

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(6)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
25.08.2015

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und
SPD für ein**

**Gesetz zur Reform der Strukturen der
Krankenhausversorgung**

(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

24. August 2015

Inhalt

Präambel	5
Allgemeiner Teil.....	7
1. Gesetzentwurf wird vehement abgelehnt	7
2. Stellungnahme des Bundesrates wird unterstützt	7
3. Strukturelle Unterfinanzierung – Laufende Kosten nicht gedeckt.....	7
4. Erwartungen an eine zukunftsorientierte Krankenhausreform.....	9
5. Qualitätskompetenz der Krankenhäuser	11
6. Zentrale Forderungen der Krankenhäuser	12
Besonderer Teil	13
Zu Artikel 1 Nr. 2: § 6 Abs. 1a KHG: Verbindlichkeit der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA für die Krankenhausplanung	13
Zu Artikel 1 Nr. 3: § 8 Abs. 1a – 1c KHG: Konsequenzen bei Nichterfüllung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA	14
Zu Artikel 1 Nr. 4: § 10 KHG: Investitionspauschalen.....	15
Zu Artikel 1 Nr. 5: §§ 12 bis 14 KHG: Einrichtung eines Strukturfonds	16
Zu Artikel 1 Nr. 7 a): § 17b Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG: DRG-System: Absenkung oder Abstufung von Relativgewichten	18
Zu Artikel 1 Nr. 7 a): § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG: DRG-System: Besondere Einrichtungen (Palliativstationen).....	19
Zu Artikel 1 Nr. 7 a): § 17b Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 KHG: Qualitätszu- oder –abschläge	20
Zu Artikel 1 Nr. 7 c): § 17b Abs. 3 KHG: DRG-System: Repräsentative Kalkulationsgrundlage	21
Zu Artikel 1 Nr. 8: § 17c KHG: Landesschlichtungsausschüsse.....	22
Zu Artikel 1 Nr. 9 a): § 17d KHG: PEPP-System: Repräsentative Kalkulationsgrundlage	23
Zu Artikel 2 Nr. 3: § 2 Abs. 2 KHEntgG: Zuschläge für besondere Aufgaben (Zentren)	23
Zu Artikel 2 Nr. 4 c) und d): § 4 Abs. 2a und 2b KHEntgG: Mehrleistungsabschlag und Fixkostendegressionsabschlag	24
Zu Artikel 2 Nr. 4 h) bis j): § 4 Abs. 8 KHEntgG: Pflegestellenförderprogramm	32
Zu Artikel 2 Nr. 5 b): § 5 Abs. 2 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen: Sicherstellungszuschlag	34
Zu Artikel 2 Nr. 5 c): § 5 Abs. 3 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen: Zuschläge für besondere Aufgaben (Zentren)	38
Zu Artikel 2 Nr. 5 d): § 5 Abs. 3a KHEntgG: Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge	38
Zu Artikel 2 Nr. 5 d): § 5 Abs. 3b KHEntgG: Klinische Sektionen.....	40
Zu Artikel 2 Nr. 5 d): § 5 Abs. 3c KHEntgG: Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA- Richtlinien.....	40
Zu Artikel 2 Nr. 8 c): § 8 Abs. 10 KHEntgG: Versorgungszuschlag.....	42
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG: Nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags	44
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG: Erhebungsdauer für Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse	46
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene: Konkretisierung der besondere Aufgaben (Zentren).....	46

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene: Klinische Sektionen	48
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG: Nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen.....	49
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG: Nähere Ausgestaltung von Zu- und Abschlägen für Notfallversorgung	50
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1b KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene: Verhandlungskorridor Bundesbasisfallwert.....	51
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1b Satz 2 KHEntgG: Empfehlungen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven	51
Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1c KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene: Absenkung oder Abstufung von Bewertungsrelationen	52
Zu Artikel 2 Nr. 9 b): § 9 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene: Konfliktlösungsmechanismus bei Abrechnungsbestimmungen	53
Zu Artikel 2 Nr. 9 b): § 9 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene: Konfliktlösungsmechanismus bei Absenkung oder Abstufung von Bewertungsrelationen	54
Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) aaa): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene: Berücksichtigung der Leistungsentwicklung von DRG-Fallpauschalen... ..	54
Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) bbb): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene: Berücksichtigung von Ausgabenentwicklungen außerhalb des Fallpauschalenbereichs	54
Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) ccc): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene: Auswirkungen des Sicherstellungszuschlages nach § 5 Abs. 2 und von „besondere Aufgaben von Krankenhäusern“ (Zentren) nach § 5 Abs. 3	55
Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) ddd) und c) bb): § 10 KHEntgG: Überführung der befristeten G-BA-Zuschläge in die Landesbasisfallwerte	57
Zu Artikel 2 Nr. 10 b) bb): § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG: Konkretisierung der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven	57
Zu Artikel 2 Nr. 10: § 10 Abs. 5 KHEntgG: Tarifraten	59
Zu Artikel 2 Nr. 10 d) cc): § 10 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG: Meistbegünstigungsklausel	60
Zu Artikel 2 Nr. 10 e) aa): § 10 Abs. 8 Satz 1 KHEntgG: Untere Korridorgrenze	60
Zu Artikel 2 Nr. 10 e) bb) bis dd): § 10 Abs. 8 Satz 2 bis 4 KHEntgG: Obere Korridorgrenze	61
Zu Artikel 2 Nr. 10 e) ee): § 10 Abs. 8 Satz 7 KHEntgG: Basisfallwerte an der unteren Korridorgrenze	61
Zu Artikel 2 Nr. 10 e) ee) und ff): § 10 Abs. 8 Satz 7 und 8 und Abs. 11 KHEntgG: Untere Korridorgrenze: Redaktionelle Folgeänderungen	62
Zu Artikel 2 Nr. 10 e) ff) bbb): § 10 Abs. 8 Satz 8 2. Halbsatz KHEntgG: Berücksichtigung von Fehlschätzungsausgleichen	62
Zu Artikel 2 Nr. 10 h): § 10 Abs. 13 KHEntgG: Vereinbarung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlages	63
Zu Artikel 4: § 10 Abs. 9 KHEntgG: Umstellung der Ermittlung des Bundesbasisfallwertes ab 2021	65
Zu Artikel 5 Nr. 4: § 5 Abs. 3 und 4 BPfIV: Qualitäts- Zu- und Abschläge	66
Zu Artikel 5 Nr. 5: § 8 Abs. 4 BPfIV: Mehrkosten aufgrund Beschlüsse des G-BA.....	66
Zu Artikel 5 Nr. 6: § 9 Abs. 1 Satz 1 BPfIV: Vereinbarung auf Bundesebene: Zu- und Abschläge	66

