externen Qualitätssicherung in die G-BA-Richtlinie DeQS-RL verlieren die Landesärztekammern diese Rolle und werden hinsichtlich ihrer Mitwirkung an der QS marginalisiert. Diese Fehlentwicklung ist dringend zu korrigieren.

Fazit

Die Ärzteschaft engagiert sich aktiv für Qualitätsförderung und die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung. QS und QM sind zentrale ärztliche Anliegen und Aufgaben. Beispielhaft sei verwiesen auf die von den Ärztekammern etablierte Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“, die mehrere Tausend Ärztinnen und Ärzte erlangt haben, sowie die Fortbildungscurricula „Ärztliche Führung“ und „Ärztliches Peer Review“. Damit werden den Ärztinnen und Ärzten Zusatzqualifikationen angeboten, die bzgl. Inhalt und Reichweite auch im internationalen Vergleich einmalig sein dürften.

Sorge bereitet daher, dass insbesondere die externe Qualitätssicherung einen Weg eingeschlagen hat, der dem Grundgedanken der Qualitätsförderung zuwiderläuft. In der sich abzeichnenden Form kann die externe Qualitätssicherung ihr Ziel, den Qualitätsstandard und die Sicherheit der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, nicht mehr leisten. Sie wird vielmehr einen Teil der ohnehin knappen personellen Ressourcen in den Arztpraxen und Krankenhäusern für überwiegend bürokratisch-formalistische Aufgaben binden, was in der Konsequenz zu einer Gefährdung der Patientensicherheit beiträgt.

Aufwand und fehlender erkennbarer Mehrwert ohne nachweisliche Evidenz führen zu einer zunehmenden Demotivation aller Beteiligten.

Externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement müssen sich auf das eigentliche Ziel der Qualitätsförderung konzentrieren bzw. darauf wieder zurückgeführt werden.

Die Beteiligung der ärztlichen Kompetenz, vertreten durch die Ärztekammern, bei der Konzeption, Umsetzung und Weiterentwicklung von QS/QM ist unabdingbar. Erst wenn das medizinisch-fachliche Wissen und die Handlungskompetenz, die sich aus der täglichen Patientenversorgung speisen, aktiv eingebunden werden, kann mit QS/QM (wieder) ein tatsächlicher Mehrwert für die Versorgung generiert werden.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und
Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)
vom 23.09.2020

Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 16. November 2020

Berlin, 11.11.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs.....	3
2.	Stellungnahme im Einzelnen.....	4
	Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) - § 140a Abs 1 Satz 2 SGB V	4
	Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) - § 140a Abs 2 Satz 3 und 4 SGB V	4
	Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) - § 140a Abs 2 Satz 7 SGB V (neu)	5
	Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe ccc) § 140a Abs 3 Satz 1 Nr. 8 SGB V (neu)	6
	Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe d) - § 140a Abs 3b SGB V (neu).....	6

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) greift Regelungsbedürfnisse aus unterschiedlichsten Versorgungsbereichen auf.

Adressiert werden die Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19 Pandemie, die Verschiebung des Inkrafttretens der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung, erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge, Maßnahmen für die finanzielle Stabilität der GKV im Jahr 2021, die Förderung von Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm), eine Vorverlegung der Frist für Sicherstellungszuschläge für die Kinder- und Jugendmedizin, eine Staffelung der Sicherstellungszuschläge nach der Anzahl entsprechender Fachabteilungen, die Personalausstattung vollstationärer Pflegeeinrichtungen sowie weitere Regelungen aus dem Pflegebereich.

Die Bundesärztekammer unterstützt die Vorverlegung der Frist zur Einbeziehung von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die Vorgaben für Sicherstellungszuschläge. Angesichts der bestehenden Probleme und Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland bedarf es jedoch im nächsten Schritt eines umfassenden Versorgungs- und Finanzierungskonzeptes und entsprechender rechtlicher Vorgaben, um Versorgungslücken schließen und eine flächendeckende Versorgung vorhalten zu können.

Auch die gestaffelte Erhöhung der Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum in Abhängigkeit von der Anzahl versorgungsrelevanter Fachabteilungen wird als sinnvoll erachtet.

