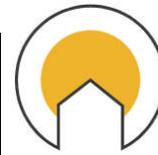


Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0124(12)neu
gel. VB zur Anhörung am 9.5.
11_Inektionsschutzgesetz
05.05.2011



BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Berlin, 05.05.2011

Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzesentwurf

„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“

Das Vorhaben der Bundesregierung, mit einem „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ bundeseinheitliche Regelungen zu schaffen und die Patientensicherheit sowohl im Krankenhausbereich als auch im niedergelassenen Bereich zu verbessern, ist aus Sicht des BDPK grundsätzlich zu begrüßen.

Durch die bisher im Krankenhausbereich durchgeführten Kostendämpfungsmaßnahmen ist davon auszugehen, dass die aus dem Gesetzesentwurf resultierenden Kosten für zusätzlich notwendiges Hygienepersonal in Höhe von ca. 400 Mio. Euro sowie die Kosten für umfassende Tests und Therapien der Patienten nicht allein mit den immer knapper werdenden Mitteln der Krankenhäuser finanziert werden können. Aus Sicht des BDPK sind daher Regelungen zu treffen, die den Krankenhäusern eine adäquate und nicht zu Lasten der Patientenversorgung gehende Umsetzung der Hygienevorgaben erlauben und die entstehenden Mehrkosten ausgleichen.

Ergänzend möchten wir zu der vorgesehenen Schiedsstellenlösung im Rehabilitationsbereich wie folgt Stellung nehmen:

Wir begrüßen die in Artikel 3 Nr. 2 und 3 vorgesehene Einführung eines Schiedsverfahrens zur Schlichtung von Konflikten zwischen den Krankenkassen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und schlagen zur weiteren Optimierung folgende Änderungen und Ergänzungen vor:

1. Änderungsvorschlag zu § 111 Abs. 2 SGB V:

„(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungs- und Vergütungsverträge ... Über die nach Satz 1 geschlossenen Vergütungsverträge hinaus können einzelvertraglich Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vereinbart werden.“

Begründung:

Entgegen der vorhandenen gesetzlichen Systematik, wonach Vergütungsvereinbarungen zwischen der Einrichtung und der Krankenkasse vereinbart werden, wird faktisch die Mehrzahl der Vergütungsvereinbarungen gemeinsam mit der Versorgungsvereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Einrichtung vereinbart. Die vorgeschlagene Änderung passt die rechtlichen Vorgaben an die gelebte Vertragswirklichkeit an und macht sämtliche Vergütungsvereinbarungen schiedsstellenfähig.

2. Änderungsvorschlag zu § 111 Absatz 5 SGB V Gesetzesentwurf:

„(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart.~~ muss angemessen und leistungsgerecht sein. § 10 Abs. 6 KHEntgG gilt entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 innerhalb von 2 Monaten, nachdem eine Vertragspartei ~~nach Satz 1~~ schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Diese ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“

Begründung:

Nach der Begründung des Referentenentwurfs soll die Schiedsstelle ein Instrument sein, mit der eine leistungsgerechte und angemessene Vergütung erreicht werden kann. Die bisherigen Erfahrungen in Vertragsverhandlungen zeigen, dass dort inhaltliche Argumente (Personalstruktur der Einrichtung, Qualitätsdaten, Leistungsangebote, allgemeine Kostenentwicklung) nicht berücksichtigt werden, obwohl der Grundsatz der Angemessenheit nach §§ 19 (Abs. 4 Satz 2), 35 (Abs. 1 Satz 2 Nr. 4) SGB IX zweifellos gilt. Um Klarheit zu schaffen und eine sachliche Argumentation im Schiedsverfahren zu ermöglichen, halten wir es für erforderlich, die Norm um die Anhaltspunkte „angemessen“ und „leistungsgerecht“ zu ergänzen. Die unmittelbare Erwähnung in der Norm entspricht der Ausgestaltung in anderen Leistungsbereichen des SGB V wie § 72 Abs. 2 SGB V für die ärztliche Vergütung. Darüber hinaus halten wir eine entsprechende Anwendung des für Krankenhäuser geltenden Orientierungswerts für sachgerecht. Rehabilitationseinrichtungen sind von den gleichen Kostenentwicklungen betroffen wie Krankenhäuser.

3. Zusammensetzung der Schiedsstelle gemäß § 111b Absatz 2 SGB V Gesetzesentwurf:

Die Schiedsstelle soll aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl bestehen. Fraglich ist, ob drei unparteiische Mitglieder einen qualitativen Mehrwert für die Konfliktlösung darstellen. Aus Sicht des BDPK sollte vielmehr die Schiedsstelle durch den unparteiischen Vorsitzenden und durch die in Absatz 1 genannten Verbände konstant besetzt sein. Diese Art der Besetzung würde zu einer ausgewogenen Interessensbildung der unterschiedlichen Positionen beitragen.

Es ist zudem nicht ersichtlich, warum die Reha-Schiedsstelle anders als andere Schiedsstellen in SGB V und XI nicht mit den Verbänden und dafür mit den Vertragsparteien selbst besetzt werden soll. Die angestrebte Konfliktlösung kann nur mit einer konstant besetzten, vom Einzelfall unabhängigen Schiedsstelle erreicht werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Schiedsstelle nicht als eine unabhängige Entscheidungsinstanz, sondern lediglich als ein Moderationsgremium für Streitige Einzelfälle wirkt.

Des Weiteren ist aus Sicht des BDPK im Rahmen der Änderung weiterer Gesetze eine Ergänzung des § 10 Abs. 12 KHEntgG vorzusehen.

4. In § 10 Abs. 12 KHEntgG wird Satz 2 wie folgt hinzugefügt:

„Von einer Einberechnung in den Landesbasisfallwert sind die Finanzierungstatbestände von Besonderen Einrichtungen auszunehmen.“

Begründung:

In § 10 Absatz 12 Satz 1 KHEntgG ist geregelt, dass das Pflegepersonal betreffende Finanzierungsbeträge (§4 Absatz 10) zum 01.01.2012 in den Landesbasisfallwert eingerechnet werden. Besondere Einrichtungen rechnen mehrheitlich nicht nach Landesbasisfallwert ab, sondern nach tagesgleichen Pflegesätzen oder individuellen Krankenhaus-Entgelten. Um zu verhindern, dass Besondere Einrichtungen die ihnen individuell errechneten Finanzierungsbeträge durch eine Einberechnung in den Landesbasisfallwert ganz oder teilweise verlieren, muss klargestellt werden, dass die aufgelaufenen Finanzierungsbeträge den Budgets der besonderen Einrichtungen solange erhalten bleiben, wie der Status als Besondere Einrichtung gilt.