Zu Artikel 5 Nr. 6: § 10 Abs. 2 Satz 1 BPfIV: Vereinbarung auf Landesebene	67
Zu Artikel 5 Nr. 9: § 18 Abs. 2 BPfIV Ausweitung der Rückzahlungsverpflichtung von Psych- PV Mitteln	67
Zu Artikel 6 Nr. 4: § 87a Abs. 5 SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten.....	68
Zu Artikel 6 Nrn. 8 und 9: §§ 109 und 110 SGB V: Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	68
Zu Artikel 6 Nr. 10: § 110a SGB V: Qualitätsverträge	69
Zu Artikel 6 Nr. 13: § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V: Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen.....	70
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 135b SGB V: Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung	71
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 135c SGB V: Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft	71
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136a SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	72
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	73
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 1 Nr. 2 sowie Abs. 3 und 4 SGB V: Mindestmengen	76
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 6 SGB V: Qualitätsbericht.....	79
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 7 Satz 1 SGB V: Veröffentlichung Qualitätsberichte: G-BA	80
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 7 Satz 3 SGB V: Veröffentlichung Qualitätsberichte: Krankenhäuser	80
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136c SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	81
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136d SGB V: Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.....	85
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 137 Abs. 1 - 3 SGB V: Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	85
Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136c Abs. 3 SGB V: Vorgaben des G-BA zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen.....	88
Zu Artikel 6 Nr. 20: § 221 Abs. 2 SGB V: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	89
Zu Artikel 6 Nr. 21: § 271 Abs. 2 SGB V: Gesundheitsfonds.....	90
Zu Artikel 6 Nrn. 22, 23 und 24: §§ 275a, 276 und 277 SGB V: Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).....	90
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	94
Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus	94
Hygiene-Förderprogramm	97
Psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V	98
Erlösausgleiche	99
Abgrenzung d. Auffälligkeitsprüfung v. d. Prüfung d. sachlich-rechnerischen Richtigkeit ...	100
Berichtigung von Fehlschätzungen beim Landesbasisfallwert	103
Verbesserung der Finanzierung von mikrobiologischen Screening-Untersuchungen	104

Präambel

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Stellungnahme des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung und der Koalitionsfraktionen unterstreicht die Berechtigung der Kritik an der Krankenhausreform. Die Umsetzung der von den Ländern geforderten Nachbesserungen wäre ein wichtiger Schritt in Richtung einer zukunftsweisenden Reform.

Allgemeiner Teil

1. Gesetzentwurf wird vehement abgelehnt

Die DKG und ihre Mitgliedsverbände stellen mit Bedauern fest, dass im bisherigen Beratungsverfahren über das KHSG die vorgetragenen Einwände und Verbesserungsvorschläge weitestgehend ungehört und unberücksichtigt geblieben sind. In dem nunmehr vorliegenden Gesetzentwurf ist lediglich die Streichung der in der vergangenen Legislaturperiode eingeführten Schlichtungsausschüsse auf Landesebene besonders positiv hervorzuheben. Ansonsten sind gegenüber dem Referentenentwurf nur marginale Veränderungen festzustellen. Deshalb halten die Krankenhäuser und ihre Mitgliedsverbände an ihrer vehementen Ablehnung des Gesetzesentwurfs fest. Der Entwurf der Fraktionen leistet keinen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und schwächt die medizinische Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser. Ohne grundlegende Nachbesserungen wird die Reform keinen Beitrag zur Verbesserung der schwierigen Lage der Krankenhäuser leisten können.

