

Vorlage-Nr. 14/703

öffentlich

Datum: 03.08.2015
Dienststelle: Fachbereich 84
Bearbeitung: Frau Stephan-Gellrich, Herr Thewes

Krankenhausausschuss 3	31.08.2015	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 2	01.09.2015	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 4	02.09.2015	zur Kenntnis
Krankenhausausschuss 1	10.09.2015	zur Kenntnis
Gesundheitsausschuss	11.09.2015	zur Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

**GKV-Versorgungsstärkungsgesetz-GKV-VSG/
Krankenhausstrukturgesetz**

Kenntnisnahme:

Der Bericht zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und zum
Krankenhausstrukturgesetz wird gemäß Vorlage Nr. 14/703 zur Kenntnis genommen.

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten: Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

Zusammenfassung:

Die Verwaltung berichtet über den Stand der Gesetzgebung in Bezug auf wesentliche Rechtsänderungen im Krankenhausbereich.

Der Bundesrat hat am 10.07.2015 abschließend über das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in der vom Deutschen Bundestag am 11.06.2015 beschlossenen Fassung beraten und das Gesetz ohne Anrufung des Vermittlungsausschusses passieren lassen. Für die LVR-Kliniken könnten sich positive Auswirkungen auf folgende Bereiche ergeben:

- Erleichterte Gründungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in kommunaler Trägerschaft. Künftig sollen diese auch in der Rechtsform des Eigenbetriebs möglich sein
- Neue Standards für Psychiatrische Institutsambulanzen
Zukünftig ist es auch möglich diese außerhalb von Klinikstandorten zu betreiben, wenn dies für die Versorgung notwendig ist.
- Verbesserungen und Erleichterungen für Verträge zur Integrierten Versorgung und Disease Management Programme (DMP)
- Neue ambulante Behandlungsformen in Medizinischen Behandlungszentren für geistig behinderte Erwachsene

Ebenfalls am 10.07.2015 hat sich der Bundesrat im ersten Durchgang mit dem Krankenhausstrukturgesetz beschäftigt und eine umfassende Stellungnahme zu dem Gesetz beschlossen.

Bereits nach Vorliegen des Referentenentwurfs hatten neben den Landschaftsverbänden zahlreiche Spitzenverbände in einem gemeinsamen Brief das Bundeskanzleramt angeschrieben und ihrer Kritik an den Plänen Ausdruck verliehen. Parallel fanden viele Protestveranstaltungen von Beschäftigten und öffentlichkeitswirksame Aktionen von Krankenhäusern statt. Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages findet am 07.09.2015 statt. Danach folgen am 15./16.10.2015 die 2. und 3. Lesung im Bundestag. Nach dem 2. Durchgang im Bundesrat am 06.11.2015 soll das Gesetz zum 01.01.2016 in Kraft treten.

Primär hat das Gesetz Auswirkungen auf die somatischen Krankenhäuser. Insofern sind die LVR-Kliniken mit den neurologischen Abteilungen sowie der LVR-Klinik für Orthopädie von dem Gesetzesvorhaben betroffen. Im Wesentlichen verschlechtern sich die Bedingungen für die Erbringung von Mehrleistungen, die nach dem Gesetzesentwurf schlechter finanziert werden sollen, da sie wesentlich länger und nur anteilig durch die Krankenkassen refinanziert werden müssen. Ebenso wird es nach dem Gesetzentwurf weiterhin keine Refinanzierung der tatsächlichen Kostensteigerungen für die Krankenhäuser geben. Damit verschlechtern sich die Rahmenbedingungen für die deutschen Krankenhäuser erheblich.

Das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung im Bereich der investiven Kostenfinanzierung wird ebenfalls nicht gelöst. Davon sind alle LVR-Kliniken betroffen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bereitet in Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften für den 23.09.2015 eine zentrale Protestkundgebung in Berlin vor. Gleichzeitig sind landesweit regionale Protestveranstaltungen geplant. Die LVR-Kliniken werden sich an diesen Aktionen beteiligen.

Begründung der Vorlage Nr. 14/703:

1. Einleitung:

In den zurückliegenden Monaten wurden wichtige gesundheitspolitische Reformvorhaben angestoßen und abgeschlossen. Die beiden wichtigsten Gesetze für die LVR-Kliniken werden im Folgenden näher erläutert und in Bezug auf ihre Auswirkungen beleuchtet.

2. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Mit dem am 10.06.2015 vom Bundestag verabschiedeten Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Versorgungsstärkungsgesetz) setzt der Gesetzgeber zahlreiche Maßnahmen um, die bereits in dem Koalitionsvertrag vom 27.11.2013 vereinbart worden sind (Vorlage 13/3415).

Am 10.07.2015 hat auch der Bundesrat das Gesetz beschlossen, so dass es dem Bundespräsidenten zur Ausfertigung und anschließenden Verkündung zugeleitet wird. Nach der Verkündung wird es in Kraft treten.

Inhaltliche Schwerpunkte des Versorgungsstärkungsgesetzes sind unter anderem die Sicherstellung der flächendeckenden ambulanten Versorgung (z.B. werden die Regelungen für die Zulassungen weiterentwickelt und durch einen Strukturfonds werden Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten geschaffen), die Stärkung der Versorgungseffizienz und die Einrichtung eines Innovationsfonds, mit dem ab 2016 mit jährlich 300 Mio. € neue Versorgungsformen (Telemedizin, Modelle zur Delegation und Substitution von Leistungen) finanziert und mit 75 Mio. € die Versorgungsforschung gefördert werden sollen. Außerdem regelt das Gesetz zahlreiche weitere Details wie die Ausweitung von Selektivverträgen, die Angleichung von Heilmittelpreisen, Änderungen beim Praxisaufkauf oder die Regelung von Wartezeiten für Facharzt-Termine.

Die psychotherapeutische Versorgung soll reformiert werden. Dazu erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, die Psychotherapierichtlinien bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten mit dem Ziel, dass obligatorische psychotherapeutische Sprechstunden eingerichtet und Gruppentherapien gefördert werden sowie das Antrags- und Gutachterverfahren vereinfacht wird (§ 92 SGB V). Dies entspricht weitgehend Vorschlägen, die die Ersatzkassen im Vorfeld der Gesetzgebung gemacht haben.

Darüber hinaus können die Krankenkassen zukünftig keine Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen geltend machen.

2.1 Auswirkung auf Krankenhäuser

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. sind die Krankenhäuser insbesondere von folgenden Maßnahmen betroffen:

a) Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die Einschränkung auf schwere Verlaufsformen wird für onkologische und rheumatologische Erkrankungen aufgehoben. Der G-BA wird zudem beauftragt, zwei

Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen die Auswirkungen hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit sowie der Erforderlichkeit einer Anpassung zu prüfen. Der Bestandsschutz für Krankenhäuser nach § 116b SGB V a. F. wird auf drei Jahre verlängert.

Es wird klargestellt, dass die Unterbrechung des Fristlaufs im Falle der Anforderung ergänzender Unterlagen durch den erweiterten Landesausschuss im Anzeigeverfahren nicht zu einem Neubeginn der Frist führt.

b) Zweitmeinungsverfahren

Es wird ein gesetzliches Zweitmeinungsverfahren etabliert, bei dem auch die zugelassenen Krankenhäuser zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt sind. Der G-BA bestimmt, für welche planbaren Eingriffe ein Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung besteht und legt eingriffsbezogene Anforderungen an die Leistungserbringer fest. Auch die Möglichkeit der telemedizinischen Zweitmeinungserbringung wird berücksichtigt. Die Beschlussfassung zur Beschreibung und Bewertung der Leistungen für die Einholung einer Zweitmeinung im EBM ist durch den Bewertungsausschuss in der durch Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft erweiterten Besetzung zu fassen (gemäß § 87 Abs. 5a SGB V).

c) Entlassmanagement

Das Ordnungsrecht für Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements wird erweitert. Zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen verordnen und bei der Verordnung maßgeblicher ambulanter Leistungen werden die Krankenhäuser den Vertragsärzten gleichgestellt (für einen Zeitraum von 7 Tagen). Damit unterliegen die Krankenhäuser auch den gleichen leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen. Die Einzelheiten zum Entlassmanagement (Voraussetzung, Art und Umfang) werden in einer dreiseitigen Vereinbarung gemäß § 115 SGB V geregelt.

d) Terminservicestellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten. Sie sollen Versicherten mit einer Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Facharzt vermitteln. Nach dem Ablauf der Frist muss den Versicherten ein Behandlungstermin in einem Krankenhaus angeboten werden. Die Behandlung durch das Krankenhaus umfasst auch notwendige Folgebehandlungen. Im Bundesmantelvertrag sind zudem die grundsätzlichen Rahmenbedingungen (z. B. zumutbare Entfernung) zu regeln.

