

Arbeitsgemeinschaft der *Association of the*
Wissenschaftlichen *Scientific*
Medizinischen *Medical*
Fachgesellschaften e.V. *Societies in Germany*



An
die Mitglieder des
Gesundheitsausschusses
im Deutschen Bundestag
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Geschäftsstelle | office:
Ubierstr. 20
D-40223 Düsseldorf
Telefon (0211) 31 28 28
TeleFAX (0211) 31 68 19

AWMF-Büro Berlin
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
D-10117 Berlin
Telefon: (030) 2800-4410
TeleFAX: (030) 2800-4419

e-mail: awmf@awmf.org
AWMF online: <http://awmf.org>

Düsseldorf, 01.09.2015

Sehr geehrte Frau Abgeordnete,
sehr geehrter Herr Abgeordneter,

die AWMF und 18 ihrer Mitgliedsfachgesellschaften haben mit Datum vom 12.5.2015 zum Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes Stellung genommen. Leider fanden die von der AWMF angemahnten erforderlichen Änderungen im Kabinettsentwurf keine Beachtung.

Wir möchten hiermit erneut auf unsere grundsätzlichen Anmerkungen zum vorliegenden Gesetzentwurf aufmerksam machen. Insbesondere in Kenntnis einer kürzlich veröffentlichten Studie zu Qualitätsabschlägen für Krankenhäuser in den USA sind die vorgeschlagenen Maßnahmen zu einer mutmaßlichen Qualitätssteigerung als äußerst kritisch anzusehen. Die Studie zeigte u.a., dass entgegen der Erwartung z.B. Lehrkrankenhäuser mit mehr Qualifikationen im Qualitätsmanagement im Vergleich zur Gesamtheit stärker von Abschlägen betroffen waren¹.

Auch die anderen Aspekte der AWMF-Stellungnahme zum Referentenentwurf sind nach wie vor wichtige Anlässe zur Modifikation des Kabinettsentwurfes.

Diese betreffen insbesondere

- die Einführung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren, von deren Erfüllung es abhängig ist, ob ein Krankenhaus im Krankenhausplan verbleibt bzw. aufgenommen wird - angesichts der Schwierigkeit, diese praxisnah und gerichtsfest zu formulieren. (Artikel 1: Krankenhausfinanzierungsgesetz)
- die im Gesetzentwurf mangelnde inhaltliche Festlegung guter Qualität und die Delegation derselben an den G-BA und das Institut nach §137a (Artikel 2; Krankenhausentgeltgesetz)
- die Notwendigkeit, befristete modellhafte Qualitätsverträge begleitend zu evaluieren (Artikel 4: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch §110a Qualitätsverträge)
- die Erfordernis der umfassenden Einbindung des Sachverständigen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bei der Erarbeitung von Richtlinien zur Qualitätssicherung durch den G-BA (§136)
- die mangelnde Konkretisierung von Evaluierungsmaßnahmen und die daraus abzuleitenden Anpassungen an die vorgesehene Qualitätssicherung (§136d)

- die Kritik an der geplanten Durchführung von Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst (§275a)

Bitte finden Sie im Anhang erneut unsere Stellungnahme vom Mai 2015 zur Berücksichtigung.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. M. Nothacker
nothacker@awmf.org

Prof. H.K. Selbmann
selbmann@awmf.org

Literatur

1. Rajaram R, Chung JW, Kinnier CV, et al. Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program. *JAMA*. Jul 2015;314(4):375-383.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.	<i>Association of the Scientific Medical Societies in Germany</i>
---	---



**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften
(AWMF e.V.)**

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der
Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG) vom 28.04.2015

Geschäftsstelle:
Ublerstr. 20
D-40223 Düsseldorf
Telefon (0211) 31 28 28
TeleFAX (0211) 31 68 19
E-mail: awmf@awmf.org

Düsseldorf, den 12.05.2015

Der Referentenentwurf ging der AWMF am 29.04.2015 zur Stellungnahme bis 12.05.2015 zu. Die AWMF hat ihrerseits ihre Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei gegebenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 12.05.2015 bei der AWMF eingegangenen Stellungnahmen von 18 Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigefügt (siehe Anlage 1).

Wir möchten ausdrücklich im Namen der Fachgesellschaften darauf hinweisen, dass

1. es aufgrund der kurzen Stellungnahmefrist nicht allen Fachgesellschaften möglich war, sich zu äußern und dies von vielen Fachgesellschaften kritisiert wurde.
2. der Entwurf derartig vielfältig und detailliert in die Krankenhausplanung, die Krankenhausfinanzierung und die Qualitätssicherung eingreift, dass Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit mit gesundem Menschenverstand kaum beurteilt werden können und
3. die Lesbarkeit des Entwurfes durch die vielen Verweise und unscharfen Formulierungen zu wünschen übrig lässt.

Grundsätzliche Anmerkungen zum Referentenentwurf

Im vorliegenden Entwurf sollen Reformen der Krankenhausstruktur in Deutschland thematisiert werden, die eine Antwort auf demografische und regionale Änderungen in der Bevölkerungsstruktur darstellen. Bereits in den letzten Jahren haben eine deutliche Zentralisierung und ein Abbau von Bettenkapazitäten der stationären Akutversorgung sowie eine Verlagerung in den ambulanten Bereich stattgefunden. Es ist zu begrüßen, dass im Entwurf die Qualität der Versorgung als wesentlich für Planung und Finanzierung von Krankenhäusern verankert wird. Allerdings sollte die unterstützende Absicht der Qualitätssteigerung nicht derartig eng mit der politischen Notwendigkeit der Reform aus den oben genannten Gründen vermischt werden. Den vorgeschlagenen Maßnahmen zur Qualitätssteigerung – zum Beispiel im Hinblick auf die Vorgabe von Mindestmengen – liegen in den seltensten Fällen, wenn überhaupt - , derart eindeutige Beweise aus Studien zugrunde, als das sie zwingend und „rechtssicher“ verordnet werden können.

Es besteht sogar die Gefahr, dass die neuen Maßnahmen nur dort eingesetzt oder erprobt werden, wo sie machbar, aber nicht wo sie notwendig sind. Das führt dazu, dass sowohl die Wirksamkeit als auch die Effizienz nur gering sein werden, aber Ressourcen verbraucht werden, die an anderen Stellen der Versorgung dringend notwendig wären.

Durch die Krankenhausreform bedingten Änderungen des SGB V erhält der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Vielzahl zusätzlicher Aufgaben, die er zu einem Teil zwar an das neu gegründete Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen übertragen kann, für deren Gestaltung und Umsetzung er aber letztlich verantwortlich ist. Nicht nur ist zu fragen, wie viel zusätzliche Ressourcen notwendig sein werden, um den G-BA mit den notwendigen Entscheidungskompetenzen für diese Aufgaben auszustatten, sondern auch, inwieweit eine solch weitgehende Konzentration an Entscheidungen mit der Ausarbeitung konkreter bundesweiter Richtlinien für eine bedarfsgerechte Versorgung wirklich förderlich ist.

Die AWMF hält ein Qualitätsmanagement für die medizinische Versorgung individueller Patienten für unabdingbar. Die Fachgesellschaften haben in vielen Bereichen bereits durch Leitlinienempfehlungen aber auch durch Zertifikate für das medizinische Qualitätsmanagement Inhalte definiert. Beides halten wir für wichtig. Patienten- und bedarfsgerechte Behandlung heißt dabei immer individuelle Behandlung des einzelnen Patienten. Während viele der im Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung sich auf große Zahlen ähnlicher Patienten fokussieren, wird in Zukunft durch die medizinische und die demographische Entwicklung die Individualisierung zu einer noch größeren Herausforderung werden. Dies erfordert nicht nur bei Leitlinien und Zertifikaten sondern auch bei den externen qualitätssichernden Maßnahmen erhebliche Schwerpunktverlagerungen.

In Bezug auf besondere Bedarfe von bestimmten Patientengruppen sollten Kinder- und Jugendliche und ältere, multimorbide Patienten genannt werden, die dann auch bei der Krankenhausplanung explizit Berücksichtigung finden sollten.

Im Folgenden werden zu einzelnen Paragraphen des Referentenentwurfs Anmerkungen sowie ggf. Ergänzungs- oder Änderungsvorschläge gemacht.

In den beigegefügtten Stellungnahmen der Fachgesellschaften werden weitere Aspekte thematisiert, die wir zu berücksichtigen bitten.

Artikel 1: Änderung KH-Finanzierungsgesetz

Im Artikel 1 wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz die Aufnahme planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung verankert, von deren Erfüllung es abhängig ist, ob ein Krankenhaus im Krankenhausplan verbleibt bzw. aufgenommen wird. Auf die Schwierigkeiten diese praxisnah und gerichtsfest zu formulieren und in den Ländern anzuwenden, wird bei den Kommentaren zu Artikel 4 – Änderungen des SGB V Bezug genommen.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Artikel 2 wird das Krankenhausentgeltgesetz geändert mit dem Hauptziel, volumen- oder -qualitätsabhängige Zu- und Abschläge einzuführen. Dabei werden im Gesetz Begriffe wie „in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründet“ (§4 Abs. 2b) oder „außerordentlich guter oder unzureichender Qualität“ (§5 Abs. 3a) verwendet, die auch im Gesetzestext des §136 nicht annähernd erläutert werden. Stattdessen wird dem G-BA und seinem Institut nach §137a die Aufgabe erteilt, detaillierte Festlegungen zu treffen. Die dabei auftretenden Probleme und Machbarkeitsgrenzen werden in den Kommentaren zu Artikel 4 angesprochen

Artikel 4: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§110a Qualitätsverträge

Die Möglichkeit zum Schließen von befristeten, modellhaften Qualitätsverträgen zur Förderung einer qualitativen hochwertigen stationären Versorgung in vier Leistungsbereichen wird von der AWMF positiv bewertet. Es sollten allerdings nicht nur die Rahmenbedingungen so festgelegt werden, dass eine aussagefähige Evaluierung möglich ist, sondern diese sollte von Beginn an von einer unabhängigen wissenschaftlichen Organisation mitbedacht, mitgeplant und durchgeführt werden.

Neufassung §135c Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Die AWMF begrüßte bereits 2013, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abgibt, dass Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten, die auf finanzielle Anreize abstellen, ausgeschlossen werden. Es erscheint nur folgerichtig, dass ein Krankenhaus über die Konformität mit diesen Empfehlungen in seinem Qualitätsbericht berichtet.

Neufassung §136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Die AWMF weist wiederholt darauf hin, dass der Sachverstand der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften bei der Erarbeitung der Richtlinien des G-BA einzubinden ist.

Neufassung §136b Beschlüsse des gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Es fällt auf, dass bei den Punkten 2,4 und 5 Abs. 1 nicht thematisiert wird, nach welchen Kriterien die Themenfindung erfolgen soll, d.h. welches Ausmaß an Verbesserungsbedarf bestehen muss, damit bestimmte Krankheits- oder Versorgungsaspekte relevant sind und wie dieser Verbesserungsbedarf erhoben werden soll, kurz, es fehlt die Bestandsanalyse.

Die AWMF geht davon, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Erarbeitung der Nummern 2, 4 und 5 Abs. 1 den Sachverstand der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften miteinbindet. Die Entscheidungen des G-BA sind anschließend von einer unabhängigen Organisation fachgerecht zu evaluieren, um eine wissenschaftlich begründete Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Neufassung §136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Die AWMF begrüßt, dass zur Feststellung der Sicherstellungszuschläge (3) und zur Erarbeitung eines gestuften Systems für Notfallstrukturen (4) jeweils die betroffenen Fachgesellschaften beteiligt werden sollen.

Auch bei der Erarbeitung der unter Absatz (1) genannten Qualitätsindikatoren sollten die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften hinzugezogen werden.

In Bezug auf das gestufte System für Notfallstrukturen scheint der Zeitplan der Festlegung einerseits sehr ehrgeizig, andererseits fehlt Soforthilfe. Weiterhin sollte unbedingt die Finanzierung der gesamten Maßnahmen geregelt und sichergestellt werden.

Neufassung § 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung

Dieser Paragraph ist sehr ungenau und ohne Zeitvorgaben formuliert. Gerade die Evaluation und entsprechende Anpassung der ressourcenaufwändigen Qualitätssicherungsmaßnahmen ist

entscheidend für die Weiterentwicklung der Verfahren. Hier sollte ein detaillierter Evaluierungsplan gefordert und mit zeitlichen Vorgaben versehen werden.

Neufassung § 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

So wichtig die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Einhaltung von Qualitätsforderungen ist, die im Gesetzestext gewählte Form – Kontrolle durch den Medizinischen Dienst – ist nicht dazu angetan, die Qualität der Versorgung zu steigern. Im Gegenteil, sie wird ein Klima des Misstrauens und der Verteidigungsdiskussion erzeugen. Die AWMF lehnt den §275a in seiner vorgeschlagenen Form ab. Er macht den Eindruck, als ob er nicht ganz durchgedacht ist. Fragen nach der konkreten operationalen Umsetzung, den Kosten, dem geschulten MDK-Personal, der Schlichtung und der Überschneidung mit anderen qualitätssichernden Aktivitäten wie der externen Qualitätssicherung oder der Qualitätsberichterstattung werden nicht angesprochen. Die AWMF favorisiert dagegen ein Ausbau des Peer Reviews Verfahrens, der Zertifizierungsverfahren sowie des strukturierten Dialogs mit den regionalen Qualitätsbüros.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Ansprechpartner/Kontakt:

Dr. med. Monika Nothacker, MPH nothacker@awmf.org

Prof. rer. biol. hum. Hans Konrad Selbmann, Dipl-Math. selbmann@awmf.org

Anlage 1:

Dieser Stellungnahme sind die bis 12.05.2015 eingegangenen Kommentare und Stellungnahmen der folgenden wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften beigefügt:

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö)

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf-Hals-Chirurgie (DGHNO-KOC)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)

Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM)

Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)

Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie (GBM)

Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQMG)