

Düsseldorf/Münster, 19. August 2014

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
am 27. August 2014:**

Zweites Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)

Gemeinsame Stellungnahme der Ärztekammer Nordrhein und der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Das KHGG NRW ist 2007 mit dem Leitgedanken einer strukturellen krankenhausrrechtlichen Öffnung entstanden, als sich das neue Entgeltsystem noch in der Etablierungsphase befand und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowie das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gerade in Kraft getreten waren.

Das neue Entgeltsystem sollte über ökonomische Anreize zu einer Konzentration auf Kernkompetenzen und damit zu einer Profilbildung auf Seiten der Krankenhäuser führen. Ineffizienzen sollten abgebaut und die Versorgung im Ganzen – ökonomisch wie qualitativ – vorangebracht werden.

Inzwischen werden jedoch die Anreizeffekte, die von den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen ausgehen, zunehmend kritisch diskutiert. Diese kritischen Anreizeffekte werden zusätzlich verstärkt, weil die Krankenhausfinanzierung durch die Bundesländer immer deutlicher hinter dem notwendigen Mindestmaß zurückbleibt.

Die aktuelle bundespolitische Diskussion stellt daher zu Recht die Frage nach der künftigen Krankenhausfinanzierung in Verbindung mit einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung in den Vordergrund. Wir begrüßen in diesem Zusammenhang die Beteiligung von Nordrhein-Westfalen an der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausversorgung. Die Bundesärztekammer hat mit Blick auf diese Beratungen differenzierte Vorschläge sowohl zur Reform der Krankenhausfinanzierung als auch zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung unterbreitet (siehe Anlagen). Diesen Kontext sollte auch die Novelle des KHGG NRW berücksichtigen.

Daher begrüßen wir es, dass bereits mit dem auf der Grundlage des KHGG NRW erstellten Krankenhausplan 2015 klare Schritte in eine qualitätsorientierte Planung gegangen werden konnten, die Nordrhein-Westfalen bundesweit eine Vorreiterrolle eingebracht haben. Wir begrüßen es zudem, dass mit dem 2. Änderungsgesetz des KHGG NRW diese Entwicklung

fortgesetzt wird und weitere Akzente in Richtung einer qualitätsorientierten Krankenhausversorgung gesetzt werden.

Um dieses Ziel wirksam zu erreichen, sind jedoch an einigen Stellen des vorliegenden Entwurfes noch Ergänzungen und Änderungen erforderlich, die nachstehend im Einzelnen erläutert werden.

1. Qualitätstransparenz auf Landesebene stärken

Das KHGG NRW hat § 7 völlig neu gefasst. Das 2. Änderungsgesetz ergänzt ihn weiter zu „Transparenz und Qualitätssicherung“. Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen wettbewerblichen Öffnung des Krankenhausbereichs stellt der neue § 7 eine landesgesetzliche Ergänzung qualitätssichernder Maßnahmen dar. Er soll einen Beitrag zur Patienten- und Qualitätsorientierung durch Erhöhung von Transparenz leisten. Gerade unter den derzeitigen Rahmenbedingungen sehen wir im § 7 eine aus unserer Sicht unentbehrliche Option, im Bedarfsfall auf Landesebene zielgerichtete qualitätsfördernde Akzente setzen zu können und plädieren aus diesem Grund für eine noch verbindlichere Fassung. Diese könnte erreicht werden, wenn im letzten Satz des § 7 Abs. 1 *können* durch *sollen* ersetzt würde.

Darüber hinaus sollte in § 7 Abs. 2 die Ermächtigung des Ministeriums nicht mit einer abschließenden Fristsetzung verbunden werden. Die derzeitige Formulierung lässt den Schluss zu, dass Qualitätsmerkmale und -indikatoren durch das Ministerium ohne Befassung im Landesausschuss gesetzt und vor allem nach dem 30. Juni 2015 nicht mehr durch den Landesausschuss vorgeschlagen werden können. Dieser abschließende Charakter wäre nicht hilfreich, da ja durchaus zu einem späteren Zeitpunkt Regelungsbedarf in Bereichen entstehen kann, der bis zum 30. Juni 2015 noch nicht erkennbar gewesen sein mag. Wir schlagen daher vor, „bis zum 30. Juni 2015“ durch „*bis spätestens 12 Monate nach Erstbefassung im Landesausschuss*“ zu ersetzen.

2. Irreführende Außendarstellung im Interesse eines transparenten und fairen Qualitätsvergleichs zwischen Krankenhäusern nicht zulassen

Im Sinne der *Transparenz* darf es mit § 7 aus unserer Sicht nicht bei dem Anspruch belassen werden, Informationen, die Qualitätsaussagen ermöglichen, bereitzustellen. § 7 muss um einen Absatz erweitert werden, der Krankenhäusern in der Außendarstellung die Werbung mit Tätigkeitsschwerpunkten untersagt, für die kein im entsprechenden Krankenhaus hauptamtlich angestellter Arzt eine abgeschlossene Weiterbildung verfügt.

Durch den Wegfall der so genannten „Teilgebietsplanung“ stehen Krankenhäusern größere Spielräume bei der Entfaltung des eigenen Leistungsspektrums insbesondere in den beiden großen Gebieten „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ zur Verfügung. Krankenhäuser sollten selbst gewählte Tätigkeitsschwerpunkte, die über die Ausführungen in den Planungsbescheiden hinausgehen, aber nur dann in Ankündigungen oder Werbung darstellen dürfen, wenn mindestens ein Arzt mit der entsprechenden Bezeichnung an dem betreffenden Krankenhaus tätig ist – sofern es sich um Bezeichnungen handelt, die auch in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern geregelt sind. So sollte ein Krankenhaus mit Bezeichnungen wie „Schmerztherapie“ oder „Schlafmedizin“ nur dann werben dürfen, wenn dort auch mindestens ein Facharzt tätig ist, der eine entsprechende Bezeichnung führt. Analoge Regelungen gelten nach der Berufsordnung der Kammern schon jetzt für niedergelassene Ärzte.

Wirbt ein Krankenhaus in der Außendarstellung mit Bezeichnungen, ohne dass ein Facharzt mit entsprechender Qualifikation am Haus tätig ist, halten wir dies für eine Irreführung der Patientinnen und Patienten. Wir empfehlen daher die anstehende Änderung des KHGG NRW für eine Klarstellung – bspw. durch Einfügen eines § 7 Abs. 4 – mit in etwa folgendem Wortlaut zu nutzen: *Krankenhäusern ist die Werbung mit in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern aufgeführten Weiterbildungs- und Zusatzweiterbildungsbezeichnungen untersagt, solange nicht mindestens ein Arzt oder eine Ärztin hauptamtlich im betreffenden Krankenhaus beschäftigt ist, der bzw. die zum Führen der Bezeichnung berechtigt ist.*

Ebenso sollte eine klarstellende Ergänzung im Hinblick auf die Verwendung der Bezeichnung „Zentrum“ in das 2. Änderungsgesetz aufgenommen werden. Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 18.01.2012 in bemerkenswerter Deutlichkeit betont, dass mit dem Begriff „Zentrum“ eine besondere Bedeutung und Größe einer Einrichtung in Verbindung stehen muss. In Fällen, in denen diese Bedeutung und Größe nicht gegeben ist, ist auch aus unserer Sicht die Verwendung der Bezeichnung „Zentrum“ als nicht sachgerecht und irreführend anzusehen.

3. Qualitätsorientierte Planung gesetzlich klarer verankern

Mit dem KHGG NRW steht im Bereich der Planung als wesentlichste Änderung der Wegfall der *Schwerpunktfestlegungen* in Verbindung. Damit wurde insbesondere die sogenannte „Teilgebietsplanung“ aufgegeben. Ziel soll einerseits eine Straffung des Planungsprozesses sein. Andererseits soll den Krankenhäusern ein breiterer struktureller und wirtschaftlicher Entscheidungsspielraum eröffnet werden, um sich in einem stärker wettbewerblich geprägten Umfeld behaupten zu können. Damit einhergehen müssen Kriterien oder Mindeststandards für eine qualitativ hochwertige und auch zukünftig medizinisch und wirtschaftlich tragfähige stationäre Versorgung festzulegen.

Der Krankenhausplan 2015 greift diese ausgleichende Steuerung über Qualitätskriterien auf. Im Erstellungsprozess haben sich aber immer wieder Diskussionen über die rechtliche Tragfähigkeit dieses Ansatzes ergeben, so dass aus unserer Sicht eine rechtliche Konkretisierung hilfreich wäre, die folgenden Wortlaut haben könnte:

Die Vorgaben zur Qualität können dabei insbesondere Festlegungen zur Notfallversorgung und zur Qualifikation, Zahl und zeitlichen Verfügbarkeit des Fachpersonals umfassen.

4. Strukturverantwortung des Landes für die Innere Medizin und die Chirurgie sichern

Über diese Qualitätskriterien hinaus sollte aus unserer Sicht die Steuerungskompetenz des Landes auch für Festlegungen unterhalb der Gebietsebene eine rechtliche Konkretisierung erfahren.

Festlegungen ausschließlich auf Gebietsebene bieten gerade in den beiden großen Gebieten Chirurgie und Innere Medizin, die 60 Prozent der stationären Kapazitäten in Nordrhein-Westfalen und damit das Gros des Leistungsgeschehens repräsentieren keine hinreichende Gewähr für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und leistungsfähigen Krankenhausversorgung. Denn diese beiden Gebiete wurden mit der letzten großen Novellierung der Weiterbildungsordnung in acht Facharztkompetenzen (Chirurgie) bzw. eine Facharzt- und neun Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen (Innere Medizin) differenziert, die zuvor zum Teil den Status eines Gebiets oder „Teilgebiets“ hatten. In der breiten Differenzierung beider

Gebiete spiegelt sich die Spezialisierung in der Medizin und damit in weiten Teilen der medizinische Fortschritt wider. Eine Entwicklung, die sich mit dem krankenhausplanerischen Rückzug auf das Gebiet selbst nicht ausreichend abbilden, diese Fortschritte möglicherweise sogar nicht im möglichen Umfang zur Entfaltung kommen lässt.

Zwar lässt das KHGG NRW schon jetzt im Rahmen der regionalen Planungskonzepte nach § 14 KHGG NRW – wie zwischenzeitlich auch gerichtlich bestätigt wurde – Festlegungen unterhalb der Gebietsebene zu, dennoch sollte auch hier eine inhaltliche Klarstellung erfolgen, die als Einfügung nach § 14 KHGG NRW Abs. 1 Satz lauten könnte:

Im Bedarfsfall, insbesondere zur Gewährleistung einer medizinisch abgestimmten Versorgungsstruktur, können vom zuständigen Ministerium Festlegungen auch unterhalb der Gebietsebene getroffen werden.

5. Beteiligungsmöglichkeiten verbessern

Die Einbindung der Beteiligten nach § 15 KHGG NRW erfolgt im Planungsprozess derzeit erst spät, so dass eine konstruktive Mitwirkung gerade bei der Entwicklung von regionalen Planungskonzepten, die mehrere Krankenhäuser umfassen, nur sehr eingeschränkt möglich ist. Wir empfehlen daher nach § 14 Abs. 2 Satz 3 folgende Einfügung:

Die Beteiligten nach § 15 KHGG NRW sind vom zuständigen Ministerium über die Aufnahme der Verhandlungen in Kenntnis zu setzen.

6. Zusammenarbeit gezielt fördern

Wir halten es für sinnvoll, den besonderen Betrag nach § 23 Abs. 1 auch für die Förderung von besonderen Investitionen, die sich aus der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern untereinander oder mit anderen Beteiligten ergeben können, festzusetzen. In diesem Sinne ist an § 23 Abs. 1 anzufügen:

Ein besonderer Betrag kann auch für Zwecke des § 8 Abs. 1 festgesetzt werden, soweit durch die Zusammenarbeit die Leistungsfähigkeit der regionalen Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der im Krankenhausplan bestimmten Aufgaben gefördert wird.

7. Abteilungsärztinnen und -ärzte und ihre Stellvertretungen müssen Facharztstatus haben

Im Hinblick auf die bereits im Vorangegangenen beschriebene stärkere Verankerung von Strukturkriterien zur Sicherung der Versorgungsqualität plädieren wir dafür § 31 Abs. 2 Satz 2 folgendermaßen zu ergänzen:

... und muss über eine abgeschlossene Weiterbildung in der für die Abteilung ausschlaggebenden Disziplin (Gebiet bzw. Schwerpunkt) verfügen. Dies gilt auch für den Stellvertreter/ die Stellvertreterin.

8. Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter fair beteiligen

Wir halten es für erforderlich, dass die Beteiligung von ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Erlösen aus der Privatliquidation im KHGG NRW verankert wird. Gerade wegen der unzureichenden zivilrechtlichen Durchsetzbarkeit dieses Anspruches und veränderter Rahmenbedingungen durch neue Chefarztvertragsformen

(Abtretung des Liquidationsrechts) sehen wir einen Regelungsbedarf. Im einschlägigen Beschluss des 115. Deutschen Ärztetags wurde die rechtlich schwierige und nicht eindeutige Ausgangslage dargestellt und als gangbarer Lösungsansatz auf das novellierte Krankenhausgesetz in Rheinland-Pfalz verwiesen.

§ 27 Abs. 1 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz besagt:

(1) Der Krankenhausträger stellt bei der Einstellung sicher, dass die liquidationsberechtigten Ärztinnen, Ärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Liquidationsberechtigte) von ihren Einnahmen aus Nebentätigkeit Beträge an das Krankenhaus zur Weiterleitung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der genannten Berufsgruppen (ärztliche und psychotherapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) abführen. Soweit bereits abgeschlossene Verträge eine Mitarbeiterbeteiligung nicht vorsehen, hat der Krankenhausträger die rechtlichen Möglichkeiten einer entsprechenden Anpassung dieser Verträge auszuschöpfen. Beamtete Liquidationsberechtigte in Krankenhäusern sind verpflichtet, von ihren Einnahmen aus Nebentätigkeit Beträge zur Weiterleitung an die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuführen.

Weitere Bestimmungen zur Beteiligung von ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Erlösen aus der Privatliquidation sind in den §§ 27 - 29 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz niedergelegt (siehe Anlage). Wir halten eine entsprechende Regelung für Nordrhein-Westfalen, ggf. in angepasster Form, für geboten.

Mit freundlichen Grüßen
i. A.



Ulrich Langenberg
Geschäftsführender Arzt
der Ärztekammer Nordrhein



Dr. med. Markus Wenning
Geschäftsführender Arzt
der Ärztekammer Westfalen-Lippe



**Positionen
der Bundesärztekammer
zur
Krankenhausfinanzierung**



Präambel

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 in Hannover hat in seinem Leitantrag sowie mit einer Vielzahl gesonderter Entschlüsse die fortwährende Unterfinanzierung im Krankenhausbereich und die daraus resultierende wachsende Überregulierung und Kommerzialisierung scharf kritisiert:

Als dringend reformbedürftig sieht die deutsche Ärzteschaft einerseits das G-DRG-Fallpauschalensystem sowie die geplante Einführung pauschalierter Entgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) an. Beide Vergütungssysteme sollten in ihrer im Falle des G-DRG-Fallpauschalensystems bereits bestehenden und im Falle des PEPP geplanten durchgreifenden Bedeutung als Mengen- und Preissystem für den wirtschaftlichen Bestand der Krankenhäuser dringend überdacht und in eine ihren Möglichkeiten besser entsprechende Rolle gebracht werden. Damit könnten

- ökonomische Fehlanreize behoben werden,
- die mit der derzeitigen Anwendung des G-DRG-Systems einhergehenden und mit der künftigen Anwendung des PEPP-Systems zu erwartenden bürokratischen Überbelastungen vermieden werden und
- durch eine gezieltere und bedarfsgerechtere Bereitstellung der benötigten Mittel die primäre Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung an den individuellen Patientenbedürfnissen wieder hergestellt werden.

Weiteren erheblichen Reformbedarf sieht die deutsche Ärzteschaft bei der Investitionsförderung für Krankenhäuser:

Die nach den gesetzlichen Vorgaben aus den klammen Landeshaushalten zu finanzierenden Mittel der Investitionsförderung für Krankenhäuser sind seit 1991 um rund 30 Prozent gesunken. Das daraus entstandene Defizit beläuft sich bundesweit auf über 30 Milliarden Euro.

Dadurch werden die Krankenhäuser dazu gezwungen, die für die Aufrechterhaltung einer innovativen medizinischen Versorgung erforderlichen Investitionen immer häufiger und immer länger zurückzustellen. Die Krankenhäuser müssen erforderliche Gelder für unaufschiebbare Investitionen mittlerweile fast regelhaft aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen für die kurative Behandlung abzweigen. Dies geht direkt zu Lasten der Patientenversorgung, des in den Krankenhäusern beschäftigten ärztlichen und nichtärztlichen Personals sowie der Innovationskraft und internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Deutschlands.

Die Bundesärztekammer appelliert daher dringend an die Regierungskoalition, sich die nachfolgenden Positionen der Bundesärztekammer zur Reformierung der Krankenhausfinanzierung in der Legislaturperiode 2013 bis 2017 zu eigen zu machen und in geeigneter Weise gesetzlich umzusetzen.



1. Umfassende Reform des G-DRG-Fallpauschalensystems

Nach übereinstimmender Studienlage haben bereits über 46 Prozent der Krankenhäuser im Jahr 2012 defizitär gearbeitet. Auch das Jahr 2013 wird nach mehreren Umfragen für gut die Hälfte der deutschen Krankenhäuser zum Verlustjahr werden. Dieses Problem betrifft nicht nur kleine und mittlere Krankenhäuser sondern auch Maximalversorger. So erwarten nach Angaben des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) auch 45 Prozent der Uniklinika im Jahr 2013 ein Defizit. Nach dem RWI-Krankenhaus-Rating-Report 2013 sind rund 30 Prozent der Krankenhäuser bereits unmittelbar oder kurzfristig insolvenzgefährdet. Diese Lage ist kein Ausdruck einer mangelnden Wirtschaftlichkeit deutscher Krankenhäuser sondern vielmehr die Konsequenz einer Jahr für Jahr zunehmenden Schieflage der Krankenhausfinanzierung zu Lasten von Patienten sowie dem ärztlichen sowie nichtärztlichen Personal der Krankenhäuser.

Wesentliche Gründe hierfür liegen neben den bereits angesprochenen separat behandelten Problemen der Krankenhausinvestitionsförderung in der Art des Einsatzes des G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland. Anders als in der Mehrheit der DRG-Systeme anwendenden Länder setzt Deutschland sein G-DRG-Fallpauschalensystem nicht als Bemessungsgrundlage nur indirekt für die Verhandlung der stationären Erlösbudgets ein. In seiner Rolle als direktes Preissystem werden die G-DRG-Fallpauschalen mit ihrer Mengen- und Preisentwicklung vielmehr zu dem für das wirtschaftliche Überleben der Krankenhäuser fast ausschließlichen Bestimmungsfaktor.

Neben dem Umstand, dass das G-DRG-System auch bei stärkster Differenzierung der Fallpauschalen nicht dazu geeignet sein wird, Extremkostenfälle sachgerecht abzubilden, schlägt insbesondere die Unfähigkeit des G-DRG-Systems, auf aktuelle Kostenentwicklungen zu reagieren, von Jahr zu Jahr zum stärkeren Nachteil für die Krankenhäuser durch. So hat sich durch die im G-DRG-System unmögliche Einpreisung der aktuellen Tariflohnentwicklung im Jahr 2013 eine im Vergleich mit dem Vorjahr um 7,3 Prozent größere Tariflohn-Erlös-Schere zum Nachteil der Krankenhäuser in Höhe von 3,6 Milliarden Euro ergeben. Partielle Ausgleichs durch Reparaturgesetze, wie zuletzt durch das Beitragsschuldengesetz sind nicht dazu geeignet, dieses Problem auf Dauer zu beheben, insbesondere, wenn noch weitere kurzfristige Kostensteigerungen, wie z. B. durch die Energieumlagen im Zusammenhang mit der Energiewende und die im medizinischen Bereich, insbesondere in der Geburtshilfe, explodierenden Haftpflichtversicherungskosten dazu treten.

Auch die Kosten für die Vorhaltung von Leistungen im Zusammenhang mit der Sicherstellung der Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen oder zur Gewährleistung einer angemessenen Personalbesetzung der Krankenhäuser ist über den bestehenden Ansatz des G-DRG-Systems nicht zu leisten: Aufgrund des Bevölkerungsmangels in strukturschwachen Regionen unterausgelastete Krankenhäuser können sich aus den G-DRG-Vergütungen nicht kostendeckend finanzieren.



Darüber hinaus werden für die stationäre Versorgung benötigte aber aufgrund des zunehmenden ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräftemangels an deutschen Krankenhäusern nicht besetzte Stellen bei der DRG-Kalkulation nicht berücksichtigt. Dies mündet bei ungeänderter Handhabung des G-DRG-Systems in eine systematische "Abwärtskalkulation", welche die wirtschaftlich problematische Situation der Krankenhäuser zusätzlich forciert.

Ein weiteres Problem besteht in der mit dem G-DRG-System verbundenen überbordenden bürokratischen Belastung: Nach der gesetzlichen DRG-Begleitforschung werden mindestens 11 Prozent der Krankenhausfälle Jahr für Jahr einer Fallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterzogen, Tendenz zunehmend! Wer die damit einhergehende immense bürokratische Befassung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal auf Krankenhaus- wie auch auf Krankenkassenseite dadurch gerechtfertigt sieht, dass eine erhebliche Anzahl der Krankenhausabrechnungen strittig sei und die fehlerhaften Abrechnungen darunter korrigiert werden müssten, verkennt möglicherweise den Umstand, dass das G-DRG-System mit seinen vielfältigen Dokumentationsanforderungen (DRG-Fallpauschalenkatalog, Diagnosedokumentation nach ICD-10-GM, Operationenschlüssel nach § 301 SGB V, Deutsche Kodierrichtlinien, G-DRG-Pflegedokumentation) und vieler Abrechnungsregelungen, u. a. Wiederaufnahmeregelungen und Verlegungsregelungen zu einer derart komplexen Materie geworden ist, dass eine große Mehrheit des ärztlichen und nichtärztlichen Personals dieses System nicht mehr hinreichend durchschaut und die Folge von Abrechnungsfehlern zunehmend systemimmanent angelegt wird.

Jüngstes Beispiel für eine medizinisch und ökonomisch in Bezug auf die betroffenen Einzelfälle keinesfalls nachvollziehbare Anpassung des G-DRG-Systems ist die durchgreifende Veränderung der sogenannten "PCCL-Systematik" (Patient Clinical Complexity Level), welche die Berücksichtigung aufwandsstarker Nebendiagnosen im G-DRG-System ab sofort deutlich erschwert. Die damit vorprogrammierte "Entwertung" der Nebendiagnosen im G-DRG-Fallpauschalensystem darf nicht dazu führen, dass Krankenhäuser bei der gegebenen finanziellen Schieflage unter Druck geraten, immer mehr Nebendiagnosen aufzuschreiben, um diese Entwertung auszugleichen. Vielmehr sollte dieser neuerliche Eingriff in die Systematik des G-DRG-Fallpauschalensystems dafür zum Anlass genommen werden, das System durch eine Vereinfachung und Entbürokratisierung in seiner Handhabung zu vereinfachen und seine Transparenz und Aussagekraft in Bezug auf Längsschnittvergleiche durch eine längere Konstanthaltung einer vereinfachten Fallgruppensystematik zu erhöhen.

Zur Behebung bzw. zur Verminderung der oben bezeichneten Problematik des G-DRG-Systems fordert die Bundesärztekammer in Entsprechung der Entschlüsse des 116. Deutschen Ärztetages folgende Maßnahmen:

Das G-DRG-Fallpauschalensystem ist in seiner bisherigen Rolle als für die wirtschaftliche Entwicklung der Krankenhäuser durchschlagend verbindliches Preis-Mengensystem überfordert. Weil das G-DRG-System aufgrund seiner empirischen



Anlage aktuelle Kostenentwicklungen, mehrheitlich Kostensteigerungen aus der Gegenwart und mindestens zwei Vorjahren nicht berücksichtigt, ist das sich auf Grundlage des jahresbezogenen gültigen G-DRG-Systems ergebende Preis-Mengen-Gerüst in Multiplikation mit dem für den Standort des jeweiligen Krankenhauses jeweils zutreffenden Orientierungswert bei künftigen Verhandlungen des DRG-Erlösbudgets des Krankenhauses lediglich als Untergrenze im Sinne eines Bemessungs- und Benchmarkinstrumentes für die Festlegung und künftige Abrechnung des Krankenhauserlösvolumens zu Grunde zu legen.

In Ergänzung zur Bemessung und Abrechnung von Teilen des Krankenhauserlösvolumens über das G-DRG-System sind künftig ausreichende Ermessensspielräume für die regionale/lokale Vereinbarung von Vergütungen insbesondere für

- die Sicherstellung der wohnortnahen Krankenhausbehandlung in strukturschwachen Regionen,
 - die unmittelbare Reaktion auf Tarifierungsanpassungen, Anpassungen von Haftpflichtversicherungen, Energieumlagen und sonstigen bedeutsamen Entwicklungen,
 - begründete normative Ausgleiche der "G-DRG-Emperie" zum Beispiel zur Behebung des Ärzte- und Fachkräftemangels und zur Sicherung des Bestandes angemessener Weiterbildungskapazitäten,
 - die besondere Förderung der Qualität, Hygiene, der belegärztlichen Versorgung, Fortbildung und Personalentwicklung,
 - die Finanzierung von Extremkostenfällen und
 - die Finanzierung der Transplantationsmedizin,
- zu schaffen.

Im Falle der Umsetzung des vorgeschlagenen Wandels des G-DRG-Fallpauschalensystems von einem unmittelbaren Preissystem in ein Krankenhauserlösbemessungsinstrument könnten auch die im internationalen Vergleich in Deutschland sehr hohen Anforderungen an die Differenzierung des G-DRG-Systems bezüglich seiner Fallgruppenzahl, seiner Fähigkeit zur ergänzenden Differenzierung nach aufwandsträchtigen Nebendiagnosen, seiner Zusatzentgelte und der Berücksichtigung weiterer besonderer Tatbestände gesenkt werden. Dies muss zu einer durchgreifenden Vereinfachung des Systems genutzt werden. Spätestens anlässlich der oben angesprochenen medizinisch wie ökonomisch fragwürdigen Anpassung der PCCL-Systematik des G-DRG-System sollte des Weiteren erwogen werden, die Art und die Anzahl der im Zusammenhang mit der DRG-Dokumentation und –Abrechnung anzugebenden Nebendiagnosen zu verringern. Damit könnte auch dem besonderen Schutzbedarf der Patientendaten von



Patientinnen und Patienten mit potenziell diskriminierenden Diagnosen Rechnung getragen werden.

Durch die vorgeschlagene Vereinfachung des G-DRG-Systems kann zugleich das Auftreten von Fehlinterpretationen in der Anwendung Abhilfe geschaffen werden. Zusätzlich sollte die Anzahl der MDK-Fallprüfungen gesetzlich von aktuell rund 11 Prozent aller Krankenhausfälle auf maximal 3 Prozent aller Krankenhausfälle reduziert werden.

Zugleich mit der Reform des G-DRG-Fallpauschalensystems sollte auch die seinerzeit mehrheitlich formale, niemals jedoch finanziell adäquat umgesetzte Eingliederung der prä- und poststationären Versorgung in die G-DRG-Fallpauschalen rückgängig gemacht werden: Die Kosten der prä- und poststationären Behandlungen sind im G-DRG-System nicht hinreichend berücksichtigt. Eine separate Abrechnung ist für die prästationäre Versorgung nur dann möglich, wenn eine stationäre Aufnahme in deren Anschluss nicht erfolgt. Im Fall der poststationären Versorgung ist eine zusätzliche Vergütung zur G-DRG-Fallpauschale auf wenige Ausnahmefälle begrenzt. Auch in den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen findet sich keinerlei Berücksichtigung des prä- bzw. poststationären Versorgungsaufwandes. Dies führt angesichts des sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung als auch in der stationären Versorgung bestehenden ökonomischen Drucks immer wieder zu Irritationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Patientenversorgung an der ambulant/stationären Schnittstelle. Ungewollter Leidtragender dieser Irritation ist oftmals die Patientin bzw. der Patient. Um dieses Problem zu beheben, muss die Eigenständigkeit der Erbringung, Abrechnung und extrabudgetären Vergütung von prä- und poststationären Leistungen unter gleichberechtigten Kautelen für die jeweils leistungserbringenden Krankenhäuser und Vertragsärzte wieder hergestellt werden.

2. Reform des Psych-Entgeltsystems

Mit der PEPPV 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013) wurde eine im Vergleich mit der Einführung der G-DRG-Fallpauschalen sehr ähnliche gesetzliche Perspektive für die Entwicklung und Einführung eines pauschalierenden Entgeltes für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen geschaffen. Dieses Vorhaben wurde trotz des entschiedenen Widerstandes der betroffenen ärztlichen sowie medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Interessenvertretungen und Krankenhäuser durchgesetzt.

Ein maßgeblicher – übrigens sowohl kostenträger- als auch leistungsträger-übergreifender – Kritikpunkt ist die mangelnde Aussagekraft bzw. Nutzbarkeit der vorhandenen ICD-10-GM- und OPS-301-Kodierungen für die Konstruktion des geplanten pauschalierenden Entgeltsystems. Angesichts dieser Ausgangslage ist die Erfolgsaussicht, einer an den bisherigen Kautelen der Einführung des G-DRG-Fallpauschalensystems in Deutschland orientierten Einführung des PEPP-Systems als gleichermaßen "lernendes System" denkbar schlecht.



Anders als das G-DRG-System, welches aus dem australischen G-DRG-System weiterentwickelt wurde, handelt es sich beim PEPP-System um eine vollständige Neuentwicklung.

Damit ist die Ausgangslage vor PEPP-Einführung mit der damaligen Ausgangslage vor Einführung der G-DRG-Fallpauschalen in keiner Weise vergleichbar.

Aus diesem Grunde appelliert die Bundesärztekammer dringend an die neue Regierungskoalition, die gesetzlich verpflichtende PEPP-Einführung auszusetzen, bis ein in Modellvorhaben an freiwilligen Krankenhäusern validiertes System der aufwandsrepräsentativen Diagnosen- und Prozedurendokumentation sowie eine diesbezüglich geeignete Gruppierungssystematik für angemessene Pauschalvergütungen vorliegt.

Abgesehen hiervon gelten die o. g. Kritikpunkte am Einsatz des G-DRG-Fallpauschalensystems sowie die diesbezüglich unterbreiteten Verbesserungsvorschläge analog für die geplante Rolle des PEPP-Systems. Die Bundesärztekammer fordert daher auch das Psych-Entgeltsystem maximal als Bemessungs- und Benchmarkinstrument für die Festlegung und Abrechnung der Krankenhauserlöse anzulegen. Insbesondere zur Kompensation des sich gerade in der Psychiatrie und Psychosomatik vielfach verstärkt abzeichnenden Fachkräftemangels müssen auch in der Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen bzw. Krankenhäuser normative Möglichkeiten zur Berücksichtigung der qualitativ und quantitativ vorauszusetzen Mindestpersonalanforderungen geschaffen werden.

Weiterhin ist bei der Entwicklung von Vergütungssystemen für psychiatrische bzw. psychosomatische Einrichtungen besonderes Augenmerk darauf zu legen, dass die Nutzung dokumentierter Diagnosen und medizinischer Prozeduren im Falle einer missbräuchlichen Anwendung der Patientendaten ein besonders hohes Risiko einer diskriminierenden Auswirkung zu Lasten der betroffenen Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Aus diesem Grunde und gleichermaßen zur Vorbeugung der aus der Anwendung des G-DRG-Fallpauschalensystems in den somatischen Bereichen der Krankenhausversorgung bekannten zu hohen bürokratischen Belastung muss der Vorläufer des künftigen "Psych-Entgeltsystems" mit hoher Sensibilität konzipiert, evaluiert und validiert werden. Dies scheint mit der gegenwärtigen Perspektive der PPEPV 2013 nicht vereinbar.

3. Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Die Sicherstellung der wohnortnahen stationären Versorgung ist ein essentieller Bestandteil der Daseinsfürsorge in einer solidarischen Gesellschaft. Als gesellschaftspolitische Aufgabe von besonderem Rang ist die Krankenhausplanung daher in der Obhut der Länder richtig zugeordnet. Dies kann jedoch nur funktionieren, wenn die Länder ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Krankenhausinvestitionsfinanzierung wieder vollständig und nachhaltig genügen.



Die Bundesärztekammer appelliert daher dringend an die neue Regierungskoalition, die Länder bei der gegebenen Herausforderung der Bewältigung der europäischen Wirtschaftskrise so zu unterstützen, dass sie ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Krankenhausinvestitionsförderung wieder in vollem Maße gerecht werden können. Hier muss durch eine gemeinsame Bund-Länder-Initiative in einem nationalen Kraftakt gewährleistet werden, dass den Krankenhäusern die notwendigen Investitionsmittel in Höhe von bundesweit jährlich mindestens 6 Milliarden Euro wieder dauerhaft verlässlich zur Verfügung gestellt werden.

Die Bundesärztekammer schlägt vor, dass der Bund hierzu ergänzend zu den Mitteln der Landeskrankenhausinvestitionsförderung weitere Mittel über einen mit Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz konformen Verteilungsmechanismus zur verbindlichen Zuweisung an die Krankenhäuser zur Verfügung stellt. Als Bemessungsgrundlage für die Zuweisung könnte dabei unter anderem die vom Institut für das Entgeltsystem für das Krankenhaus entwickelte DRG-bezogene Investitionskostenkalkulation genutzt werden.

Die gemäß Artikel 14 GSG nach der Wiedervereinigung über 10 Jahre zwischen Bund und Ländern angelegte Finanzierungsmodalität kann hierbei in zeitnah umsetzbarer und bereits bewährter Kern genutzt werden. Im Sinne der bestehenden Verantwortlichkeiten und zur Vereinfachung der Modalitäten sollte eine Artikel 14-analoge Neuregelung auf Bund und Länder unter Verzicht auf eine Beteiligung der GKV begrenzt werden. Die Regelungskompetenzen des Bundes sollten sich auf einige zentrale, insbesondere hinsichtlich der Versorgung in den Ländergrenzgebieten zu berücksichtigende Rahmenbedingungen beschränken, damit die Länder auch in Zukunft im Rahmen der dort zu belassenden Krankenhausplanungskompetenz den sehr unterschiedlichen regionalspezifischen Fragestellungen des stationären Versorgungsbedarf mit der ausreichenden Flexibilität gerecht werden können.

4. Mengentwicklung/Fehlanreize

Die Bundesärztekammer fordert, dass die 2012/2013 forcierte Diskussion zur Thematik Mengentwicklung im Krankenhaus auf einer sachlichen Ebene und vor dem Hintergrund des in Deutschland zu erwartenden Behandlungsbedarfs der Bevölkerung zurückgeführt wird. Die Bezugnahme auf Auswertungen noch in Bearbeitung und methodisch laut Autoren verbesserungsbedürftiger Studien (Präsentation der OECD Daten April 2013) stellt keine sachgerechte Grundlage einer so weitreichenden Diskussion dar. Ein Vergleich ohne entsprechende Alters- und Risikoadjustierung auf Ergebnisgrundlagen aus unterschiedlichsten Kodierprotokollen stiftet unnötig Verwirrung und Verunglimpfung, als zur notwendigen Klarheit beizutragen. Zudem ist davon auszugehen, dass der zukünftige Behandlungsbedarf und die Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitswesen in jedem Mitgliedsland der Europäischen Union sehr unterschiedlich sein dürften. Neben dem in Bearbeitung befindlichen Mengengutachten und dessen ausstehenden Ergebnissen wird es auch um eine gemeinsame Abschätzung des zukünftigen



Versorgungsbedarfs gehen. Die Bundesärztekammer hat zum Schutz gegen mögliche Fehlanreize auf Basis aktueller Vergütungssysteme 2013 Empfehlungen und Einschätzungen zu Bonusverträgen verabschiedet. Diese und weitere Maßnahmen sollen sicherstellen, dass keine externen Faktoren Einfluss auf die ärztliche Entscheidung über Diagnostik und Therapie nehmen.

Die oben stehend unterbreiteten Vorschläge zur Reform des G-DRG-Fallpauschalensystems werden ebenfalls dazu beitragen, ungewünschte Mengenanreize zu beseitigen.

5. Vertragsbeziehungen

Die Bundesärztekammer spricht sich weiterhin nachdrücklich gegen die Einführung von Selektivverträgen als alternatives Steuerungsinstrument aus. Die Einführung der Selektivverträge würde nachhaltig die Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer sowie die Planungssicherheit der Beteiligten gefährden. Für das gesundheitspolitisch übergreifend gemeinsam getragene Ziel einer Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung würden Selektivverträge durch Interessenkonflikte bei der Leistungssteuerung ein erhebliches Hindernis darstellen. Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Kliniken müssen eine klare und verlässliche Planungsgrundlage haben.

6. Ärzte – und Fachkräftemangel überwinden

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung, der Ärzteschaft sowie die schon jetzt bestehende Unterbesetzung in den Kliniken (ca. 8000 ärztliche Stellen können nicht nachbesetzt werden) erfordern gemeinsame Maßnahmen zur Sicherung einer zukünftig angemessenen und ausreichenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Laut einer aktuellen Studie (R. Berger) fehlen schon 2015 175.000 Ärzte- und Fachkräfte im Gesundheitswesen. Neben einer Neujustierung der Zugangsvoraussetzungen zum Studium der Humanmedizin (siehe Entschlüsseungen des 116. Deutschen Ärztetages 2013) muss der zukünftige Bedarf auch auf der Finanzierungsseite abgesichert werden. Dies umfasst eine ausreichende Kapazität an Studienplätzen, den Erhalt der medizinischen Fakultäten sowie die notwendigen Finanzmittel zur Gewährleistung einer Refinanzierung der Personalkosten. Neben der Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung wird die Verfügbarkeit einer guten ärztlichen Versorgung auch zunehmend ein relevanter Standortfaktor für die Zukunftsfähigkeit und Attraktivität von Kommunen.

Auf im Zusammenhang mit dem Facharztmangel notwendige Anpassung des G-DRG-Systems und des Psych-Entgeltsystems wurde oben bereits eingegangen.



7. Analoge Flexibilisierung des Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen

Analog der oben geforderten Flexibilisierung des G-DRG-Fallpauschalensystems muss auch eine stärkere Flexibilisierung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen! Hierzu ist auch der zentral angelegte Verteilungsmechanismus des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs über ein diagnosenbezogenes Klassifikationssystem durch regionale und kassen(arten)spezifische Ermessensspielräume zu ergänzen und zu relativieren.

Durch die Flexibilisierung des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches muss künftig besser gewährleistet werden, dass den regionalspezifischen Anforderungen aus der vertragsärztlichen Versorgung und aus der Krankenhausversorgung durch die Krankenkassen passgenau entsprochen werden kann.

Fehlverteilungen, die dazu führen, dass bestimmte Kassen in ihren Versorgungsbezirken Überschüsse generieren, die dann für Werbemaßnahmen, wie z. B. "Dividendenauszahlungen" an Bestandsversicherte und Neukunden zweckentfremdet werden, andere Kassen in ihren Versorgungsbezirken dagegen noch nicht einmal das notwendige Geld zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten erhalten, müssen beseitigt werden.



Positionen
der Bundesärztekammer
zur
qualitätsorientierten Krankenhausplanung



I. Eine gute und gewissenhafte Patientenversorgung ist der Kern ärztlichen Handelns und ein Anspruch, auf den sich jeder Patient verlassen können muss. Qualität ist damit das Leitkriterium in der Versorgung.

Der Aspekt der Qualität ist in Deutschland in den letzten Jahren immer stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt – auch und gerade im Bereich der Krankenhausversorgung. Denn hier hat insbesondere die Umstellung des Finanzierungssystems zu einer Verlagerung der Schwerpunkte, weg von dem humanen, allumfassenden Versorgungsanspruch hin zu mehr ökonomischen Aspekten geführt.

Die Krankenhäuser müssen sich nunmehr mit unternehmerischem Anspruch in einem sehr viel stärker wettbewerblich geprägten Umfeld bewegen. Dadurch können zwar innovations- und leistungsfördernde Potenziale freigesetzt werden, allerdings ergeben sich auch Fehlanreize zu Lasten der Versorgungsqualität. Er bedarf einer krankenhauplanerischen Flankierung, um zu verhindern, dass mit steigendem ökonomischen Druck und einem ausufernden Wettbewerb letztlich die hohe Qualität der stationären Versorgung in Deutschland gefährdet wird. Die Krankenhausplanung muss hier gegensteuern und Qualitätsstandards einfordern.

Wettbewerb allein führt nicht zu einem Mehr an Versorgungsqualität. Im Gegenteil: Wettbewerb kann auch auf Kosten der Qualität geführt werden:

- Der durch das DRG-System politisch intendierte Preis- und Kosten-Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern fördert eine betriebswirtschaftliche Logik, die an kurzfristigen ökonomischen Zielen ausgerichtet ist. Sie bringt viele Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe in ein Spannungsfeld zu professionellen und ethischen Standards. Der Versorgungsbedarf und die medizinische Qualität der Versorgung stehen nicht mehr notwendigerweise im Vordergrund.
- Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern einer Region hat in den letzten Jahren zum Teil auch Züge unproduktiver und ruinöser Konkurrenz angenommen. Die Dominanz betriebswirtschaftlicher Zwänge droht regionale versorgungspolitische Ziele in den Hintergrund treten zu lassen.
- Diese Dominanz belastet in vielen Krankenhäusern die Kultur der Kooperation innerhalb des ärztlichen Dienstes und zwischen den verschiedenen im Krankenhaus tätigen Berufen sowie mit den Vertragsärzten.

II. Die Bundesländer müssen sich klar zu ihrer Sicherstellungsverantwortung für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung bekennen. Diese wesentliche Daseinsfürsorge darf nicht anderen und erst recht nicht wirtschaftlichen Interessen überlassen werden.

Dies bedeutet zunächst, dass eine ausreichende und bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung zur Verfügung stehen muss. Die rückläufigen Mittel der Länder zur Investitionsfinanzierung führen dazu, dass notwendige Investitionen aus den laufenden Einnahmen, größtenteils also aus den DRG-Erlösen finanziert werden. Diese Mittel fehlen dann für die Finanzierung des für die Versorgung notwendigen Personals und der Sachmittel, und damit für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Einsparungen



durch weitere Rationalisierungen sind ohne Beeinträchtigung der Versorgungsqualität nicht mehr realistisch. Krankenhäuser reagieren auf den Kostendruck u.a. auch mit Spezialisierung auf „lohnende“ und möglichst gut planbare Krankheitsfälle.

Hieraus ergibt sich, dass sich die Krankenhausplanung der Länder den gewandelten Rahmenbedingungen stellen muss. Ein allein auf Kapazitäts- und Standortfestlegungen reduzierter Planungsanspruch wird den bestehenden Herausforderungen nicht (mehr) gerecht. Notwendig ist vielmehr eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung. Dies gilt umso mehr, als Qualitätsvorgaben auf Bundesebene, wie sie etwa der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt, in ihren Effekten dadurch eingeschränkt werden, dass sie auf sehr unterschiedliche Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in den einzelnen Bundesländern treffen.

Ziel muss es sein, eine medizinisch leistungsfähige, patientenorientierte, regional ausgewogene und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Qualität in der Versorgung ist dabei ein Wert an sich und darf nicht als Mittel zum Zweck, bspw. zur bloßen Kosten- oder Kapazitätsreduktion missbraucht werden. In dieser Hinsicht darf sie auch nicht Gegenstand von Selektivverträgen werden, die Strukturentscheidungen den Krankenkassen übertragen, denn diese entscheiden dann in Abhängigkeit von ihren eigenen wirtschaftlichen Erwägungen und strategischen Überlegungen.

Die freie Wahl des Krankenhauses durch die Patientinnen und Patienten ist ein hohes versorgungspolitisches Gut, weil dadurch der Wettbewerb um Qualität gefördert wird. Dies muss eine gute Krankenhausplanung beachten. Während Krankenkassen ihre Entscheidungen auch ihren eigenen unternehmerischen Zielen unterordnen, können und müssen Bundesländer in ihrer Verantwortung für die Krankenhausplanung diese Aspekte der Qualitätssicherung und -förderung in den Vordergrund stellen.

III. Anspruch einer solchen strukturierenden, qualitätsorientierten Krankenhausplanung muss es sein, Kriterien als Mindestanforderungen zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu formulieren.

Solche Kriterien müssen sich im Rahmen der Krankenhausplanung vorrangig auf die Strukturqualität beziehen, da sie fachlich gut begründet, eindeutig und praktikabel (bürokratiearm) umsetzbar sein sowie regionalen Versorgungsanforderungen gerecht werden müssen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung kann nicht und soll nicht die etablierte Qualitätssicherung ersetzen. Sie darf sich ebenso nicht in Detailvorgaben verlieren, sondern muss sich auf zentrale Kriterien konzentrieren, die eine hohe Strukturwirkung entfalten.

Aus ärztlicher Sicht sind Qualitätskriterien vorrangig auf folgenden Ebenen zu konkretisieren:

a) Kompetenz

Ein Versorgungsauftrag kann nur in dem Umfang ausgefüllt werden, in dem die jeweils erforderliche fachärztliche Expertise vorhanden ist. Er ist in diesem Sinne kompetenzgebunden zu erteilen. Die Facharzt-Kompetenz ist ein Kernkriterium in der Strukturqualität, das entscheidenden Einfluss auf die Prozess- und auch Ergebnisqualität



hat. Neben der jeweiligen Gebiets-, Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung kann der Umfang einer Weiterbildungsbefugnis zur Beschreibung des Kompetenz- und Leistungsprofils dienen. Ein wesentliches Argument für dieses Kriterium ist der Aspekt der Patientensicherheit. Der Patient muss sich auf klare Strukturen und Kompetenzen verlassen können.

Daneben muss die Beteiligung an der gesamtgesellschaftlich notwendigen Aufgabe der Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses gefördert werden, indem diese zur Voraussetzung der Aufnahme in den Krankenhausplan und damit des Erhalts öffentlicher Fördermittel für Krankenhäuser gemacht wird. Maßgebend muss dabei die ärztliche Weiterbildung nach den Vorgaben des Weiterbildungsrechts und damit nach den Vorgaben der jeweils zuständigen Ärztekammer sein, die auch die geeigneten Krankenhausärzte zur Weiterbildung befugt.

b) Verfügbarkeit

Neben der ärztlichen Fachkompetenz an sich ist deren Verfügbarkeit ein wesentliches Merkmal der Strukturqualität. Nur mit ihr kann Kontinuität im Behandlungsprozess gewährleistet werden. Zudem muss möglich sein, dass das Krankenhaus die vereinbarte Versorgung auch außerhalb der regulären Dienstzeit sicherstellt, ohne dass der Facharztstandard vernachlässigt wird und ohne dass gegen geltendes Arbeitszeit- und Tarifrecht verstoßen wird.

Eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss daher grundlegende Aussagen zur Anzahl und Verfügbarkeit der entsprechend qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten treffen, die mindestens eine qualifikationsbezogene Festlegung auf der Ebene der Leitung und Stellvertretung umfassen müssen (mindestens die Leitung und ihre Stellvertretung müssen die jeweilige Facharztqualifikation bzw. zusätzliche Qualifikation nach der ärztlichen Weiterbildung haben). Zudem muss die (kooperative) Notfallversorgung geplant werden. Diese umfasst insbesondere die intensivmedizinische Versorgung für Schwerkranke und/oder schwer verletzte Patienten sowie die spezialisierte Notfallversorgung, aber auch die Kooperation mit dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

c) Komplementarität und Kooperation

Mit zunehmender Multimorbidität und Komplexität machen Behandlungsabläufe immer weniger an den Grenzen einzelner Disziplinen Halt. Auch die Notfallversorgung erfordert Interdisziplinarität. Eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss daher Aussagen zum Zusammenwirken einzelner Disziplinen und ergänzender Bereiche (Intensivmedizin) sowie zur Kooperation insbesondere mit anderen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten enthalten. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss sich so zudem kompatibel für eine sektorenübergreifende Versorgungsperspektive zeigen und ggf. auch länderübergreifend organisiert werden. Kooperative Ansätze in der Krankenhausplanung werden durch den zunehmenden Fachkräftemangel besonders im ärztlichen Bereich immer dringlicher.



d) Ausstattung

In bestimmten Disziplinen können Aussagen zur weiteren personellen und/oder technischen Ausstattung sowie zu Prozessabläufen notwendig sein, um zu gewährleisten, dass eine Versorgung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen kann. Diese Aussagen müssen nicht nur die Ausstattung als solches, sondern auch deren tatsächliche Verfügbarkeit – auch hinsichtlich der personellen Besetzung – im Blick haben. Bei speziellen Versorgungsaufträgen (bspw. in der Perinatal- oder der Schlaganfallversorgung) wird es notwendig sein, auf Grund medizinisch- wissenschaftlicher Erkenntnisse diese Kriterien differenzierter zu formulieren.

Perspektivisch darf sich eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung auch nicht verschließen, die Qualität der Indikationsstellung in den Blick zu nehmen und geeignete Verfahren dafür einzubeziehen (z. B. Peer Reviews oder Zweitmeinungsverfahren).

IV. Unter dem Blickwinkel der eingangs beschriebenen wettbewerblichen Dynamik muss die Krankenhausplanung an sich und eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung im Besonderen ein Augenmerk auf die Sicherstellung der Grund- und Notfallversorgung legen.

Krankenhausplanerische Festlegungen müssen dabei

- a) verhindern, dass sich einzelne Plankrankenhäuser zu Lasten (und auf Kosten) anderer Krankenhäuser aus der Notfallversorgung zurückziehen oder die Notfallversorgung anderen Zielsetzungen nachordnen und
- b) gewährleisten, dass Krankenhäuser, die ihre Sicherstellungsaufgaben in der Notfallversorgung wirtschaftlich alleine nicht tragen können, eine benennbare Grundlage haben, auf der sie ökonomische Unterstützung (Sicherstellungszuschläge) geltend machen können. In Bezug auf die Grund- und Notfallversorgung werden zudem Aspekte der Erreichbarkeit und des Zugangs zum Versorgungsangebot zu wesentlichen Kriterien der Strukturqualität.

Nicht außer Acht bleiben darf, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung vor allem im ländlichen Raum besonderer Anstrengungen bedarf. Ohne im Grundsatz von Anforderungen abzurücken, muss die Krankenhausplanung dort, wo dies versorgungsstrukturell erforderlich ist, die notwendige regionale und lokale Flexibilität zulassen.

V. Analytisch lassen sich verschiedene Kriterien für eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung differenzieren.

Analytisch lassen sich die Kriterien für eine strukturierende, qualitätsorientierte Krankenhausplanung differenzieren in:

- a) verbindliche Mindestvoraussetzungen für alle Krankenhäuser/Abteilungen, die im jeweiligen Versorgungsbereich tätig sind oder tätig werden wollen,



- b) Kriterien für krankenhauserische Auswahlentscheidungen zwischen mehreren prinzipiell geeigneten Standorten, Kriterien, über die die Krankenhäuser für Patienten und niedergelassene Ärzte Transparenz herstellen müssen,

- c) allgemeine Ziele für die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft insgesamt.

VI. Die Debatte um die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Richtung einer stärkeren Qualitätsorientierung muss öffentlich geführt werden.

Nur so kann die Transparenz gewährleistet werden, die für die Akzeptanz der konzeptionellen Neuausrichtung auf Seiten aller Beteiligten notwendig ist. Und auch nur so lassen sich politisch und sachlich vertretbare Anpassungen von Strukturen und Kapazitäten an den Versorgungsbedarf vermitteln.

Amtliche Abkürzung:	LKG	Quelle:	
Fassung vom:	28.11.1986	Gliederungs-Nr:	2126-3
Gültig ab:	01.01.2011		
Dokumenttyp:	Gesetz		

Landeskrankenhausgesetz
(LKG)
Vom 28. November 1986

§ 27

Finanzielle Mitarbeiterbeteiligung

(1) Der Krankenhausträger stellt bei der Einstellung sicher, dass die liquidationsberechtigten Ärztinnen, Ärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Liquidationsberechtigte) von ihren Einnahmen aus Nebentätigkeit Beträge an das Krankenhaus zur Weiterleitung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der genannten Berufsgruppen (ärztliche und psychotherapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) abführen. Soweit bereits abgeschlossene Verträge eine Mitarbeiterbeteiligung nicht vorsehen, hat der Krankenhausträger die rechtlichen Möglichkeiten einer entsprechenden Anpassung dieser Verträge auszuschöpfen. Beamtete Liquidationsberechtigte in Krankenhäusern sind verpflichtet, von ihren Einnahmen aus Nebentätigkeit Beträge zur Weiterleitung an die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abzuführen.

(2) Nebentätigkeiten sind für die Liquidationsberechtigten des Krankenhauses die auf der Grundlage eines gesonderten Behandlungsvertrages zu erbringenden Wahlleistungen und die ambulante Tätigkeit, ausgenommen Tätigkeiten im Rahmen des § 120 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbarer Honorarvereinbarungen. Von den Einnahmen aus Nebentätigkeit, die ausschließlich in der Erstellung von Gutachten besteht, sind keine Beträge abzuführen; soweit ärztliche oder psychotherapeutische Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter an der Erstellung dieser Gutachten mitgewirkt haben, werden sie nach freier Vereinbarung an den entsprechenden Einnahmen unmittelbar beteiligt.

(3) Der von den Liquidationsberechtigten abzuführende Betrag wird auf der Grundlage ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen aus den gesonderten Behandlungsverträgen im stationären Bereich und aus der ambulanten Tätigkeit errechnet. Davon ist ein Freibetrag in Höhe ihres jeweiligen Bruttojahresgehalts abzusetzen. Ferner sind die Kosten abzusetzen, die dem Krankenhaus für die Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material erstattet werden müssen; soweit Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses nicht in Anspruch genommen worden sind, können nach Art und Umfang vergleichbare Aufwendungen, die zur Erzielung der Einnahmen aus der Nebentätigkeit erforderlich waren, abgesetzt werden. Außerdem ist abzusetzen der nach beamtenrechtlichen Bestimmungen an den Dienstherrn oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an den Krankenhausträger zu entrichtende Ausgleich für den Vorteil, der den Liquidationsberechtigten dadurch entsteht, dass sie entsprechendes eigenes Personal, Material oder entsprechende eigene Einrichtungen nicht bereitzustellen brauchen.

(4) Von dem nach Absatz 3 errechneten Betrag ist ein Vomhundertsatz abzuführen. Der Vomhundertsatz beträgt bei

bis zu 5 000,00 EUR	5 v.H.,
bis zu 10 000,00 EUR	10 v.H.,
bis zu 15 000,00 EUR	15 v.H.,
bis zu 20 000,00 EUR	20 v.H.,
bis zu 25 000,00 EUR	25 v.H.,
bis zu 30 000,00 EUR	30 v.H.,
bis zu 35 000,00 EUR	35 v.H.,
bis zu 40 000,00 EUR	40 v.H.,
bis zu 45 000,00 EUR	45 v.H.,
über 45 000,00 EUR	50 v.H.

Die Abführung nach einem höheren Vomhundertsatz gemäß Satz 2 darf nicht dazu führen, daß den Liquidationsberechtigten ein geringerer Betrag verbleibt als bei Anwendung eines niedrigeren Vomhundertsatzes. Den Liquidationsberechtigten verbleiben jedoch in jedem Falle 50 v. H. der Bruttoeinnahmen aus Nebentätigkeit nach Abzug der Hälfte des gemäß Absatz 3 Satz 3 Halbsatz 1 abzuführenden Betrages. Das Krankenhaus zieht die abzuführenden Beträge ein.

(5) Die Liquidationsberechtigten rechnen jährlich ihre abzuführenden Beträge ab. Sie legen ihre Einnahmen aus Nebentätigkeit dem zuständigen Krankenhausgremium unaufgefordert offen und geben auf Verlangen weitere Auskünfte. Sie leisten vierteljährlich Abschlagszahlungen in Höhe eines Viertels des voraussichtlichen Endbetrages; als Maßstab kann der Gesamtbetrag des vorangegangenen Jahres herangezogen werden.

§ 28

Verteilung der abzuführenden Beträge

(1) Über die Verteilung der angesammelten Mittel an die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheidet das zuständige, vom Krankenhausträger bestimmte Krankenhausgremium, dem die jeweils gleiche Zahl Liquidationsberechtigter und ärztlicher und psychotherapeutischer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angehören. An den Beratungen hierüber nimmt eine Vertreterin oder ein Vertreter des Krankenhausträgers ohne Stimmrecht teil. Bei der Verteilung sind Leistung, Verantwortung, Gebietsarztseigenschaft, Erfahrung und Aufgaben der ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angemessen zu berücksichtigen. Würde durch die Verteilung der angesammelten Mittel an die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein offensichtliches Missverhältnis zu Leistung und Einkommen der Liquidationsberechtigten entstehen, kann das zuständige Krankenhausgremium beschließen, dass Teile der Abgaben an die Liquidationsberechtigten zurückfließen. Ärztliche und psychotherapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Liquidationsberechtigten, die aufgrund bestehender Verträge keine Beträge abführen müssen (§ 27 Abs. 1 Satz 2), sind von der Verteilung ausgeschlossen. Die Mittel können getrennt nach Fachrichtungen angesammelt und verteilt werden.

(2) Kommt über die Verteilung der angesammelten Mittel eine Entscheidung nicht zustande, entscheidet auf Antrag eines Mitgliedes des zuständigen Krankenhausgremiums eine von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz eingesetzte Schiedsstelle. Die Schiedsstelle kann auch zu der Höhe der abzuführenden Beträge und zu der Verteilung von den Liquidationsberechtigten und den ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses angerufen werden, soweit sie betroffen sind.

(3) Das Krankenhaus verteilt die angesammelten Mittel entsprechend der Entscheidung des zuständigen Krankenhausgremiums oder der Schiedsstelle. Verwaltungskosten sind aus den abgeführten Beträgen zu bestreiten. Soweit Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten sind, führt das Krankenhaus diese an die Beitragseinzugsstellen ab.

§ 29

Abweichende Bestimmungen

(1) Der Krankenhausträger kann von § 27 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 und 4 Satz 5 und Abs. 5 Satz 3 und von § 28 Abs. 1 abweichende Regelungen treffen. Abweichende Regelungen sind der zuständigen Behörde mitzuteilen. Der Krankenhausträger kann auch bestimmen, dass sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, deren Tätigkeit mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vergleichbar ist, nach den §§ 27 und 28 finanziell beteiligt werden.

(2) Die Landesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung abweichende Bestimmungen nach Absatz 1 für beamtete Liquidationsberechtigte und ärztliche und psychotherapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu treffen.

(3) Wird das Liquidationsrecht durch das Krankenhaus ausgeübt, beteiligt es die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den hierdurch erzielten Einnahmen; die Bestimmungen des § 27 Abs. 4 sind entsprechend anzuwenden. Belegärztinnen und Belegärzte beteiligen ihre ärztlichen und psychotherapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unmittelbar nach freier Vereinbarung. Der Krankenhausträger und die Belegärztinnen und Belegärzte können sich mit Zustimmung des zuständigen Krankenhausgremiums der Regelung der §§ 27 und 28 anschließen.

(4) Die Gültigkeit von Verträgen, die zwischen Krankenhausträgern und liquidationsberechtigten Ärztinnen und Ärzten vor Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossen worden sind und in denen auf die §§ 20 bis 22 des aufgehobenen Krankenhausreformgesetzes (§ 43 Abs. 2 Nr. 1) Bezug genommen worden ist, wird nicht berührt.