2. Stellungnahme des Bundesrates wird unterstützt

In seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf spricht sich der Bundesrat für umfassende Nachbesserungen und die Prüfung zusätzlicher finanzieller Entlastungen der Krankenhäuser aus. Die von den Bundesländern u. a. geforderte Überführung des Versorgungszuschlages in die Landesbasisfallwerte, die Begrenzung des Fixkostendegressionsabschlages sowie die vollständige Freistellung der Landesbasisfallwerte von Leistungsmengenentwicklungen und neuen Absenkungstatbeständen sind die Kernelemente eines zwingend erforderlichen Nachbesserungspaketes, das auch die Krankenhäuser einfordern.

3. Strukturelle Unterfinanzierung – Laufende Kosten nicht gedeckt

Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser schreibt rote Zahlen. Die überwiegende Zahl der Krankenhäuser kann keine freien Reserven zur Zukunftsgestaltung aufbauen.

3.1 Unterfinanzierung der tarifbedingten Personalkosten

Eine wesentliche Ursache für die finanziellen Nöte der Krankenhäuser sind die restriktiven gesetzlichen Vorgaben für die jährlichen Vergütungsanpassungen. Die bestehende Deckelung der Vergütungsanpassung durch die Grundlohnrate bzw. den Orientierungswert wird ohnehin ungemindert fortgesetzt, obwohl die Tarifabschlüsse in den letzten Jahren nahezu regelmäßig oberhalb der Begrenzungsrate lagen. Verschärfend hinzu kommen die gesetzlichen Vorgaben, die verhindern, dass die o. g. Raten überhaupt als Preiszuwachs zur Kostendeckung zur Verfügung stehen. Insbesondere die absen-

kende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung hat dazu geführt, dass die Krankenhäuser schon seit Jahren nicht mehr in der Lage sind, ihre steigenden Personalkosten zu refinanzieren. Alleine im 5-Jahres-Zeitraum von 2011 bis 2015 entstand so eine Refinanzierungslücke von rund 4,5 %. Für das Jahr 2015 bedeutet diese eine kumulierte Unterfinanzierung des tarifbedingten Personalkostenzuwachses in Höhe von rund 2,5 Mrd. Euro.

Tabelle 1

Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	Summe
Anstieg Tariflöhne (TVöD)	1,80 %	3,50 %	2,80 %	4,07 %	2,50 %	14,67 %
Anstieg Landesbasisfallwerte*	0,32 %	2,07 %	2,66 %	3,06 %	2,07 %	10,18 %
Refinanzierungslücke	- 1,48 %	- 1,43 %	- 0,14 %	- 1,01 %	- 0,43 %	- 4,49 %

*Einschließlich Versorgungszuschlag und Tarifrante.

Die Zahlen machen deutlich, dass viele Krankenhäuser die laufenden Kosten des Betriebes nicht decken können. Über die Tarifsteigerungen hinausgehende Personalkostenzuwächse bleiben ebenfalls ungedeckt. Die Krankenhäuser werden in Verluste bzw. restriktive Personalbewirtschaftung getrieben.

3.2 Eine Milliarde Unterdeckung bei ambulanten Notfall-Leistungen

Als weitere wesentliche Ursache für Defizite in den Krankenhäusern ist die absolut unzureichende Finanzierung der ambulanten Notfall-Leistungen bekannt und durch Studien nachgewiesen. Die Krankenhäuser erhalten durchschnittlich 32 Euro für die umfassenden medizinischen Notfall-Leistungen – haben aber Kosten in Höhe von 120 Euro je Fall. Die Unterdeckung beläuft sich jährlich auf ca. 1 Mrd. Euro und trägt damit ebenfalls in erheblichem Maße zur großen Zahl von Krankenhäusern mit Verlusten bei.

3.3 Investitionskosten-Unterfinanzierung

Nicht minder dramatisch und für die Krankenhäuser defizitverstärkend wirkt sich die Investitionskosten-Unterfinanzierung aus. Vom Bund und den Ländern anerkannt und durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkulatorisch belegt, haben die Krankenhäuser einen jährlichen Investitionsbedarf von rund 6 Mrd. Euro. Diesem Betrag steht jedoch nur eine jährliche Investitionsförderung der Länder in Höhe von rund 2,8 Mrd. Euro gegenüber. Das resultierende **Investitionsdefizit von über 3 Mrd. Euro pro Jahr** verhindert notwendige bauliche, sicherheitstechnische und medizintechnische Weiterentwicklungen und begrenzt die Möglichkeiten, über Rationalisierungsinvestitionen Kosten zu senken und Qualität und Infektionsprophylaxe durch Investitionen zu verbessern. Soweit Krankenhäuser aus eigenen Mitteln oder über Fremdkapital Investitionen finanzieren, entstehen über die damit verbundenen Zinslasten und Abschreibungen in der dualen Finanzierungssystematik ungedeckte und ebenfalls defizit-verstärkende Kosten.

Tabelle 2

Jahr	2010	2011	2012	2013	2014
Investitionsförderung in Mrd. €	2,83	2,67	2,61	2,72	2,78
Investitionsbedarf in Mrd. €	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Investitionslücke in Mrd. €	- 3,17	- 3,33	- 3,39	- 3,28	- 3,22

3.4 Fazit

Drei maßgebliche systemische Finanzierungsunzulänglichkeiten sind ursächlich für die schwierige und vielfach defizitäre Lage der Krankenhäuser. Die Krankenhausreform leistet keine wesentlichen Beiträge zu Verbesserungen.

4. Erwartungen an eine zukunftsorientierte Krankenhausreform

Die Krankenhäuser erwarten von der Reform, dass sie die Voraussetzungen für eine dauerhaft verlässliche Refinanzierung unvermeidbarer Kostensteigerungen im Personal- und Sachkostenbereich schafft und das Problem der völlig unzureichenden Finanzierung von Investitionen und Notfall-Ambulanzen löst. Geradezu entsetzt sind die Krankenhäuser deshalb über die neu vorgesehenen Kürzungsvorgaben bei der Betriebskostenfinanzierung. Über Jahre klaffen – wie Tabelle 1 zeigt – die Tarifsteigerungen und die realisierten Zuwächse der Landesbasisfallwerte auseinander. Die Grundlohnzuwächse stehen aufgrund der gesetzlichen Absenkungsfaktoren für die Personalkostenzuwächse nicht voll zur Verfügung.

4.1 Leistungsbezogene Kürzungen der Landesbasisfallwerte müssen weg

Hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben für die jährlichen **Verhandlungen der Landesbasisfallwerte** hatten die Krankenhäuser die Erwartung, dass die bisherigen leistungsmengenbezogenen Kürzungskomponenten ersatzlos gestrichen werden. Die vollständige Streichung der Absenkungstatbestände hätte zur Folge gehabt, dass den Krankenhäusern in Zukunft zumindest die volle Grundlohnrate weitestgehend zur Refinanzierung der jährlich steigenden Personalkosten zur Verfügung gestanden hätte. Stattdessen sieht der Gesetzentwurf eine nur teilweise Rücknahme der leistungsbedingten Absenkungen vor.

Selbst diese werden aber sofort wieder relativiert bzw. sogar überkompensiert, weil der Gesetzentwurf neue Kürzungen zu Lasten der Vergütungszuwächse vorsieht:

- Bei den Verhandlungen über die Obergrenze für die Landesbasisfallwerte (Veränderungswert) wird zu Lasten der Krankenhäuser wieder die Drittelungsregelung eingeführt, wenn der Orientierungswert höher als die Grundlohnrate sein sollte.
- Als neue Kürzungskomponenten bei den Landesbasisfallwerten eingeführt werden Produktivität, das ambulante Verlagerungspotenzial und vermutete Fehlbelegungen.

Diese Kürzungsvorgaben des Gesetzgebers lassen nur die Schlussfolgerung zu, dass von den ohnehin gedeckelten Grundlohnraten (Orientierungswert) möglichst wenig Mittel für die Finanzierung der Krankenhäuser bereitgestellt werden sollen. Damit bleiben die Unterfinanzierung der Personalkosten und der Rationalisierungsdruck auf das Personal ungemindert bestehen und wird über die neuen Kürzungsvorgaben noch verschärft. Die im Vergütungssystem installierten Hindernisse für unbestritten notwendige Personalentwicklungen stehen im Widerspruch zu der von der Koalition immer wieder betonten Personalorientierung, die mit dieser Reform erreicht werden soll.

4.2 Priorisierung und Rationierung durch überzogene Degressierung der Fallpauschalen-Preise

Verfestigt wird die Problematik der Personalkostenunterfinanzierung durch die überzogenen restriktiven Vorgaben für die **Vergütung zusätzlich vereinbarter Leistungen**. Die Vorgabe, dass die Verlagerung der Fixkostendegression von der Landesbasisfallwertebene auf die Ortsebene aufwandsneutral erfolgen soll, wird zu bestrafend hohen Abschlägen bei Leistungszuwächsen führen, die die betroffenen Krankenhäuser infolge von mehr Patienten und schwereren Erkrankungen aber erbringen müssen. Wenn dann auch noch zusätzlich zu den auf der Landesebene vorgegebenen Absenkungsquoten ergänzende Kürzungen in den Budgetverhandlungen vor Ort von den Kassen gefordert werden können, entsteht ein absolut unkalkulierbares Übermaß an Kürzungen bei der Finanzierung der zukünftigen Leistungserfordernisse, die die Krankenhäuser infolge der Weiterentwicklung der Medizin und des steigenden medizinischen Bedarfes zu erfüllen haben. Das vorgesehene Konzept ist deshalb nicht zukunftsfähig und wird zu Priorisierung und Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen zwingen.

Die Akzeptanz von Krankenkassen und Krankenhäusern in die Kalkulation der DRGs wird durch gesetzliche Vorgaben zu nicht datengesteuerten Eingriffen erheblich beschädigt.

4.3 Wegfall Versorgungszuschlag entzieht eine halbe Milliarde Euro

Besonders dramatisch wird sich die Finanzierungssituation der Krankenhäuser im Jahr 2017 darstellen. Der ersatzlose **Wegfall des Versorgungszuschlages** in 2017 wird den Krankenhäusern jährlich Finanzierungsmittel in Höhe von 500 Millionen Euro entziehen. Hinzu kommen weitere Vergütungskürzungen durch die auch im Jahr 2017 noch zu zahlenden Mehrleistungsabschläge aus den Jahren 2015 und 2016 sowie durch die neuen Fixkostendegressionsabschläge, deren Höhe und Erhebungsdauer die bisherigen Mehrleistungsabschläge deutlich übersteigen werden. Die Effekte dieser Kürzungskomponenten belaufen sich auf ca. 1 Mrd. Euro, die den Krankenhäusern im Wahljahr 2017 als unmittelbare Folge des Gesetzes entzogen werden.

4.4 Fazit: Negativ-Saldo 2017: Eine Milliarde Euro

Die punktuell für einzelne Versorgungsbereiche und spezifische Kosten vorgesehenen Finanzierungsverbesserungen können die zuvor genannten, breit wirkenden Verschlechterungen bei Weitem nicht ausgleichen. Zudem werden wenige Krankenhäuser z. B. von Sicherstellungszuschlägen oder von den Zentrumszuschlägen profitieren. Auch das Pflegestellenförderprogramm hilft dem unterfinanzierten Personalbestand

nicht. 2017 wird unter diesen Bedingungen für die Krankenhäuser zum finanziellen Katastrophenjahr.

5. Qualitätskompetenz der Krankenhäuser

In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland werden so umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen wie im Krankenhausbereich angewandt. Die Dokumentation und Aufbereitung von Daten für Zwecke der externen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie für Register und sonstige interne und externe Datenmeldepflichten kann schon heute als weltweit einmalig eingestuft werden. Zudem schaffen die Krankenhäuser durch ihre Datenerfassungen und durch die Datenauswertungen Transparenz, die kein anderer Bereich des deutschen Gesundheitswesens liefert. Gleichwohl sehen die Krankenhäuser Weiterentwicklungsbedarf und Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der Qualitätssicherung und in der laienverständlichen Darstellung der Qualitätsergebnisse.

5.1 Kein zusätzlicher Bürokratieschub

Darauf zu achten ist allerdings, dass der tatsächliche Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Mittelpunkt der Maßnahmen, insbesondere auch im Hinblick auf die damit verbundenen Dokumentationsaufwände, stehen muss. Die Einbeziehung von Qualitätsdaten in die Krankenhausplanung ist vor diesem Hintergrund eine sinnvolle Weiterentwicklung der Planungsinstrumente.

5.2 Qualitätsabschläge steuern nicht

Demgegenüber können die Krankenhäuser den hervorgehobenen Stellenwert der Qualitätsabschläge im Qualitätskonzept der Koalition nicht teilen. In keinem Bereich der Gebührenordnungen im Gesundheitswesen sind vom Erfolg der Behandlungen abhängige Vergütungsdispositionen vorgesehen. In höchst aufwendigen Verfahren müssten neue, rechtssicher einsetzbare Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Dies dürfte zu den vorgesehenen Fristen nicht realisierbar sein. Selbst wenn für einzelne, voraussichtlich wenige Leistungen abschlagsrelevante Indikatoren identifiziert werden können, stellt sich die Frage nach der Verhältnismäßigkeit des Aufwands zu dem Steuerungspotenzial, dieses auch im internationalen Bereich als höchst fragwürdig eingestuften Instrumentes. Ob im deutschen Gesundheitswesen bei einigen wenigen elektiven Leistungen am Ende vielleicht drei, vier oder fünf Krankenhäuser einen höchst Streitbehafteten Qualitätsabschlag für eine vorübergehende Zeit hinnehmen müssen oder nicht, hat für die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung überhaupt keine Bedeutung. Die Tatsache, dass auch die Krankenkassen solche Vergütungskürzungen ablehnen, sollte Anlass genug sein, das Instrument nicht weiter zu verfolgen.

5.3 Qualitätsverträge sinnvoll – Qualität ist aber unteilbar

Die geplanten Qualitätsverträge können demgegenüber als Erprobungsinstrumente sinnvolle Weiterentwicklungen unterstützen. Allerdings führen sie in der Ausgestaltung individueller Verträge zu der aus Sicht des behandelnden Personals wie auch der Patienten unverständlichen Einschätzung, dass Qualität teilbar sei. Qualitätsverträge mit einzelnen Kassen oder Kassenverbänden führen zwangsläufig zu einer Ungleichbe-

handlung der Patienten. Qualitätsdifferenzierende Medizin in ein und demselben Krankenzimmer kann keine sinnvolle Versorgungsoption sein.

5.4 Qualitätstransparenz sinnvoll weiterentwickeln

Die Krankenhäuser wollen dazu beitragen, dass die Qualitätstransparenz für die Patienten weiter verbessert wird. Die vorgesehene Verpflichtung zur Berichterstattung über Infektionsraten oder Personalausstattungen wird allerdings ergänzende Erläuterungen erforderlich machen. Bei Infektionen sind fachliche Risikoadjustierungsaspekte unvermeidlich. Die Krankenhäuser werden sich zudem veranlasst sehen, die unzureichenden Personal- und Investitionsmittelbereitstellungen im Kontext der Berichtspflichten darzustellen.

5.5 Qualitätskontrollen durch die Landesstellen für Qualitätssicherung

Die Krankenhäuser lehnen die Übertragung von Qualitätskontroll- und Überwachungsfunktionen auf die medizinischen Dienste der Krankenkassen entschieden ab. Gemeinsam mit den Kostenträgern sind in allen Bundesländern Landesstellen für Qualitätsüberprüfungen etabliert worden. Jeder der Beteiligten hat jederzeit die Möglichkeit, Prüfbedarfe einzubringen und umzusetzen. Die nunmehr vorgesehene Beauftragung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen überträgt Kontrollfunktionen ohne Not einseitig auf die Kostenträger.

6. Zentrale Forderungen der Krankenhäuser

Angesichts der zuvor erläuterten Kritikpunkte an dem Gesetzentwurf werden die Krankenhäuser die Krankenhaus-Reform erst nach Umsetzung der folgenden Nachbesserungen akzeptieren können:

- Vollständige Überführung des Versorgungszuschlages in den Landesbasisfallwert
- Gesetzliche Festlegung der Höhe und Dauer des Fixkostendegressionsabschlages auf 25 % und 3 Jahre mit einem umfassenden Ausnahmekatalog
- Vollständige Freistellung der Landesbasisfallwerte von Kürzungen bei Leistungszuwächsen
- Keine neuen Absenkungstatbestände im Landesbasisfallwert (Produktivität, ambulantes Verlagerungspotenzial, Fehlbelegung) und die Sicherstellung der Finanzierung tariflicher Personalkostensteigerungen
- Stabile und faire Rahmenbedingungen für die ambulante Notfallversorgung
- Nachhaltige Lösung der Investitionsmisere der Krankenhäuser
- Keine Ausweitung der Kontrollbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen
- Keine Vergütungsexperimente mit Qualitätsabschlägen

Besonderer Teil

Zu Artikel 1 Nr. 2: § 6 Abs. 1a KHG:

Verbindlichkeit der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA für die Krankenhausplanung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden Bestandteil des Krankenhausplanes. Deren Geltung kann durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Darüber hinaus können die Länder weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser stehen weiterhin zur Planungshoheit der Bundesländer in Bezug auf die Krankenhausplanung. Den automatischen Eingang der Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in die Krankenhauspläne der Länder sehen die Krankenhäuser kritisch. Die Entscheidung, ob diese Empfehlungen Eingang in einen Krankenhausplan finden sollen, sollte der jeweiligen Landesregierung obliegen, da die Krankenhausplanung seit jeher in deren genuinem Aufgabenbereich liegt. Die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erst durch Landesrecht modifizieren zu können, erzeugt ggf. einen unnötigen Mehraufwand an Bürokratie.

In jedem Falle muss sichergestellt werden, dass durch Qualitätssicherungsvorgaben der Länder den Krankenhäuser entstehenden Mehraufwendungen in Analogie der Zuschläge für Mehrkosten der G-BA Richtlinien refinanziert werden (siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 5 d Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien Seite 40).

Änderungsvorschlag zu Abs. 1a

2. In § 6 wird nach Absatz 1 der folgende Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind **können** Bestandteil des Krankenhausplanes **sein**. Durch **Die Landesrecht Landesregierungen** können die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ~~ganz oder teilweise ausgeschlossen~~ **beausschließen** **und** ~~oder eingeschränkt einschränken sowie~~ weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden **machen**.“

Zu Artikel 1 Nr. 3: § 8 Abs. 1a – 1c KHG:

Konsequenzen bei Nichterfüllung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 8 Absatz 1a KHG – neu – soll ein Verbot zur Aufnahme in den Krankenhausplan geschaffen werden, wenn ein Krankenhaus nicht nur vorübergehend und erheblich gegen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA nach § 136 c Absatz 1 SGB V – neu – verstößt. Korrespondierend dazu sollen bereits aufgenommene Plankrankenhäuser bei entsprechenden Verstößen nach § 8 Absatz 1b KHG – neu – durch Aufhebung des Feststellungsbescheides aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. § 8 Absatz 1c KHG – neu – stellt klar, dass die Absätze 1a und 1b nur dann Anwendung finden, wenn die Empfehlungen des G-BA nach § 6 Absatz 1a KHG – neu – Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind.

Stellungnahme

Falls Krankenhäuser im Rahmen ihrer Patientenbehandlung nachweisbar dauerhafte und erhebliche Qualitätsdefizite aufweisen, sind die durch § 8 Absätze 1a-1c KHG – neu – geregelten Konsequenzen auf der krankenhauserplanerischen Ebene zu akzeptieren. Hierfür müssten allerdings methodisch einwandfreie und justifiable Qualitätsindikatoren vorliegen oder zumindest zeitnah entwickelt werden können. Wie komplex die Indikatorenentwicklung ist, zeigt die Methodendiskussion zur Diskriminationsfähigkeit und Risikoadjustierung bei den derzeitigen Qualitätsindikatoren. Von aktuell 3,2 Mio. in der externen stationären Qualitätssicherung erfassten Datensätzen lassen lediglich 17.686 Datensätze bzw. 0,6% eine rechnerische Auffälligkeit erkennen. Von diesen 0,6 % weisen wiederum nur 10 % derzeit auf tatsächliche Qualitätsmängel in den Krankenhäusern hin. Bezogen auf die gesamten in der externen stationären Qualitätssicherung erfassten Daten sind dies lediglich 0,06 %. Hinzu kommt, dass viele G-BA Verfahren derzeit in Ermangelung einer tatsächlich sektorenübergreifenden Qualitätssicherung Zwischenentwicklungen darstellen, wie etwa die stationären Follow Up-Verfahren.

Hier würden den Krankenhäusern beispielsweise in Ausblendung des Versorgungsgeschehens (z. B. ambulant, Rehabilitation) zwischen den beiden stationären Messzeitpunkten schlechte Qualitätsergebnisse angelastet, die nicht in ihren Verantwortungsbereich fallen. Diese Krankenhäuser dann auch noch aus der Versorgung heraus zu nehmen, wäre für eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung fatal. Um dies zu verhindern, muss vor allem eine sachgerechte und rechtssichere Messbarkeit der Qualität unbedingte Voraussetzung für die in § 8 Abs. 1a – 1c KHG – neu – geregelten Konsequenzen sein.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 4: § 10 KHG: Investitionspauschalen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 KHG soll in Zukunft auf Basis einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen. Die Vorgaben des § 17 b Abs. 3 Satz 6 und 7 KHG gelten entsprechend auch für die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen. Danach sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulationsstichprobe entwickeln, das auch eine verpflichtende Teilnahme von bestimmten Krankenhäusern vorsehen kann, wobei in diesem Fall die uneingeschränkte Verwertbarkeit der gelieferten Daten zu gewährleisten ist und dazu die Daten umfassend zu prüfen sind. Im Falle der Nichteinigung auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsstichprobe ist die Anrufung der Bundesschiedsstelle vorgesehen.

Stellungnahme

Das Ziel einer breiteren Datenbasis bei der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen als tragfähigere Grundlage für deren Anwendung durch die Länder ist durchaus zu befürworten. Eine unsachgerechte Verteilung von ohnehin unzureichenden Investitionsmitteln durch eine Fehlbewertung einzelner Kostenmodule, liegt grundsätzlich nicht im Interesse der Krankenhäuser (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7 a, siehe Seite 18). Nur durch die freiwillige Teilnahme auf vertraglicher Grundlage konnte die bestehende vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem InEK und den kalkulierenden Krankenhäusern aufgebaut werden, mit denen die Erfüllung der hohen Qualitätsanforderungen an die gelieferten Investitionskostendaten gewährleistet werden kann. Eine Verpflichtung einzelner Krankenhäuser zur Lieferung von Anschaffungs- und Herstellungskostendaten der im Krankenhaus vorhandenen Anlagegüter würde die Qualität der Kalkulationsstichprobe nicht verbessern. Vielmehr sollte eine Teilnahme an der Kostenkalkulation durch eine mindestens kostendeckende Vergütung des Kalkulationsaufwands für die Krankenhäuser unterstützt werden.

Auch bei einer Ausweitung der Zwangs- und Kontrollmechanismen auf die Kalkulation der Investitionspauschalen bleibt das grundsätzliche Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung ungelöst (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5, Seite 16). Die Höhe der Investitionspauschalen hängt von den im jeweiligen Bundesland bereitgestellten Mitteln ab.

Änderungsvorschlag

Die Sätze in Artikel 1 Nr. 4 b) aa) sind wie folgt zu ändern:

In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ gestrichen, nach dem Wort „sachgerechten“ die Wörter „und **möglichst** repräsentativen“ eingefügt, der Punkt am Satzende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt „§ 17 b Absatz 3 Satz 6 und 7 und Absatz 7 Satz 6 sind entsprechend anzuwenden.“ (Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 7 c) bb) und cc) siehe Seite 21.)

Zu Artikel 1 Nr. 5: §§ 12 bis 14 KHG:

Einrichtung eines Strukturfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Ein Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur wird eingerichtet. Dieser hat den Zweck, den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren) zu fördern. Zudem sollen palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Hierzu wird einmalig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine Summe von 500 Mio. Euro – aufgeteilt nach dem Königsteiner Schlüssel für Maßnahmen in den Ländern – zur Verfügung gestellt. Falls sich die privaten Krankenversicherungen an der Förderung beteiligen, erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Der Fonds beteiligt sich mit maximal 50 Prozent an den jeweiligen förderungsfähigen Kosten. Die Errichtung des Fonds erfolgt auf Bundesebene, wo die Länder die Mittel – ausschließlich für neue Vorhaben – abrufen können. Das BVA prüft die Anträge und weist die Mittel zu; der entstehende administrative Aufwand wird aus den einmalig bereitgestellten Mitteln getragen. Nicht verausgabte Mittel können von den anderen Ländern abgerufen werden. Das BMG bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere für die Vergabe der Mittel sowie Kriterien, welche sicherstellen müssen, dass nur Gelder für die Verbesserung von Versorgungsstrukturen bereitgestellt werden. Auf Landesebene erfolgt die Entscheidung über die Mittelvergabe im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden (einheitlich und gemeinsam). Zur Abstimmung kann das jeweilige Land weitere Institutionen miteinbeziehen. Auch die Träger der geförderten Einrichtungen können an der Finanzierung beteiligt werden.

Gelder aus dem Fonds werden nur dann bereitgestellt, wenn die Länder zu den Vorhaben den in gleicher Höhe entsprechenden Förderbetrag leisten. Die Länder verpflichten sich, mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beizubehalten und um die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm zusätzlich zu erhöhen.

Ende 2018 wird der Fonds erstmals auf der Grundlage eines Zwischenberichtes im Hinblick auf den bewirkten Strukturwandel und die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung vom Bundesversicherungsamt in Abstimmung mit dem BMG und dem BMF überprüft. Die hierfür benötigten Aufwendungen werden aus den einmalig aus dem Gesundheitsfonds bereitgestellten Mitteln gedeckt.