Die erweiterten Möglichkeiten für die Ausgestaltung regionaler Versorgungsnetzwerke im Rahmen von Selektivverträgen und die Möglichkeiten der Innovationsförderung werden von der Bundesärztekammer grundsätzlich positiv bewertet. Insbesondere für die Einbindung weiterer Leistungserbringer, wie zum Beispiel für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen oder aber die Einbindung von Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen sowie von nicht zugelassenen Leistungserbringern, müssen sehr klare Regelungen getroffen werden, um eine Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Die fehlende Transparenz hinsichtlich möglicher Interessenkonflikte und der Verzicht auf qualitätssichernde Kriterien bei der Vergabe von Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen an Dritte wird von der Bundesärztekammer sehr kritisch gesehen. Hier bedarf es aus Sicht der Bundesärztekammer einer Schärfung des Gesetzestextes.

Die unmittelbare Wirkung der Förderzusage des Innovationsausschusses des G-BA auf Übernahme von Vorhaben ohne weitere Prüfung wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Dies greift der dringend erforderlichen Evaluation von Nutzen und Schaden einer neuen Versorgungsform vor und bedeutet zudem einen nicht zu rechtfertigenden Eingriff in den Kassenwettbewerb.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) - § 140a Abs 1 Satz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Besondere Versorgungsaufträge sollen auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern in deren jeweiligen Versorgungsbereichen möglich sein. Dabei wird in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt, dass damit keine Ausweitung der Tätigkeit über den Zulassungs- oder Berechtigungsstatus oder die für den jeweiligen Leistungserbringer geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen hinaus verbunden sein soll.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Aus Sicht der Bundesärztekammer kommt die vorgenannte Intention der Änderung im Wortlaut der geplanten Neuregelung nicht hinreichend zum Ausdruck. Aus dem Gesetz ergibt sich nicht, dass der Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus auch in quantitativer Hinsicht nicht erweitert werden darf. Ohne diese Klarstellung wäre es z. B. denkbar, dass ein Arzt, der aufgrund der Bedarfsplanung nur einen halben vertragsärztlichen Versorgungsauftrag wahrnehmen darf, diesen über einen besonderen Versorgungsauftrag auf einen vollen aufstockt.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Nach Satz 2 (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Die Berechtigung ergibt sich nach Art und Umfang und unter Beachtung der für dem Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen nach deren jeweiligen Zulassungs-, Ermächtigung- oder Berechtigungsstatus.“

Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) - § 140a Abs 2 Satz 3 und 4 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wenn Verträge über eine besondere Versorgung zur Durchführung von nach § 92a SGB V geförderten neuen Versorgungsformen abgeschlossen werden, sollen die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V und die Anforderungen nach § 140 a Absatz 2 Satz 4 SGB V als erfüllt gelten. Zugleich soll der Nachweis der Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung, der bisher spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge vorliegen musste, entfallen, da davon auszugehen sei, dass die Krankenkassen im Rahmen ihrer unternehmerischen Verantwortung eigenständig in der Lage und bestrebt seien, Fehlentwicklungen zu korrigieren.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Änderung wird damit begründet, dass mit der Förderentscheidung bereits eine Aussage über das Innovationspotential der Versorgung getroffen worden sei, so dass die Anforderungen des § 140a Absatz 1 Satz 1 und 2 („Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung)“) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften.“) und die Anforderungen des § 140a Absatz 2 Satz 4 („Die

abweichende Regelung muss dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entsprechen, sie muss insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.“) als erfüllt angesehen werden können. Aus Sicht der Bundesärztekammer wird damit einer notwendigen Evaluation von Nutzen und Schaden einer neuen Versorgungsform vorgegriffen.

Nur weil der Innovationsausschuss des G-BA ein Vorhaben nach § 92a SGB V als förderungswürdig einstuft, bedeutet dies noch nicht, dass die neue Versorgungsform sich später auch tatsächlich als Bereicherung der Versorgungslandschaft herausstellt.

Die Bundesärztekammer spricht sich deutlich dagegen aus, bereits die Förderzusage des Innovationsausschusses als ausreichende Grundlage für die Erfüllung der Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V heranzuziehen. Vielmehr müssen die Empfehlungen des Innovationsausschusses zur Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung, die nach Abschluss des geförderten Vorhabens ausgesprochen werden, in eine solche Entscheidung obligatorisch einbezogen werden.