Der Auftrag der Terminservicestellen zur Vermittlung von entsprechenden Behandlungsterminen in der psychotherapeutischen Versorgung gilt ab Inkrafttreten der Regelungen zur psychotherapeutischen Sprechstunde in der Psychotherapie-Richtlinie (Beschlussfassung ist dem G-BA für den 30. Juni 2016 vorgegeben), spätestens ab dem 1. Januar 2017.

e) Hochschulambulanzen

Die Ermächtigung von Hochschulambulanzen erfolgt nun per Gesetz. Es ist keine Begrenzungsregelung der Behandlung im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang enthalten, ebenso kein Überweisungsvorbehalt für diese Ermächtigungsgrundlage. Für

die Versorgung von Personen, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Erkrankung eine Untersuchung durch die Hochschulambulanzen bedürfen, ist eine dreiseitige Bundesvereinbarung über die Definition dieses Patientenspektrums sowie über Ausnahmen des grundsätzlich bestehenden Überweisungsgebots zu schließen. Darüber hinaus umfasst das zu versorgende Patientenspektrum der neuen Ermächtigungsgrundlage seltene Erkrankungen. Die Vergütung der Hochschulambulanzen soll zukünftig die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Der Investitionskostenabschlag ist zudem auf maximal 5 % begrenzt.

f) Medizinische Versorgungszentren

Die Gründungsmöglichkeiten für medizinische Versorgungszentren werden weiterentwickelt. So wird es nun den Kommunen ermöglicht, künftig ein MVZ zu gründen und so aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern. Ebenso können nun arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren gegründet werden.

g) Innovationsfonds

Es wird ein Innovationsfonds eingerichtet, durch den u. a. die Möglichkeit zur Refinanzierung von Folgenabschätzungen im G-BA Prozess besteht. Zur Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung wird beim G-BA ein Innovationsausschuss eingerichtet. Der Kreis der Antragsteller ist unbegrenzt.

h) Medizinische Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung

Die Einrichtung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird ermöglicht. Die Vergütung erfolgt unmittelbar durch die Krankenkassen.

i) Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt

Es erfolgt eine Klarstellung zur Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich zur Vermeidung willkürlicher Ausschlüsse durch die Krankenkassen vor Ort.

j) Bewertung von NUB mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

Ein frühes Nutzenbewertungsverfahren für NUB-Leistungen hoher Risikoklassen (auch aktive, implantierbare Medizinprodukte) wird beim G-BA eingeführt. Demnach haben Krankenhäuser, die erstmalig einen NUB-Antrag zu einem betroffenen Medizinprodukt stellen, dem G-BA zeitgleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinproduktes zu übermitteln. Der G-BA muss daraufhin auf Basis der übermittelten Daten kurzfristig eine Nutzenbewertung vornehmen. Kann der Nutzen nicht hinreichend belegt werden, aber die Methode unter Anwendung des Medizinproduktes hat das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative, erfolgt eine Erprobungsstudie (Ausnahme: ausreichend Studien bereits vorhaben).

Der Anspruch des Krankenhauses auf ein NUB-Entgelt ist für diese Fälle detailliert geregelt.

k) Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden Fachärzte

Die zu fördernden Stellen werden von 5.000 auf 7.500 erhöht. Zudem wird eine stärkere Koordination der Fördermittel auf Bundesebene vorgesehen sowie die Verpflichtung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Anzahl der Stellen nicht begrenzen dürfen. Die Förderung umfasst auch die grundversorgenden Fachärzte (bundesweit bis zu 1.000 Stellen). Eine Definition der grundversorgenden Fachärzte soll zwischen DKG, GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vereinbart werden. Die Vertragsparteien haben die Möglichkeit, bis zu 5 % der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, zu nutzen.

l) Ambulante Notfallversorgung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden zur Kooperation mit den Krankenhäusern für die ambulante Notfallversorgung verpflichtet.

m) Gemeinsamer Bundesausschuss

Es wird eine jährliche Berichtspflicht (jeweils zum 31. März) des Gemeinsamen Bundesausschusses an den Gesundheitsausschuss des Bundestages eingeführt. In diesem Bericht sind die Einhaltung der Fristen sowie bei Überschreitung der Fristen die eingeleiteten Maßnahmen und die Schwierigkeiten, die zur Fristüberschreitung geführt haben, darzulegen.

n) Ermächtigung von Krankenhäusern bei Unterversorgung

Der Zulassungsausschuss muss Krankenhäuser zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn der Landesausschuss eine eingetretene Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt hat. Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.

o) Psychiatrische Institutsambulanzen

Für räumlich und organisatorisch nicht an das Krankenhaus angebundene Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen wird eine erleichterte Ermächtigungsregelung geschaffen. Außenstellen können ermächtigt werden, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ambulante psychiatrische und psychosomatische Versorgung sicherzustellen. Ein Feststellungsbescheid über eine drohende oder bestehende Unterversorgung wird dabei nicht vorausgesetzt.

2.2 Bewertung aus Sicht des Landschaftsverbandes

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verfolgt das begrüßenswerte Ziel, eine gut erreichbare, flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten in allen Regionen Deutschlands auf hohem Niveau sicherzustellen. Gleichzeitig stärkt es die Patientenrechte und verbessert die Versorgungsqualität. Mit dem Gesetz wird die bestehende Pluralität der Versorgungsakteure und -strukturen aufgenommen, gewürdigt und weiterentwickelt.

Die Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland sind von den Maßnahmen nur mittelbar betroffen.

Hervorzuheben sind die erleichterten Gründungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Kommunen können ein MVZ nun auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen. Bisher war die Gründung eines MVZ nur in der privatrechtlichen Gesellschaftsform der GmbH möglich, da die Gemeindeordnung NRW an die nach § 95 beizubringende Bürgschaftserklärung hohe Anforderungen gestellt hat. Die anderen Rechtsformen, in denen MVZ betrieben werden können (Personengesellschaften und eingetragene Genossenschaften), eignen sich nicht für den Landschaftsverband. Ebenso entfällt jetzt das Zustimmungserfordernis der Kassenärztlichen Vereinigungen. Mit der Einführung von fachgruppengleichen MVZ werden psychotherapeutische Versorgungszentren ermöglicht.

Ebenso werden die Voraussetzungen für die Erteilung der Ermächtigung für Psychiatrische Institutsambulanzen gelockert. Zukünftig können Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung ermächtigt werden, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um die Versorgung sicherzustellen. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann so eine bessere psychiatrische Versorgung gewährleistet werden.

Die Änderungen zur Regelung der besonderen Versorgung (früher: Integrierte Versorgung) werden begrüßt. Es ist zu hoffen, dass diese zu einem neuen Schub der fachübergreifenden Versorgung führen wird. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird dem G-BA vorgegeben, bis zum 31.12.2016 weitere geeignete chronische Erkrankungen festzulegen, für die strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programm) entwickelt werden sollen und insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depression entsprechende Richtlinien für strukturierte Behandlungsprogramme zu erlassen.

Bedauerlich ist, dass im Zusammenhang mit Medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung nicht ausdrücklich klargestellt wird, dass dies diagnostische und therapeutische Angebote für körperliche und psychische Erkrankungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen umfasst. Damit hätte verdeutlicht werden können, dass mit der Einrichtung dieser spezifischen Medizinischen Behandlungszentren nicht nur den besonderen Herausforderungen bei der Diagnostik und Behandlung von körperlichen Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen Rechnung getragen werden soll, sondern auch ein Versorgungsangebot zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen geschaffen wird.

Solch ein spezialisiertes Angebot ist dringend notwendig, da die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Deutschland unzureichend ist (Dlubis-Mertens, 2005). Dies ist besonders bedenklich, da die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, bei Menschen mit Behinderungen erhöht ist.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit der gesetzliche Handlungsspielraum auch von den Beteiligten genutzt werden kann. Dies wird in den Gesetzesformulierungen durch die

Wörter „kann“ bzw. „können“ oder „soweit notwendig“ offengelassen. So könnte es ggf. Beschränkungen dahingehend geben, dass die Gründung von MVZ durch Kommunen lediglich in unterversorgten Bereichen ermöglicht wird oder die Zulassung von weiteren dezentralen Institutsambulanzen dadurch beschränkt wird, dass eine notwendige Versorgung nicht nachgewiesen werden kann.

3. Krankenhausstrukturgesetz

Der Bundesrat hat am 10.07.2015 im 1. Durchgang ebenfalls über den Regierungsentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes beraten.

Dieses Gesetz hatte in erster Lesung am 02.07.2015 den Bundestag passiert und war zur weiteren Beratung in den Gesundheitsausschuss verwiesen worden.

Bereits mit Vorliegen des Referentenentwurfs Ende April diesen Jahres gab es zahlreiche kritische Stimmen auf Seiten der Krankenhäuser und ihrer Verbände.

Parallel fanden viele Protestveranstaltungen von Beschäftigten und öffentlichkeitswirksame Aktionen von Krankenhäusern statt.

Der gemeinsame Brief von Wohlfahrtsverbänden, Landschaftsverbänden, Krankenhausgesellschaften und kommunalen Spitzenverbänden an das Kanzleramt ist als **Anlage 1**, die Stellungnahme der DKG als **Anlage 2** beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung eine umfassende Stellungnahme beschlossen, die wesentliche Forderungen der Krankenhäuser aufgreift.

Die Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages findet am 07.09.2015 statt. Danach folgen am 15./16.10.2015 die 2. und 3. Lesung im Bundestag. Nach dem 2. Durchgang im Bundesrat am 06.11.2015 soll das Gesetz zum 01.01.2016 in Kraft treten. Es bleibt abzuwarten, wie das weitere Gesetzgebungsverfahren verläuft und welche Änderungen noch erfolgen werden.

Primär hat das Gesetz Auswirkungen auf die somatischen Krankenhäuser. Insofern sind die LVR-Kliniken lediglich mit den somatischen Abteilungen sowie der LVR-Klinik für Orthopädie von dem Gesetzesvorhaben betroffen. Im Wesentlichen verschlechtern sich die Bedingungen für die Erbringung von Mehrleistungen, die nach dem Gesetzesentwurf schlechter finanziert werden sollen, da sie wesentlich länger und nur anteilig durch die Krankenkassen refinanziert werden müssen. Ebenso wird es nach dem Gesetzesentwurf weiterhin keine Refinanzierung der tatsächlichen Kostensteigerungen für die Krankenhäuser geben. Damit verschlechtern sich die Rahmenbedingungen für die deutschen Krankenhäuser massiv.

Große Hoffnung wurde in die Neuordnung der Investitionskostenförderung gesetzt. Der Gesetzesentwurf sieht aber lediglich einen Strukturfonds aus Bundesmitteln vor, der die Schließung oder Umwandlung von Krankenhäusern fördert. Dies auch nur dann, wenn die Bundesländer einen Beitrag in gleicher Höhe wie der Bundesanteil erbringen. Das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung der Investitionskosten, insbesondere im Bereich der Neu- und Umbauten oder Sanierung von Kliniken, bleibt damit auch weiterhin bestehen. Davon sind auch die psychiatrischen Kliniken des LVR massiv betroffen.

Überaus ärgerlich ist die vorgesehene Regelung, dass die psychiatrischen Kliniken verpflichtet werden sollen, die vereinbarten PsychPV-Stellen zur Gänze nachweisen zu müssen, obwohl die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet sind, die tatsächlichen Kosten dieser Stellen zu refinanzieren. Damit bleibt das Risiko von Personalkostensteigerungen allein bei den psychiatrischen Kliniken. Gegebenenfalls wären nach dieser Regelung Personalkosten für nicht besetzte Stellen zurückzuzahlen, obwohl die Krankenkassen dieses Geld gar nicht zur Verfügung gestellt haben.

Es bleibt zu hoffen, dass durch die Proteste der Verbände noch wesentliche Teile des Gesetzes verändert werden. Der LVR-Klinikverbund hat sich deswegen dazu entschlossen, sich an dem Protest gegen das Gesetz aktiv zu beteiligen. Für den 23.09.2015 ist unter Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften eine zentrale Protestkundgebung in Berlin geplant. Zeitgleich sollen landesweit regionale Protestveranstaltungen stattfinden.

Die Verwaltung wird über das Ergebnis berichten.

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i



Herrn Kanzleramtsminister
 Peter Altmaier
 Bundeskanzleramt
 Willy-Brandt-Str. 1
 10557 Berlin

Düsseldorf, 03.06.2015

Sehr geehrter Herr Minister,

noch im Juni soll die Krankenhausreform im Bundeskabinett verabschiedet werden. Wir möchten Sie dringend bitten, darauf hinzuwirken, dass die Beschlussfassung im Bundeskabinett nicht erfolgt, wenn an dem Referentenentwurf nicht wesentliche Veränderungen vorgenommen werden.

In unseren Krankenhäusern lösen die Pläne der Bundesregierung allergrößten Unmut und eine Welle von Kritik und Empörung aus. Die Hintergründe dieser Kritik sind in der beigefügten Präambel aus der Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf dargestellt (Anlage). Diesen Kritikpunkten schließen wir uns inhaltlich voll an.

Auf die drei wesentlichen Problembereiche des Krankenhauswesens – die Finanzierung des Personalbedarfs, die Finanzierung der Notfallambulanzen, die Bereitstellung von Investitionsmitteln – gibt diese Reform nicht nur keine Antwort, sondern verschärft diese zum Teil auch noch. Eine detaillierte Analyse der vorgesehenen Finanzierungsmaßnahmen bringt hervor, dass durch den Wegfall des Versorgungszuschlages von 500 Mio. Euro zusammen mit überzogenen Kürzungen bei neu vereinbarten Leistungen alleine im Wahljahr 2017 ein Kürzungsvolumen von ca. 1 Mrd. Euro initiiert wird.

Angesichts der großen Probleme vieler Krankenhäuser, überhaupt die tarifbedingten Personalkostensteigerungen finanzieren zu können, ist dies ein absolut inakzeptables Vorhaben der Bundesregierung. Das bedeutet auch in Zukunft, dass das Krankenpflegepersonal seine Teilhabe an der allgemeinen Einkommensentwicklung mit seinem Arbeitsplatz bezahlen muss.

Eine Verbesserung der Personalsituation ist vor dem Hintergrund auch mit dem beabsichtigten Pflegeförderprogramm nicht erkennbar.

Das Reformkonzept enthält auch keine Ansätze zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Bewältigung der großen Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinischen Fortschrittes. Sie schwächt durch überzogene Bürokratie und Kontrollen die medizinische Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und entzieht Arbeitskräfte der unmittelbaren Versorgung am Patienten.

Sollte der Referentenentwurf so vom Bundeskabinett beschlossen werden, würden sich die 2.000 Krankenhäuser zu bundesweiten Protestaktionen über den Sommer und bis zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens im Herbst mit allen verfügbaren Mitteln veranlasst sehen.

Wir möchten ausdrücklich betonen, dass unsere Krankenhäuser bereit und Willens sind, einige der in dem Reformkonzept angesprochenen Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Qualität und Patientensicherheit zu unterstützen. Dazu brauchen die Krankenhäuser aber personelle und investive Ressourcen. Das Reformkonzept muss grundlegend überarbeitet werden.

Wir haben die eindringliche Bitte, eine Reform mit neuen finanziellen und bürokratischen Lasten für die Krankenhäuser nicht zu beschließen.

Mit freundlichem Gruß



Jochen Brink
Präsident der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen



Matthias Blum
Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

Anlage



Präambel

zur

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

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

vom 12. Mai 2015

Im Mittelpunkt einer konstruktiven Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für das Krankenhauswesen muss die konsequente Patientenorientierung stehen. Dazu gehört vor Allem die Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenhausmedizin und deren Ausrichtung auf die wachsenden Anforderungen des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und der Erwartungen der Bürger an die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Dafür müssen Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, den kranken Menschen persönliche Zuwendung und Empathie in bestmöglichem Maße entgegenbringen zu können. Hierfür erforderlich wären deutlich bessere Personalausstattungen in den Krankenhäusern. Nur wenn es gelingt, mehr als bisher vor allem junge Menschen zur Ausbildung und dauerhaften Beschäftigung in den Gesundheitsberufen und insbesondere in der Pflege zu begeistern, kann die drohende massive Personallücke im Gesundheitswesen geschlossen werden. Den zentralen Erfordernissen einer so verstandenen konsequenten Patienten- und Personalorientierung wird dieser Referentenentwurf nicht gerecht. Dazu wäre die Absicherung der Finanzierung des Personalbedarfs erforderlich.

Dem gegenüber wird mit dem Referentenentwurf die Problematik der Unterfinanzierung des gegenwärtigen Personalbestandes von 1,2 Mio. Mitarbeitern nicht gemindert und keine Perspektiven für die Finanzierung des wachsenden Personalbedarfs geliefert - auch nicht durch das Personalförderprogramm für die Pflege. Die Kürzung des Versorgungszuschlages im Jahr 2017 entzieht den Krankenhäusern 500 Mio. Euro und damit weit mehr als über das Förderprogramm Mittel bereitgestellt werden. Dieser Referentenentwurf verfestigt die knappe Personalausstattung in den Krankenhäusern. Auch in Zukunft werden Tariflohnzuwächse und mögliche Vergütungszuwächse zu Lasten des Personals in den Krankenhäusern in eklatanter Weise auseinanderklaffen.

Auch die mit dieser Reform beabsichtigte Qualitätsoffensive bleibt im Wesentlichen eine politische Absichtserklärung solange die für Qualität und Patientensicherheit erforderlichen Ressourcen - eine bedarfsgerechte Personalfinanzierung und eine bedarfsgerechte und zukunftsgerichtete Investitionsfinanzierung - nicht bereitgestellt werden.

Die Krankenhäuser sind die zentrale Säule der ambulanten Notfallversorgung zu jeder Tag- und Nachtzeit. Die Kosten für die umfassenden Notfall-Leistungen der Krankenhäuser werden in keinsten Weise sachgerecht vergütet. Die nachgewiesene Unterdeckung von 1 Mrd. Euro bleibt bei dieser Reform ebenfalls ohne Lösung.

Keinem dieser zentralen Erfordernisse wird dieser Referentenentwurf gerecht. Im Gegenteil. Den Krankenhäusern werden durch neue Kürzungsvorgaben bei den jährlichen Vergütungsanpassungen und durch überzogene Vergütungsabschläge bei den sehr wohl begründeten medizinischen Leistungszuwächsen neue Lasten und Erschwernisse auferlegt. Die neuen gesetzlichen Vorgaben stehen im Widerspruch zu den in § 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes formulierten Mindestanforderungen, dass sich ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus über die regelhaften Preisanpassungen und staatlichen Investitionsmittelbereitstellungen refinanzieren können muss.

Ursächlich für die absoluten Unzulänglichkeiten des Referentenentwurfs sind die am Koalitionstisch offensichtlich bestehenden Einschätzungen,

- dass so viel wie möglich Krankenhäuser geschlossen werden sollten,
- dass mit allen verfügbaren Mitteln von Krankenhäusern erbrachte Leistungen verhindert werden sollen und
- dass mit Qualitätsabschlägen und MDK-Kontrollen der Qualität nachgeholfen werden müsse.

Mit solchen Bekundungen aus dem Kreise der Entscheider über die Reformmaßnahmen ist eine erschreckende Distanz zur tatsächlichen Problemlage in den Krankenhäusern und zu den Erfordernissen einer zukunftsgerichteten Gesundheitspolitik in der Koalition festzustellen. Die aus diesen Einschätzungen abgeleiteten Instrumente im Referentenentwurf, mit denen die finanziellen Mittel selbst für das Personal der Krankenhäuser so knapp wie möglich gehalten werden sollen, der steigende Leistungsbedarf unzureichend finanziert werden soll und Qualitätsanforderungen hochgeschraubt werden, ohne die Krankenhäuser über entsprechende Personal- und Investitionsausstattungen in die Lage zu versetzen, diese auch flächendeckend zu erreichen, zerstören Vertrauen. Ohne grundlegende Änderungen kann diese Krankenhausreform bei den Trägern der Krankenhäuser und bei den Organisationen der 1,2 Mio. in den Krankenhäusern beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine Akzeptanz finden.

Appell an die Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen

Die Krankenhäuser appellieren an die Mitglieder der Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen, umfassende Korrekturen an dem Referentenentwurf mit einer Neuausrichtung auf die tatsächlichen Erfordernisse vorzunehmen. Dabei muss die dauerhafte Überführung des Versorgungszuschlages zur Absicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser, der Verzicht auf neue Kürzungskomponenten bei den Landesbasisfallwerten und eine faire Finanzierung des steigenden Leistungsbedarfes ebenso vorgenommen werden, wie die Lösung des grundsätzlich und nicht mehr länger akzeptablen Investitionsproblems. Dazu müssen die Bundesländer ihre gesetzlichen Verpflichtungen erfüllen. Aber auch mehr Bundesmittel müssen für Investitionen in den Krankenhäusern bereitgestellt werden.