

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

– Drucksache 18/6537 –

Wirkungen des Wettbewerbs in Krankenhäusern

Vorbemerkung der Fragesteller

Eines der wichtigsten und langfristigen Vorhaben der Bundesregierung im Bereich der Krankenhäuser ist derzeit die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung. Es werden damit unterschiedliche Preise für unterschiedliche Qualitäten stationärer Leistungen geschaffen. Ein marktwirtschaftliches Instrument soll also die Qualität der Leistungen erhöhen.

Es gibt viele Zweifel, ob dieses Ziel so erreicht werden kann. So erscheint die Aufgabe Qualität sachgerecht, risikoadjustiert und rechtssicher zu messen, selbst Befürwortern als eine große Herausforderung, deren Bewältigung einige Jahre in Anspruch nehmen wird. Bevor sich die Vergütung jedoch an Qualitätsmerkmalen orientieren kann, muss diese Aufgabe gelöst sein.

Auf die Schriftliche Frage 46 der Abgeordneten Birgit Wöllert auf Bundestagsdrucksache 18/5877, welche internationalen Erfahrungen es mit derlei Vergütungssystemen gebe, antwortete die Bundesregierung, dass ihr bislang nur Erfahrungen aus einer kürzlich erschienenen Studie über das US-amerikanische Krankenhauswesen bekannt seien. Diese Studie „zeigt auf, dass in diesem Projekt Vergütungsabschläge auch solche Krankenhäuser betreffen, deren Qualität von anderen Institutionen zertifiziert wurde, die aufwändige Leistungen durchführen, komplexe Fälle behandeln oder solche, die Lehrkrankenhäuser sind. Die Studie bezweifelt daher, dass die Qualitätsbewertung von Krankenhäusern in diesem Projekt, das im Oktober 2014 begonnen wurde, valide genug ist, um schlechte Versorgungsqualität zuverlässig identifizieren zu können.“ Auch eine durch das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 in Auftrag gegebene Studie kommt zu dem Schluss, „dass neuere Studien – mit sehr unterschiedlichem Evidenzniveau – die Wirksamkeit qualitätsorientierter Vergütung nicht zweifelsfrei bestätigen können“ (JAMA Network, 2015, 314(4), 375 bis 383).

Dennoch hält die Bundesregierung an dem Ziel der Einführung qualitätsorientierter Vergütung und einer Ausweitung des Wettbewerbs fest.

Das Vorgehen entspricht dem Vorgehen der Bundesregierung bei der Einführung anderer Wettbewerbselemente, wie etwa den diagnoseorientierten Fallpau-

schalen (Diagnosis Related Groups – DRGs). Auch hier gab es vor der Einführung keine Belege für positive Wirkungen und im Rückblick sind außer einer gewissen Vergrößerung der Transparenz keine positiven aber durchaus viele negative Wirkungen feststellbar. So konnte eine Reduktion der Kosten nicht erreicht werden; es gibt angebotsinduzierte Mengensteigerungen, die in ihrer Gesamtheit nicht medizinisch, sondern ökonomisch begründbar sind (www.gkv-spitzenverband.de „Mengenentwicklung und Mengensteuerung“). Entstanden ist außerdem ein riesiger Bürokratieaufwand samt neuer Berufsbilder, wie das der Kodierärztin und des Kodierarztes oder der Kodierassistentin und des Kodierassistenten.

Im Ergebnis führt der Wettbewerb zu einem wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser und zu einem massiven Spardruck in den Bereichen, die nicht unmittelbar zu den Erlösen eines Krankenhauses beitragen, also etwa in der Pflege. So ist seit Inkrafttreten der DRGs die Zahl der Pflegenden leicht gesunken, während die Fallzahl stark gestiegen ist.

Notwendig wären nach fester Überzeugung der Fragesteller nicht die Verstärkung des Wettbewerbs, sondern eine Rückführung des Wettbewerbs und der DRGs sowie die Stärkung des Personals, etwa durch eine gesetzlich geregelte, verbindliche Mindestpersonalbemessung.

Das geplante Pflegestellenförderprogramm sieht in seiner Endstufe ein Fördervolumen von jährlich 330 Mio. Euro vor. Experten schätzen, dass dies den Krankenhäusern eine Personalaufstockung von durchschnittlich zwei bis drei Pflegekräften pro Krankenhaus ermöglicht (www.lahn-dill-kreis.de vom 30. Juni 2015, „Pressemitteilung zur geplanten Krankenhausreform“). Die geplante Umwidmung des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag wird keine wirksamen Anreize setzen, zusätzliche Pflegekräfte einzustellen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz), das der Deutsche Bundestag am 5. November 2015 beschlossen hat, ist darauf gerichtet, auch in Zukunft eine gute, gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Im Mittelpunkt der Maßnahmen steht dabei, dass jeder Patient und jede Patientin die medizinische Versorgung erhält, die er oder sie benötigt und deren Qualität gesichert ist. Gleichzeitig werden notwendige Maßnahmen ergriffen, um die Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung effizient für notwendige und qualitativ hochwertige Leistungen im Krankenhaus zu verwenden. Anders als die Fragesteller sieht die Bundesregierung im Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung im Krankenhaus.

Im Hinblick auf den von den Fragestellern beschriebenen Spardruck ist darauf hinzuweisen, dass hohe Effizienz keineswegs automatisch zu Qualitätseinbußen führt. In vielen Bereichen ist das Gegenteil der Fall. So stellt etwa die Verweildauerverkürzung durch minimalinvasive Operationsverfahren eine erhebliche Effizienzsteigerung dar, die gleichzeitig eine Qualitätssteigerung durch geringere Risiken und einen schnelleren Heilungsprozess für die Patientinnen und Patienten zur Folge hat. Auch das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung kommt in seinen Krankenhaus Rating Reporten zu dem Ergebnis, dass Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit vielfach Hand in Hand gehen.

Im Wettbewerb der Leistungserbringer soll die Qualität künftig eine deutlich stärkere Rolle spielen. Der Wettbewerb darf nach Auffassung der Bundesregierung gerade im Gesundheitswesen nicht allein durch den Preis bestimmt werden. Die

Qualität der Leistungserbringung muss im Interesse der Patientinnen und Patienten zu einem maßgeblichen Wettbewerbsmerkmal werden. Ein Verzicht auf einen Qualitätswettbewerb würde Anreize ungenutzt lassen, die auf eine Steigerung der Behandlungsqualität und damit das Patientenwohl abzielen.

Schon in den letzten Jahren wurden in der Qualitätssicherung deshalb Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz über die Qualität der Versorgung ergriffen. Beispielsweise wurden die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, jährlich Qualitätsberichte mit umfassenden Informationen zur Qualität ihrer Leistungen abzugeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat durch Festlegungen zum Inhalt der Qualitätsberichte dafür gesorgt, dass die Zahl der in den Qualitätsberichten zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren schrittweise erheblich ausgeweitet wurde. Die Bundesregierung will die Qualitätsorientierung weiter vorantreiben. Neben der Weiterentwicklung der Qualitätstransparenz können nach Einschätzung der Bundesregierung zusätzliche Anreize beispielsweise durch Elemente einer qualitätsbezogenen Vergütung zur Qualitätssteigerung beitragen.

Nicht zuletzt aufgrund internationaler Studien ist bekannt, dass unerwünschte Nebenwirkungen bei der Einführung von qualitätsbezogenen Vergütungsansätzen durch geeignete Maßnahmen verhindert werden müssen. Die Bundesregierung verfolgt kein „Pay-for-Performance-Modell“. Deshalb ist es richtig, dass der G-BA, der insbesondere auch die Auswahl der für die qualitätsorientierte Vergütung geeigneten Leistungen und Leistungsbereiche trifft, wissenschaftlich und methodisch durch das neue unabhängige Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) unterstützt wird. Die Bundesregierung ist deshalb zuversichtlich, dass eine umsichtige und schrittweise Einführung der qualitätsorientierten Vergütung erfolgen kann.

Ob sog. Pay-for-Performance-Modelle insgesamt positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben können, hängt aus Sicht der Bundesregierung also maßgeblich von ihrer konkreten Ausgestaltung ab. Dabei spielt die methodisch anspruchsvolle Qualitätsbewertung naturgemäß eine wesentliche Rolle. Es werden u. a. hochwertige Indikatoren benötigt, die geeignet sind, die Qualität der Versorgungsleistung verlässlich zu messen. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass kein verzerrter Eindruck von der gezeigten Qualität entsteht, wenn zum Beispiel ein Krankenhaus besonders viele Risikopatienten versorgt. Die Gestaltung der Qualitätssicherung nach diesen Anforderungen kann nur auf der Basis sorgfältiger wissenschaftlicher Arbeit erfolgen.

Zusätzliche Impulse für die Qualitätsentwicklung werden auch von der Erprobung spezieller Qualitätsverträge ausgehen. Ziel der Qualitätsverträge nach § 110a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V (neu) ist es zu erproben, ob sich die Qualität der stationären Versorgung durch besondere vertragliche Vereinbarungen weiter verbessern lässt. Zu diesem Zweck können die Vertragspartner insbesondere Anreize für eine Qualitätsverbesserung und höherwertige Qualitätsanforderungen vereinbaren.

Das Krankenhausstrukturgesetz enthält damit wichtige neue Instrumente für eine Krankenhausversorgung, in der Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen durch wettbewerbliche Anreize gefördert werden.

Im Zusammenhang mit der Stärkung der Qualität sieht die Bundesregierung auch den Bedarf an einer Verbesserung der pflegerischen Patientenversorgung und trägt mit dem Krankenhausstrukturgesetz, namentlich mit der Einführung eines neuen Pflegestellen-Förderprogramms, der Umwandlung des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag, der Verbesserung der Tariflohnrefinanzierung sowie der Einsetzung einer Expertinnen- und Expertenkommission maßgeblich

zur direkten Entlastung des Pflegepersonals und zur weiteren Evaluierung der Personalsituation in den Krankenhäusern bei.

1. Geht die Bundesregierung davon aus, dass durchschnittlich zwei bis drei zusätzliche Pflegekräfte pro Krankenhaus zur Beseitigung der bestehenden Personalengpässe in den Krankenhäusern ausreichen?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung den tatsächlichen Bedarf in den deutschen Krankenhäusern ein?

Das vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Krankenhausstrukturreform sieht ein Pflegestellenförderprogramm von 660 Mio. Euro vor und führt einen Pflegezuschlag von 500 Mio. Euro ab dem Jahr 2017 ein. Außerdem ist in den Eckpunkten der Bund-Länder Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform die Einrichtung einer Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung vorgesehen, die beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angesiedelt ist. Die Kommission hat am 1. Oktober 2015 ihre Arbeit aufgenommen. Sie soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Dabei werden auch die Quantifizierung des bestehenden Pflegebedarfs und der daraus abzuleitende Personalbedarf zu diskutieren sein. Die Ergebnisse der Expertinnen- und Expertenkommission sind abzuwarten.

2. Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung im internationalen Vergleich die Quote der Pflegekräfte pro Patient dar (bitte innerhalb der EU bzw. OECD vergleichen)?

Die Bundesregierung hat selbst keine Erhebungen über die Quote der Pflegekräfte im internationalen Vergleich durchgeführt. Die unterschiedlichen Quoten der Pflegekräfte pro Patient in einigen europäischen Staaten werden in der internationalen RN4CAST-Studie beschrieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Daten der erwähnten Studie ausschließlich auf Befragungen von Pflegekräften basieren. Die der RN4CAST-Studie bezüglich der Situation in Deutschland zugrundeliegenden Daten beruhen auf einer Umfrage unter 1 508 Pflegekräften in 49 deutschen Krankenhäusern und sind damit für die Lage in Deutschland nicht repräsentativ. Repräsentative Studien zu Pflegeschlüsseln im internationalen oder europäischen Vergleich sind der Bundesregierung nicht bekannt.

3. Welche Gründe sprechen aus Sicht der Bundesregierung für die Einführung des Qualitätswettbewerbs, obwohl es nach ihrer eigenen Auskunft (Antwort auf die Schriftliche Frage 46 auf Bundestagsdrucksache 18/5877) keine Belege für positive Wirkungen des Qualitätswettbewerbs gibt, die einzig verfügbare Empirie in den USA gegen die Einführung spricht und sogar eine von ihr selbst in Auftrag gegebene Studie keine Evidenz feststellen konnte?

Für die Einführung eines Qualitätswettbewerbs spricht vor allem, dass damit das Patientenwohl in den Mittelpunkt der Bemühungen der Leistungserbringer gerückt wird, in dem diese um die beste Versorgung des Patienten konkurrieren. Gleichzeitig wird dadurch das Ziel verfolgt, im Vergleich miteinander das Qualitätsniveau stetig zu verbessern und bestmögliche Versorgungsergebnisse zu erreichen. Damit einher geht auch das Engagement um eine erhöhte Transparenz über die Qualität der erbrachten Leistungen, was wiederum allen Interessierten zu Gute kommt. Die Koppelung der Vergütung an die Qualität der Versorgung

ist nur eine von möglichen Maßnahmen, die dem Qualitätswettbewerb zu Gute kommen können. Mit der Beantwortung der Schriftlichen Frage der Abgeordneten Birgit Wöllert im August 2015 (vgl. Bundestagsdrucksache 18/5877) zu dieser Thematik hat die Bundesregierung deutlich gemacht, dass die vorhandenen Studien zur qualitätsorientierten Vergütung häufig methodische Mängel aufweisen, das Evidenzniveau der Studien zu der Wirksamkeit der qualitätsorientierten Vergütung sehr unterschiedlich ist und nur wenige Ergebnisindikatoren untersucht wurden. Es wurde auch darauf hingewiesen, dass bei der Bewertung der Studienlage die Übertragbarkeit von Studienerkenntnissen aus den USA auf deutsche Verhältnisse berücksichtigt werden muss. Inwieweit durch Elemente der qualitätsorientierten Vergütung eine Verbesserung der Versorgung bewirkt werden kann, hängt deshalb wesentlich von der konkreten Ausgestaltung ihrer Umsetzung ab. Durch die Regelung im Krankenhausstrukturgesetz, nach der es Aufgabe des G-BA ist, geeignete Leistungen oder Leistungsbereiche auszuwählen und Qualitätskriterien und -ziele zu bestimmen, ist eine sachgerechte und umsichtige Einführung von qualitätsorientierten Vergütungselementen möglich. Mit der wissenschaftlichen und methodischen Unterstützung des IQTiG kann eine angemessene Auswahl von validierten Indikatoren auch unter Berücksichtigung einer ausreichenden Risikoadjustierung erfolgen.

4. Welche Ziele sollen mit der Einführung der qualitätsorientierten Vergütung erreicht werden?

Mit der Einführung von Elementen einer qualitätsorientierten Vergütung soll insbesondere das Bemühen der Leistungserbringer um eine stetige Qualitätsverbesserung und stärkere Qualitätsorientierung gefördert werden. Auf die Antwort zu Frage 3 wird verwiesen.

5. Gibt es nach Einschätzung der Bundesregierung auch unerwünschte Auswirkungen oder Risiken der Einführung qualitätsorientierter Vergütung, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

In dem im Auftrag des BMG im Jahre 2012 erstellten Gutachten „Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung“, welches das Institut für Qualität und Patientensicherheit (BQS) erstellt hat, wurde dargelegt, dass beispielsweise Selektions-, Verlagerungs- und Anpassungseffekte, verändertes Kodierverhalten, aber auch eine stärker auf Absicherung ausgerichtete Versorgung Folgen qualitätsabhängiger Vergütungsmodelle sein können. Gleichzeitig wird in dem Gutachten aber auch betont, dass diese potentiellen Nebenwirkungen insbesondere bei der Gestaltung der Indikatoren und der Anforderungen an die Dokumentation angemessen zu berücksichtigen sind. Sie können also vermieden werden. Als mögliche Gegenmaßnahmen werden beispielsweise Plausibilitätsprüfungen, Stichprobenverfahren, die Anwendung von Indikationsindikatoren sowie die Risikoadjustierung benannt. In der Antwort zu Frage 3 ist bereits darauf hingewiesen worden, dass es die Aufgabe des G-BA und des ihn unterstützenden IQTiG sein wird, durch die Auswahl geeigneter Leistungen und Leistungsbereiche sowie die sachgerechte Gestaltung der Festlegungen für die qualitätsabhängige Vergütung solche Nebenwirkungen zu vermeiden bzw. zu minimieren.

6. Wie kann es angesichts der Tatsache, dass das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Landeskrankenhausgesetze keine Investitionsförderung für ambulante Kapazitäten in Krankenhäusern vorsehen bzw. sie sogar explizit ausschließen, zu einer „Doppelfinanzierung bei den Investitionskosten“ (s. Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz, Artikel 6, Nummer 13, – KHSG – auf Bundestagsdrucksache 18/5372) der ambulanten Notfallleistungen kommen?
7. Liegen der Bundesregierung aktuelle Kennzahlen zu den Investitionsanteilen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vor?
8. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert beispielsweise in ihrer Stellungnahme zum KHSG, dass die Vorhaltekosten, die ihnen im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung entstehen, zukünftig in die Kalkulation des EBM einfließen sollen. Inwieweit hält die Bundesregierung diese Forderung für berechtigt?

Die Fragen 6 bis 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Durch das Krankenhausstrukturgesetz wird der Investitionskostenabschlag bei der Vergütung bei in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte sowie der ermächtigten Einrichtungen abgeschafft. Die Abschaffung verbessert zeitnah auch die Vergütung der Leistungen der Notfallambulanzen. Zudem wird vorgegeben, dass die Bewertung der Leistungen für die ambulante Versorgung im Notfall und im Notdienst im EBM durch den um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V beschlossen wird. Um sobald wie möglich eine angemessene Vergütung dieser Leistungen zu gewährleisten, sind die entsprechenden Gebührenordnungspositionen bis spätestens zum 31. Dezember 2016 nach dem Schweregrad zu differenzieren. Die DKG kann hierbei ihre Forderungen einbringen. Aktuelle Kennzahlen zu den Investitionsanteilen im EBM liegen dem BMG nicht vor.

Zudem ist im Krankenhausstrukturgesetz die Festlegung eines Stufensystems durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen, das strukturelle und personelle Unterschiede sowie den zeitlichen Umfang der Vorhaltung von Notfallleistungen in Krankenhäusern differenziert abbildet. Auf dieser Grundlage soll mit gestaffelten Zuschlägen und einem Abschlag für die Nichtbeteiligung von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erreicht werden, dass Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen besser gestellt werden als Krankenhäuser mit einer geringen Beteiligung an der Notfallversorgung.

9. Könnte die künftige Möglichkeit für Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen, Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen, zu unterschiedlichen Qualitäten und Vergütungen in ein und demselben Krankenhaus je nach Kassenzugehörigkeit führen?
Falls ja, wäre dies für die Bundesregierung eine wünschenswerte Folge?
10. Könnte dies zu – vertraglich festgelegten – unterschiedlichen Qualitäten zwischen verschiedenen Krankenhäusern führen?
Falls ja, wäre dies für die Bundesregierung akzeptabel?

11. Könnte dies dazu führen, dass Patientinnen und Patienten schlechter behandelt werden, als es dem Krankenhaus grundsätzlich möglich ist, weil in den Verträgen eine niedrigere Qualität als die bestmögliche vereinbart wurde oder weil sie Versicherte einer anderen, nicht vertragsgebundenen Kasse sind?

Falls ja, wäre dies für die Bundesregierung akzeptabel?

Die Fragen 9 bis 11 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung der mit stationären Behandlungsleistungen insbesondere durch die befristete Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Hierzu wird der G-BA bis zum 31. Dezember 2017 vier Leistungen oder Leistungsbereiche festlegen, zu denen die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen erprobt werden soll. Für den Inhalt der Qualitätsverträge vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31. Juli 2018 verbindliche Rahmenvorgaben. Nach dem Ende des Erprobungszeitraums wird das Institut nach § 137a SGB V auf der Grundlage einer Beauftragung durch den G-BA untersuchen, wie sich die Versorgungsqualität bei den festgelegten Leistungen und Leistungsbereichen entwickelt hat. Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität in Krankenhäusern mit und ohne Qualitätsvertrag.

Die Frage, wie sich die Versorgungsqualität bei den festgelegten Leistungen und Leistungsbereichen entwickelt, ist im Rahmen der Evaluation zu beantworten, die nach Ablauf des Erprobungszeitraums vorgesehen ist. Dabei wird insbesondere der Vergleich zwischen Krankenhäusern mit und ohne Qualitätsvertrag zeigen, wie sich die Qualitätsverträge auf die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern auswirken. Die Möglichkeit einer im Ergebnis vergleichsweise höheren Versorgungsqualität in Krankenhäusern mit Qualitätsvertrag ist denknotwendig mit der Erprobung qualitätsvertraglicher Vereinbarungen verbunden. Eine Verschlechterung der bestehenden Versorgungsqualität für Versicherte außerhalb der Qualitätsverträge ist mit der Einführung der Qualitätsverträge dagegen nicht verbunden. Sollte die anschließende Evaluation positive Wirkungen bestimmter Anreize auf die Versorgungsqualität feststellen, wird darüber hinaus zu prüfen sein, wie diese Wirkungen möglichst für alle Versicherten erreicht werden können. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass alle Krankenkassen bestrebt sein werden, für ihre Versicherten ein bestmögliches Qualitätsniveau zu vereinbaren. Ebenso ist davon auszugehen, dass die Krankenhäuser bestrebt sein werden, ihre Patienten auf möglichst hohem Qualitätsniveau zu behandeln. Die Bundesregierung teilt daher die in den Fragen zum Ausdruck kommenden Befürchtungen nicht.

12. Wäre ein vergleichbares Programm, wie das im Jahr 1992 von der damaligen Bundesregierung beschlossene Investitionsprogramm zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen in den neuen Bundesländern (Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes) zur Kompensation des Investitionsstaus in den Krankenhäusern derzeit angebracht, und falls ja, weshalb plant die Bundesregierung mit dem geplanten Strukturfonds ein maximales Volumen von 1 Mrd. Euro?

Das Investitionsprogramm zur Verbesserung der Krankenhausstrukturen in den neuen Ländern nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes diene ausschließlich dazu, das Niveau der Krankenhausversorgung in den neuen Ländern

an dasjenige in den alten Ländern anzugleichen. Auf Grund dieser Sondersituation nach der Vereinigung war diese Beteiligung des Bundes und der Kostenträger an der Investitionsfinanzierung erforderlich und sachgerecht. Eine vergleichbare Sondersituation besteht in Bezug auf den in der Frage thematisierten Investitionsstau jedoch nicht, sodass ein vergleichbares Programm nicht angebracht ist.

13. Wäre statt des Ziels des Strukturfonds, Überkapazitäten abzubauen, das Ziel, den Investitionsstau von Krankenhäusern, die sich in Betrieb befinden, nicht wesentlich zielführender?

Ziel der Krankenhausreform ist die Herbeiführung eines grundlegenden Strukturwandels in der Krankenhauslandschaft, um patientenorientierte, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen sicherzustellen. Diese Zielrichtung teilt auch der vorgesehene Strukturfonds, der nicht als Ersatz für fehlende Investitionsmittel, sondern zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben in den Ländern eingerichtet werden soll. Mit den Mitteln des Strukturfonds sollen deshalb nicht Investitionslücken geschlossen, sondern ausschließlich strukturelle Verbesserungen gefördert werden, um die bestehenden Versorgungsstrukturen an den Versorgungsbedarf anzupassen. Zu diesem Zweck können mit den Mitteln des Strukturfonds neben dem Abbau überzähliger Krankenhauskapazitäten auch die Konzentration und die Umwandlung von Versorgungsangeboten gefördert werden. Die Länder haben sich darüber hinaus im Rahmen der Beratungen in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform zu ihrer Verpflichtung im Hinblick auf eine angemessene Investitionsfinanzierung bekannt.

14. Wie hoch schätzen die Bundesregierung und nach Kenntnis der Bundesregierung andere maßgebliche Akteure den Investitionsstau der Krankenhäuser ein?

Die Bundesregierung hat aktuell keine eigenen Schätzungen zur Höhe des Investitionsstaus vorgenommen. Da die veröffentlichten Schätzungen sehr weit auseinanderliegen, kann nicht eingeschätzt werden, wie belastbar einzelne Schätzungen sind.

15. Welche Ziele hat die Einführung der DRGs nach Ansicht der Bundesregierung erreicht, welche hat sie nicht erreichen können, und in welchen Punkten hat die Einführung das System negativ beeinflusst?

Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems verfolgte der Gesetzgeber insbesondere das Ziel, das Leistungsgeschehen im Krankenhaus transparenter zu machen sowie die Wirtschaftlichkeit und die Qualität im Krankenhausbereich zu fördern. Demgegenüber war es nicht Ziel der DRG-Einführung, die Krankenhausausgaben zu vermindern.

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene im Zusammenhang mit der DRG-Einführung verpflichtet, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems durchzuführen (§ 17b Absatz 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes). Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit kommt die Begleitforschung zu dem Ergebnis, dass die Verweildauer seit der DRG-Einführung gesunken ist. Dieser Trend sei jedoch bereits in der Zeit vor der DRG-Einführung zu beobachten gewesen. Auch bei der Verringerung der Zahl der Krankenhäuser und der aufgestellten Betten setzte sich der bereits vor der DRG-Einführung feststellbare Trend nach der DRG-Einführung in nahezu identischem Umfang fort. Die Auswirkungen auf die Qualität wurden im Rahmen der Begleitforschung insbesondere durch die Veränderungen der poststationären

Mortalität als Indikator der Ergebnisqualität gemessen. Dabei wurden die Zeiträume bis 30 Tage, bis 90 Tage und bis 365 Tage nach der Entlassung aus einem vollstationären Krankenhausaufenthalt untersucht. Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigen eine kontinuierliche Reduktion der poststationären Sterblichkeit für den Zeitraum nach der DRG-Einführung. Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang diese Entwicklung von der DRG-Einführung beeinflusst sei, könne jedoch nicht quantifiziert werden.

Die Begleitforschung weist auch darauf hin, dass mit einem Fallpauschalensystem Anreize zur Fallzahlsteigerung gesetzt würden, die im deutschen DRG-System jedoch durch begleitende Abrechnungsbestimmungen reduziert würden. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 wird bei mengenabhängigen planbaren Eingriffen ein Zweitmeinungsverfahren eingeführt. Daneben ist zu berücksichtigen, dass mit dem Krankenhausstrukturgesetz eine Vielzahl von Maßnahmen zu einer grundlegenden Neuausrichtung der Mengensteuerung getroffen wird, die darauf abzielt, ökonomisch begründeten Fallzahlsteigerungen zu begegnen.

16. Ist die Bundesregierung überzeugt davon, dass Qualität im Krankenhaus sachgerecht, risikoadjustiert und vor allem rechtssicher gemessen werden kann, und wann rechnet sie mit einer umfassenden Methodik dazu?

Bei der Umsetzung der mit dem Krankenhausstrukturgesetz vorgesehenen Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Einführung von Qualität als Steuerungsinstrument, zum Beispiel in der Krankenhausplanung, kann auf den wertvollen Erfahrungen und Erkenntnissen der bereits durch den G-BA etablierten Qualitätssicherung aufgebaut und vorhandene Indikatoren zur Qualitätsmessung genutzt werden. So wird im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung des G-BA derzeit die Qualität bereits in 30 Leistungsbereichen anhand von 416 Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung mit einer hohen Akzeptanz bei den Leistungserbringern gemessen. Es ist daher davon auszugehen, dass auch die neuen gesetzlichen Aufgaben, die sich auf eine Weiterentwicklung der Qualitätsbewertung in der stationären Versorgung beziehen, sachgerecht, risikoadjustiert und rechtssicher innerhalb der gesetzlichen Fristen des Krankenhausstrukturgesetzes umgesetzt werden können.

17. Wie hoch sind die Overhead-Kosten des DRG-Systems, also sämtliche Kosten zur Kodierung, für die Arbeit des DRG-Instituts, zur Rechnungsprüfung durch die Krankenkassen, für gerichtliche und außergerichtliche Rechtsstreitigkeiten und anderes?

Es existieren keine amtlichen Statistiken darüber, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern mit der Kodierung beschäftigt sind, wie viel Krankenhausrechnungsprüfungen die Krankenkassen durchführen und wie viele gerichtliche und außergerichtliche Rechtsstreitigkeiten geführt werden. Zu berücksichtigen ist, dass auch jedes andere Vergütungssystem mit sog. Overhead-Kosten verbunden ist.

18. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Kosten zur Entwicklung des Systems zur Qualitätsmessung bis zu seiner rechtssicheren Funktionsfähigkeit, und wie hoch schätzt sie die laufenden Kosten für den Betrieb und die Umsetzung eines solchen Systems?

Maßgeblich für die Höhe der Kosten für die Qualitätsmessungen ist die konkrete Ausgestaltung der verschiedenen Maßnahmen durch den G-BA. Die Kosten hängen insbesondere davon ab, wie breit der G-BA z. B. die Auswahl der Leistungen und Leistungsbereiche für die qualitätsorientierte Vergütung anlegt und welchen Entwicklungsbedarf er, zum Beispiel bei der Risikoadjustierung der Indikatoren, sieht. Zum jetzigen Zeitpunkt ist daher eine Quantifizierung der Kosten zur Entwicklung und Umsetzung des Systems zur Qualitätsmessung nicht möglich.

19. Wie viele Pflegekräfte könnte man nach Kenntnis der Bundesregierung mit den Kosten aus den Fragen 17 und 18 jeweils zusätzlich einstellen?

Vor dem Hintergrund der Antworten auf die Fragen 17 und 18 ist eine Quantifizierung nicht möglich. Für die mit dem Krankenhausstrukturgesetz ergriffenen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Pflege wird auf die Antworten zu den Fragen 27 und 28 verwiesen.

20. Gibt es nach Ansicht der Bundesregierung zu viele Krankenhäuser (bitte begründen)?
21. Was wäre nach Ansicht der Bundesregierung eine optimale Zahl an Krankenhäusern (bitte begründen)?

Die Fragen 20 und 21 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Bettendichte einen Spitzenplatz ein. Vor dem Hintergrund, dass die hohe Zahl an Krankenhausbetten mit einer überdurchschnittlich hohen Verweildauer einhergeht, hat die Bundesregierung Zweifel, ob die bestehenden Kapazitäten benötigt werden, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten. Dabei ist vorrangig zu berücksichtigen, dass die Vorhaltung von Krankenhausbetten den Krankenhäusern nicht vom Bund, sondern von den Ländern vorgegeben wird, die im Rahmen ihrer Krankenhausplanung den Bedarf an stationären Behandlungskapazitäten ermitteln und auf dieser Grundlage die Festlegungen zu den vorzuhaltenden Krankenhausbetten treffen. Eine optimale Anzahl von Krankenhäusern lässt sich daher von Seiten der Bundesregierung nicht beziffern.

22. Werden die Gesetzeslage und die übrigen Rahmenbedingungen nach Einschätzung der Bundesregierung in den nächsten Jahren zu mehr oder zu weniger Krankenhäusern führen (bitte begründen)?
23. Ist dies beabsichtigt, oder wird dies seitens der Bundesregierung lediglich zur Kenntnis genommen?

Die Fragen 22 und 23 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Krankenhausstrukturgesetz, das auf den gemeinsamen Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform beruht, enthält eine Vielzahl von Maßnahmen zur Herbeiführung eines umfassenden Strukturwandels in der Krankenhauslandschaft. In dem Maßnahmenpaket bildet der Abbau von

Krankenhausbetten nur einen von mehreren Regelungsaspekten, mit denen patientenorientierte, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen sichergestellt werden. Die Bundesregierung kann nicht abschließend beurteilen, wie sich diese Entwicklung auf die Zahl der Krankenhäuser auswirken wird. Die weitere Entwicklung hängt vor allem von der Umsetzung der Neuregelungen ab, die im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehen sind.

24. Ist es richtig, dass die Bundesregierung bezüglich der Schließung von Krankenhäusern auf den Markt setzt, und weshalb versucht die Bundesregierung gegebenenfalls nicht stattdessen demokratische Elemente der Krankenhausplanung zu stärken?

Mit den Neuregelungen des Krankenhausstrukturgesetzes wird die finanzielle Grundlage der Krankenhäuser entscheidend gestärkt. Im Hinblick auf den Abbau von Krankenhauskapazitäten setzt die Bundesregierung unter anderem auf gezielte Fördermechanismen zur Unterstützung erforderlicher Umwandlungs- und Schließungsvorhaben. Dabei knüpfen insbesondere die Regelungen zum Strukturfonds direkt an die Krankenhausplanung der Länder an, denen die Entscheidung darüber obliegt, welche konkreten Strukturvorhaben mit den Mitteln des Strukturfonds gefördert werden.

25. Wie reagiert die Bundesregierung auf Bitten des Gemeinsamen Bundesausschusses z. B. in der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages zum KHSG, pay-for-performance allenfalls zu erproben, aber nicht wirksam einzuführen.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wird kein Pay-for-Performance-Modell eingeführt, sondern nicht flächendeckend eine qualitätsabhängige Vergütung eingeführt. Der G-BA erhält die Aufgabe, einen Katalog von Leistungen und Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, festzulegen. Die Entscheidung, ob und wie viele Leistungen oder Leistungsbereiche in das System von Qualitätszu- und -abschlägen einbezogen werden, trifft der G-BA voraussichtlich auf der Grundlage der wissenschaftlichen und methodischen Empfehlungen des IQTiG. Es ist also eine umsichtige und schrittweise Einführung vorgesehen. Vor dem Hintergrund der Anhörungen wurde die Frist zur Erfüllung dieser Aufgabe verlängert, um eine sachgerechte Umsetzung zu unterstützen. Im Übrigen ist auf den bereits bestehenden gesetzlichen Auftrag an den G-BA hinzuweisen (§ 137b SGB V), eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen, zu bewerten sowie hierüber einen Bericht zu erstellen. Dieser allgemeine Evaluationsauftrag ermöglicht es dem G-BA, die Wirkungen auch der qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile zu untersuchen und entsprechende Konsequenzen aus den gewonnenen Erkenntnissen zu ziehen.

26. Wie reagiert die Bundesregierung auf den Vorwurf, man gebe mit der Einführung dieser unterschiedlichen Qualitätsniveaus in Kliniken durch Qualitätsverträge nach § 110a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Grundsatz auf, wonach alle Versicherten das Recht auf eine gleich gute Versorgung haben?

Die Bundesregierung verfolgt mit der Qualitätsoffensive eine patientenorientierte Weiterentwicklung und Verbesserung der Behandlungsqualität. Patientinnen und Patienten müssen sich überall darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. Um dieses Ziel zu

erreichen, sieht das Krankenhausstrukturgesetz ein Bündel von Maßnahmen vor, um Qualität zu verbessern und Qualitätsmängel abzustellen. Die Regelungen lassen dabei insbesondere dem G-BA ausreichenden Spielraum, seine Festlegungen so auszugestalten, dass von ihnen Anreize für die Qualitätsentwicklung ausgehen. Derzeit werden Leistungen, die sich qualitativ unterscheiden, in gleicher Höhe vergütet. Mit der Einführung eines Systems qualitätsabhängiger Vergütung für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche wird dagegen deutlich, dass ein hohes Qualitätsniveau angestrebt und ein unzureichendes Qualitätsniveau nicht dauerhaft toleriert wird. Über einen Wettbewerb zur Qualitätsverbesserung kann also aus Sicht der Bundesregierung die Qualität der Versorgung in den Kliniken verbessert und der Verfestigung unterschiedlicher Qualitätsniveaus gerade entgegengewirkt werden.

27. Wie viele Mittel aus der geplanten Umwidmung des Versorgungszuschlages in einen Pflegezuschlag wird ein Krankenhaus pro Vollzeitpflegekraft voraussichtlich in etwa erhalten?

Ist es plausibel, dass diese Summe der Quotient aus 500 Mio. Euro und etwa 230 000 Pflegekräften ist, also gut 2 000 Euro pro Pflegekraft und Jahr und damit weniger als 5 Prozent der Pflegekosten auf diese Art refinanziert werden?

28. Geht die Bundesregierung – eingedenk der Zahlen aus Frage 27 – davon aus, dass dieser Pflegezuschlag wirken wird, also zur Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte führen wird, und wie begründet sie ihre Auffassung?

Die Fragen 27 und 28 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Kosten für das Pflegepersonal der Krankenhäuser gehen in die Kalkulation der Entgelte durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein. Die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser werden daher bereits nach geltender Rechtslage durch die DRG-Entgelte finanziert. Der Pflegezuschlag zielt darauf ab, Krankenhäusern einen Anreiz zur Vorhaltung einer angemessenen Pflegeausstattung zu setzen. Über den Pflegezuschlag erhalten die Krankenhäuser ab dem Jahr 2017 zusätzlich 500 Mio. Euro. Pro Pflegekraft entspricht dies im Durchschnitt einer zusätzlichen Finanzierung in Höhe von rd. 1 730 Euro pro Jahr. Diese zusätzlichen Mittel erleichtern es den Krankenhäusern, bereits beschäftigtes Pflegepersonal weiterhin zu finanzieren. Diesem Ziel dient auch die im Krankenhausstrukturgesetz vorgesehene anteilige Tariflohnfinanzierung. Dem Ziel, zusätzliches Pflegepersonal einzustellen, dient das ebenfalls im Krankenhausstrukturgesetz enthaltene Pflegestellen-Förderprogramm, mit dem allein in den Jahren 2016 bis 2018 weitere zusätzliche Mittel von bis zu 660 Mio. Euro zur Verfügung gestellt werden.