Zudem würde eine solche Regelung in den Krankenkassenwettbewerb eingreifen. Die Fiktion führt dazu, dass die Aufsichtsbehörde den konkret geförderten und dann weitergeführten Vertrag nicht beanstanden kann, wohl aber einen anderen, den sie im Gegensatz zur konkurrierenden Krankenkasse für nicht gleichartig zu dem geförderten und dann weitergeführten Projekt ansieht. Dem könnte allenfalls begegnet werden, wenn die Regelung dahingehend erweitert würde, dass die Krankenkasse, welche die geförderte Versorgungsform übernehmen will, einen Anspruch gegenüber dem Innovationsausschuss auf Feststellung der Gleichartigkeit erhält.

Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) - § 140a Abs 2 Satz 7 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Partner eines Vertrags über eine Besondere Versorgung sollen sich darauf verständigen können, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen auch durch Vertragspartner der Krankenkassen oder Dritte erbracht werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Begründung führt aus, dass die genannten Aufgaben auf „geeignete“ Dritte übertragen werden dürfen und nennt als nachvollziehbares Beispiel Sozialarbeiter, die vulnerable Versichertengruppen aufsuchend beraten. Der vorgeschlagene Normtext verzichtet jedoch auf jegliche qualitätssichernde Kriterien. Auch ist die Transparenz der Aufgabenwahrnehmung durch Dritte nicht hinreichend, um der Gefahr zu begegnen, dass der eingeschaltete Dritte keine inakzeptablen Interessenkonflikte hat. Denn Vertragspartner, denen die Managementaufgaben übertragen werden könnten, können nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 und 6 auch pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Der einzufügende Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Die Partner eines Vertrages nach Absatz 1 können sich darauf verständigen, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung

durch Vertragspartner nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 4 oder 7 oder neutrale sowie geeignete Dritte erbracht werden.“

Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) Dreifachbuchstabe ccc) § 140a Abs 3 Satz 1 Nr. 8 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vertragspartner der Krankenkassen sollen zukünftig auch „Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3“ sein können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Verweis führt dazu, dass (neue) Vertragspartner auch „Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie“ und „Forschungseinrichtungen“ bzw. deren Träger sein können. Die in § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummern 1 und 4 genannten Anbieter können bereits nach geltendem Recht, und zwar nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 6, Verträge abschließen, und zwar auch dann, wenn sie keine digitalen Dienste und/oder Anwendungen anbieten.

Allerdings ist der Katalog des § 68a Absatz 3 nicht abschließend, denn die Aufzählung wird durch das Wort „insbesondere“ eingeleitet. Das Gesetz sollte daher auch insofern klarer gefasst werden. Schließlich sollte die Abschlussbefugnis auf Verträge beschränkt sein, die digitale Anwendungen beinhalten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Zur Klarstellung schlägt die Bundesärztekammer folgende Fassung vor.

"8. Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummern 2 und 3, soweit der Vertrag digitale Dienste und Anwendungen beinhaltet."

Artikel 1, Nr. 6, Buchstabe d) - § 140a Abs 3b SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vertragspartner der Krankenkassen im Wege der Sach- oder Dienstleistung sollen in Einzelfällen, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder in Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen, zukünftig auch nicht zugelassene Leistungserbringer sein können, wenn eine dem Versorgungsniveau in der GKV gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Zulassung obliegt, zumindest im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, namentlich den bei den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Zulassungsausschüssen. Diese können über das Instrument der Ermächtigung ebenso wie über Sonderbedarfszulassungen Versorgungslücken schließen. Die beabsichtigte Neuregelung führt dazu, dass Entscheidungen über die Berechtigung zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen allein Krankenkassen treffen. Es bedarf aus Sicht der Bundesärztekammer in diesen Fällen stattdessen des Einvernehmens mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder Zulassungsausschüssen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen diese Neuregelung aus. Die Einbindung nicht zugelassener Leistungserbringer über Selektivverträge bedarf zumindest weitergehender regulatorischer Vorgaben und einer vorhergehenden intensiven Erörterung mit den Interessenvertretern der zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringer.