

Der Gesetzentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) – Qualitätsbasierte Krankenhausversorgung?

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) ist nach dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) das zweite umfassendere gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben der Großen Koalition, das große Teile des Gesundheitswesens umfassend novellieren soll. Vorliegend stellt sich jedoch die Frage, inwieweit dies gelungen ist und welche Auswirkungen das Gesetz auf Krankenhäuser und Ärzte haben wird. Daher sollen durch diesen Beitrag vorwiegend diejenigen Regelungen vorgestellt werden, die auf Ärzte und insbesondere Radiologen mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen haben.

Der Entwurf zum KHSG stützt sich maßgeblich auf die Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform vom 05.12.2015. Die durch den Entwurf geplanten Änderungen umfassen zahlreiche Gesetze, insbesondere das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und das Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Die politischen Ziele des KHSG

▼ Bundesgesundheitsminister Gröhe hat bei der Einbringung des Gesetzes in den Deutschen Bundestag am 02.07.2015 die Ziele des KHSG skizziert (<http://www.bmg.bund.de/presse/reden/khsg-bundestag>.



html). Das KHSG habe den Zweck, einen entscheidenden Beitrag dazu zu leisten, die Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des medizinischen sowie medizinisch technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung sicher zu stellen.

Gröhe nennt als Anliegen des KHSG die Verbesserung der finanziellen Ausstat-

tung der Krankenhäuser, eine gute Erreichbarkeit der Krankenhausmedizin vor allem in der Grund- und Regelversorgung, die Stärkung der Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung und Vergütung sowie der Pflege im Krankenhaus. Folgerichtig wird daher in § 1 Abs. 1 der Entwurfsfassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG-E) zusätzlich das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als zusätzliche Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung verankert. Die Bundesärztekammer (BÄK) kritisiert in ihrer Stellungnahme vom 19.06.2015 zum Entwurf des KHSG, dass der von ihr in Höhe von 3 Milliarden € bezifferte zusätzliche Bedarf in der Krankenhausinvestitionsfinanzierung auch durch das KHSG nicht bedient werden könne (S. 2 BÄK-Stellungnahme). Die Festschreibung des Investitionsvolumens auf den Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 wird durch die BÄK abgelehnt (S. 6 BÄK-Stellungnahme).

Einer der Schwerpunkte des Gesetzes ist ein Pflegestellen-Förderprogramm zur „Pflege am Bett“. Dafür werden in den Jahren 2016 bis 2018 Fördermittel von bis zu 660 Millionen € aufgebracht. Danach sollen 330 Millionen € im Krankenhausbereich verbleiben.

Die verschiedenen Instrumente zur Qualitätsverbesserung

Ein Leitmotiv des KHSG ist die „Qualität“. Dies wird grundsätzlich auch von der BÄK begrüßt (S. 5 BÄK-Stellungnahme). Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kommt dabei eine zentrale Funktion zu. Diese wird von der BÄK kritisiert, da der G-BA für seine Aufgaben nicht über die notwendigen Indikatoren verfüge und sich zudem Überschneidungen mit der Landeskrankenhausplanung ergäben (S. 3 BÄK-Stellungnahme). Zudem sei die Krankenhausplanungshoheit der Länder, die Verfassungsrang habe, bedroht, da sie ihnen nur noch nominell zustehe (S. 4 BÄK-Stellungnahme).

Dem Qualitätsbegriff wohnt die Problematik inne, dass bisher noch nicht festgelegt ist, in welcher Form man Qualität definieren und messen kann. Daher wird in § 136c Abs. 1 SGB V-E der G-BA beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (sog. planungsrelevante Indikatoren). Diese sollten als Kriterien und Grundlage der

Planungsentscheidungen der Länder geeignet sein und Bestandteil des Krankenhausplans werden. § 136c Abs. 2 SGB V-E bestimmt zudem die Pflicht des G-BA, den Planungsbehörden der Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse zu übermitteln. Damit haben nach dem Gesetzentwurf zum KHSG die Länder mit den Qualitätsindikatoren eine zusätzliche Grundlage für Planungsentscheidungen. Die BÄK mahnt, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren nur nach sorgfältiger methodischer Prüfung unter Einbeziehung ärztlicher Fachkompetenz und in enger Abstimmung mit auf diesem Gebiet erfahrenen Institutionen der Länder eingesetzt werden sollen (S. 15 BÄK-Stellungnahme). Der Einfluss des G-BA auf die Krankenhausplanung der Länder wird ebenfalls von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisch gesehen (S. 13 DKG-Stellungnahme).

Auch die Mindestmengenregelungen sollen durch das KHSG modifiziert werden. Ziel war es vor allem, sie hinsichtlich der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, Urt. v. 12.09.2012, Az.: B 3 KR 10/12; Urt. v. 18.12.2012, Az.: B 1 KR 34/12) rechtssicher zu gestalten. Dazu regelt § 136b SGB V-E folgendes Verfahren:

„Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben.“

§ 8 Abs. 4 KHEntG-E ergänzt die Regelung, dass im Falle einer Unterschreitung der Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V-E, durch das Krankenhaus für die jeweiligen Leistungen keine Entgelte berechnet werden dürfen, soweit keine Ausnahmetatbestände nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 oder Abs. 5 SGB V-E geltend gemacht werden können oder nach § 136b Abs. 4 des SGB V-E keine berechnete mengenmäßige Erwartung nachgewiesen wurde, dass die Mindestmenge erreicht wird.

Die BÄK kritisiert dies als eine Erweiterung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V. Es dürften damit nicht nur nicht notwendige oder nicht wirtschaftliche Leistungen, sondern auch im Rahmen der Prognose unzulässige Leistungen nicht erbracht werden (S. 11-12 BÄK-Stellungnahme). Dies könne die Indikationsstellung des Arzts erschweren (S. 12 BÄK-Stellungnahme). Die BÄK kritisiert im Allgemeinen, dass über das Prognosemodell das Problem des Fehlanreizes von Indikationsausweitungen nicht behoben werden könne (S. 12 BÄK-Stellungnahme). Überregionale und lokale Faktoren könnten kurzfristig eintreten und seien nur eingeschränkt vorhersehbar (S. 12 BÄK-Stellungnahme).

Gemäß § 136b Abs. 3 S. 1 SGB V-E obliegt es dem G-BA, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorzusehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.

Weiterhin spielt die Qualität nun auch in der Krankenhausvergütung eine wichtige Rolle. Durch das KHSG sollen Qualitätszu- und -abschläge eingeführt werden. Voraussetzung für die Anwendung dieser Instrumente ist nach dem Gesetzentwurf, dass die Leistungen in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht wurden. Die BÄK verlangt, dass eine unabhängige wissenschaftlich begleitete Evaluation vor der bundesweiten Einführung von Qualitätszuschlägen auf der Basis der vom G-BA in den nächsten Jahren noch zu entwickelnden spezifischen Qualitätsindikatoren veranlasst wird (S. 14 BÄK-Stellungnahme). Die DKG hält die Qualitätszu- und -abschläge für systemfremd. In keinem Bereich der Gebührenordnungen im Gesundheitswesen seien vom Erfolg der Behandlungen abhängige Vergütungsdispositionen vorge-

sehen, sodass die rechtssichere Ausgestaltung zu bezweifeln sei (S. 20 DKG-Stellungnahme).

Ein weiteres Instrument des Gesetzes sind Qualitätsverträge zur hochwertigen Krankenhausversorgung. Durch die Einführung dieser in § 110a SGB V-E soll erprobt werden, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Diese Verträge sind zu befristen. § 110a Abs. 2 SGB V-E regelt, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 bis spätestens zum 31. Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge vereinbaren.

Nach § 136b Abs. 6 SGB V-E sollen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zudem patientenfreundlicher aufbereitet werden. Gemäß dieser Norm sind in einem speziellen Berichtsteil die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und insbesondere zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Für leitende Krankenhausärzte ist die Regelung in § 135c SGB V-E wichtig. Danach fördert die DKG im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der BÄK Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.

Die Nichteinhaltung der Qualität bleibt nicht folgenlos. Der G-BA verfügt dabei über ein Sanktionsinstrumentarium. Nach § 137 SGB V-E ist er ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unter-

stützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein

1. Vergütungsabschläge,
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 nicht erfüllt sind,
3. die Information Dritter über die Verstöße,
4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung.

Die BÄK sieht in diesen Formulierungen eine Kriminalisierung der Krankenhäuser und einen Rückschritt der Qualitätssicherung zu einem „mechanistischen Verständnis der Erzeug- und Messbarkeit von Qualität, welcher der Komplexität der medizinischen Versorgung und den Prinzipien moderner Organisationsentwicklung nicht gerecht wird.“ (S. 16 BÄK-Stellungnahme).

Dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) obliegt es gemäß § 275a Abs. 1 SGB V-E unangemeldete Qualitätskontrollen durchzuführen. Nach § 275a Abs. 2 S. 3 SGB V-E können Gegenstand dieser Kontrollen sein:

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c SGB V,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Der MDK hat in diesem Zusammenhang umfangreiche Zutritts- und Einsichtnahmerechte, sowie das Recht zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten.

Neue Vorgaben zur Mengensteuerung

In starkem Zusammenhang mit den Vorschriften zur Qualitätssicherung stehen die neuen Vorgaben zur Mengensteuerung. Hier wurde ein 2-Stufen-Konzept ins Gesetz gegossen. Auf einer 1. Stufe werden flankierende Maßnahmen eingesetzt. Insbesondere obliegt es dem G-BA, Regelungen zur Einholung von Zweitmei-

nungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen zu entwerfen. Die Vertragsparteien müssen im Jahr 2016 für das Jahr 2017 die Bewertung von voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlen absenken oder abstufen. Im Jahr 2017 soll die Mengensteuerung nicht mehr die Landes- sondern die Krankensebene betreffen (§ 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 Abs. 13 und § 4 Abs. 2b KHEntgG-E). Daher entfällt die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert. Mengenbezogene Kostenvorteile von Mehrleistungen werden bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt. Nach dem Gesetzentwurf wird mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankensebene im Jahr 2017 die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft. Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 unterliegen jeweils dem bisherigen 3-jährigen Mehrleistungsabschlag. Für das Jahr 2017 und die Folgejahre neu vereinbarte zusätzliche Leistungen unterfallen dem neuen Fixkostendegressionsabschlag (S. 63 f. des Entwurfs).

Reform der Krankenhausfinanzierung

Auch im Rahmen der Krankenhausfinanzierung sind verschiedene Aspekte für den Radiologen interessant, bzw. können sich auswirken. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen erhalten gemäß § 17 b Abs. 1a Nr. 1 KHG-E Zuschläge. Diese sind abhängig von der vorgehaltenen Notfallstruktur. Demgegenüber müssen Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, Abschläge hinnehmen. Die Zu- und Abschläge sind bis zum 30.06.2017 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt gemäß § 136c Abs. 4 S. 1 SGB V-E ein gestuftes System zur Notdienststruktur im Krankenhaus. Danach sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen. Dadurch sollen Krankenhäuser mit einer hohen Notfallbelastung in Zukunft besser gestellt werden. Die höchste Stufe soll da-

bei nach der Entwurfsbegründung Maximalversorgern vorbehalten bleiben (S. 99 des Entwurfs). Die BÄK hält eine solche tiefe Differenzierung für unrealistisch und empfiehlt die Streichung der Vorschrift (S. 15 BÄK-Stellungnahme).

Zudem wird die Finanzierung von Mehrkosten, die durch Beschlüsse oder Richtlinien des G-BA ausgelöst werden und noch nicht in die DRG oder den Landesbasisfallwert eingeflossen sind, novelliert. Durch das KHSG wird hier die Möglichkeit zu krankenhausindividuellen Zuschlägen geschaffen.

Auch bei den Sicherstellungszuschlägen werden die Rahmenbedingungen modifiziert. Dabei handelt es sich um bedarfsnotwendige Kapazitäten, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden. Hierbei sind nach § 5 KHEntgG-E auch regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Das System der Landesbasisfallwerte soll durch das KHSG neu justiert werden. Es wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor geregelt. Die Grenzen des Korridors nach § 10 Abs. 8 S. 1 KHEntgG-E betragen - 1,02 bzw. + 2,5% ober bzw. unterhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts. 2016 soll die Anhebung der Landesbasisfallwerte mindestens auf die untere Korridorergrenze erfolgen. Ähnliches soll auch bei den Landesbasisfallwerten geschehen, die die obere Korridorergrenze überschreiten. Allerdings sollen diese während einer 5-jährigen Konvergenzphase die obere Korridorergrenze erreichen. Die Große Koalition prognostiziert dahingehend Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rund 70 Millionen € im Jahr 2016, rund 60 Millionen € im Jahr 2017, rund 50 Millionen € im Jahr 2018, rund 45 Millionen € im Jahr 2019 und rund 40 Millionen € im Jahr 2020 (S. 45 des Entwurfs).

Der Strukturfonds – mögliche Zusatzmittel für Krankenhäuser



Durch das KHSG soll durch Änderung des § 12 Abs. 1 KHG-E ein Strukturfonds geschaffen werden. Dieser soll Umstrukturierungen in der Krankenhausversorgung ermöglichen. Seitens des Bundes werden 500 Millionen € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Strukturfonds übertragen. Diese Maßnahme ist jedoch einmalig. Projekte aus dem Strukturfonds werden jedoch dual finanziert. Sie müssen gemäß § 12 Abs. 2 Nr. 2 KHG-E in gleicher Höhe durch die Länder finanziert werden. Dabei werden Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds nicht auf die sonstige Investitionsförderung angerechnet, dürfen aber auch noch nicht vor dem 01.01.2016 begonnen haben (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 KHG-E) Im Rahmen der Eckpunkte zu einer Krankenhausreform vom 05.12.2014 haben sich die Länder dazu bekannt. Sollten sich auch die privaten Krankenversicherungen beteiligen, erhöht sich das Volumen.

Die Maßnahmen, die durch den Strukturfonds gefördert werden können, sind gemäß § 12 Abs. 1 KHG-E zahlreich. Damit können Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, die Umwandlung von Krankenhäusern in sogenannte nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen gefördert werden.

Die Mittelverwaltung des Strukturfonds wird gemäß § 12 Abs. 2 KHG-E durch das Bundesversicherungsamt (BVA) übernommen. Beim BVA sind auch die entsprechenden Anträge zu stellen.

Die Einführung des Strukturfonds wird auch von der BÄK begrüßt, jedoch der angestrebte Abbau der stationären Versorgung abgelehnt. Vielmehr käme es auf regional bedarfsgerechte Strukturänderungen an (S. 5 BÄK-Stellungnahme). Die DKG

billigt ihm nur ergänzenden Charakter zu (S. 17 DKG-Stellungnahme).

Fazit



Der Entwurf der KHSG enthält auf der Finanzierungsebene viele für Krankenhäuser wichtige Punkte. Sowohl das Pflegestellen-Förderprogramm als auch der Strukturfonds bedeuten zusätzliche Mittel für die Kliniken. Ob diese für eine auskömmliche Finanzierung ausreichen, darf mit Recht bezweifelt werden. Der grundsätzliche Ansatz, Qualität (und Wettbewerb) zu erhöhen ist nicht falsch. Die Frage ist allerdings, inwieweit mögliche Qualitätsindikatoren wirklich einzelne Krankenhäuser bewerten können. Die Verschränkung krankenhausplanerischer Kompetenzen zwischen den eigentlich zuständigen Ländern und dem G-BA ist – mit Blick auf verfassungsrechtliche Vorgaben – zumindest als kritisch zu bewerten. Das Gesetzgebungsverfahren und insbesondere das Verhalten des Bundesrats werden hier zu beobachten sein. Gerade der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass er die Eingriffe in die Krankenhausplanung der Länder im Wege des Sozialrechts nicht für hinnehmbar hält [BR-Drs. 217/15(B)]. Insgesamt hätten viele Regelungen noch bedeutend klarer sein können. Dafür stehen beispielhaft die neuen Vorschriften zu den Kontrollbefugnissen des MDK.

*Lic. iur. can. Urs Fabian Frigger
Rechtsanwalt*

*Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststraße 40
48151 Münster*