Stellungnahme

Zunächst ist festzustellen, dass das zentrale Problem der vollkommen unzureichenden Investitionsregelfinanzierung weiter ungelöst bleibt. Das durch das InEK ermittelte Volumen von mindestens 6 Mrd. Euro stellt die jährlich für den Substanzerhalt der Krankenhäuser notwendigen Investitionsmittel dar. Bleibt es bei der dauerhaft viel zu niedrigen Investitionsförderung, geht dies in zunehmendem Maße zu Lasten der Substanz der Krankenhäuser mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsqualität der Mitarbeiter und auf die Versorgung der Patienten.

Im Sinne einer ersten Maßnahme zur Unterstützung der Krankenhäuser ist der Strukturfonds zu begrüßen, insbesondere wenn die zusätzlichen Mittel zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur bereitgestellt werden. Eine einseitig auf den Abbau von Versorgungskapazitäten ausgerichtete Zielsetzung würde den vielfältigen Aspekten der Krankenhausplanung nicht gerecht, die neben den nach Fachrichtung zu differenzierenden Versorgungsbedarfen, den unterschiedlichen Flächendeckungsgraden auch die demographischen Veränderungen und die zukünftige Entwicklung der ambulanten (Notfall-) Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten, berücksichtigen muss. Besonders förderungswürdig und damit in die Zielsetzung aufzunehmen sind Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur Verbesserung der IT-Infrastruktur.

Die Ausstattung des Fonds mit maximal 500 Mio. Euro – ggf. zuzüglich eines Anteils der privaten Krankenversicherungen – besitzt angesichts jährlich fehlender, bestands-erhaltender Investitionsmittel in Höhe von mindestens 3 Mrd. Euro allerdings nur ergänzenden Charakter. Zumindest bietet der Fonds die Möglichkeit mit strukturellen Verbesserungsmaßnahmen zu beginnen. Damit Anpassungsreaktionen auf veränderte Leistungsmöglichkeiten, Bevölkerungsveränderungen und andere Rahmenbedingungen stattfinden können, muss der Fonds grundsätzlich langfristig zur Anwendung kommen. Die Fördermaßnahmen der Länder erreichen bisher lediglich die Hälfte der nur für die Bestandserhaltung erforderlichen Mittel in Höhe von 6 Mrd. Euro. Die für strukturelle Maßnahmen zusätzlich notwendigen Mittel liegen in Anbetracht der bevorstehenden Schuldenbremse ohne Unterstützung durch den Bund außerhalb der derzeitigen Möglichkeiten der Länder. Deshalb ist es zwingend notwendig, dass Bund und Länder gemeinsam die Verantwortung für die Investitionsförderung der Krankenhäuser übernehmen. Der sich im Rahmen einer Quotierung ergebende Bundesmittelanteil von 3 Mrd. Euro sollte den Krankenhäusern idealerweise über einen dauerhaft wirksamen prozentualen Zuschlag zufließen.

Zumindest sollten die Krankenhäuser bei der Vereinbarung der Kriterien und des Näheren für die Vergabe der Mittel obligat beteiligt werden. Die Landeskrankenhausgesellschaften sind zwingend und regelhaft bei der Entscheidung über die Mittelvergabe mit einzubeziehen.

Es ist wichtig, dass mindestens die bisherige Förderquote der Länder erhalten bleibt. Daher ist es nachvollziehbar, dass die Beteiligung der Länder an den Fördermaßnahmen mit zusätzlichen Mitteln über die Berechnung der dreijährigen Durchschnittsförderung sichergestellt wird. Allerdings darf dadurch auch die Fördersumme des Jahres 2015 keinesfalls unterschritten werden; das Erreichen eines Förderniveaus mindestens in dieser Höhe ist sicherzustellen. Der obligate Anteil der Länder mit 50 % an den Fördermaßnahmen könnte allerdings dazu führen, dass die bereit gestellten Mittel nicht in dem erforderlichen Maße abgerufen werden können.

Änderungsvorschlag

Zu § 12 neu Abs. 1 Satz 3

„Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen;

palliative Versorgungsstrukturen sowie Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und zur Verbesserung der IT-Infrastruktur sollen gefördert werden.“

Zu § 12 neu Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 a)

„in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012³ bis 2014⁵ hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, **mindestens jedoch in Höhe der Haushaltsmittel des Jahres 2015.**“

Zu § 12 neu Abs. 3 Satz 1

„Das Bundesministerium für Gesundheit, **die Länder, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren** bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere das Nähere [...].“

Zu § 13 neu Satz 1

„Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie den Landeskrankenhausgesellschaften** treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesversicherungsamt gestellt werden soll.“

Zu Artikel 1 Nr. 7 a): § 17b Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG:

DRG-System: Absenkung oder Abstufung von Relativgewichten

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher vorgesehene Möglichkeit, die Bewertungsrelationen von Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl abgestuft vorzugeben, soll jetzt verpflichtend eingeführt werden. Um Vergütungsfehlansätze durch eine systematische Übervergütung einzelner DRGs bei sinkenden Sachkosten zu vermeiden, soll bis zum 30. Juni 2016 ein Konzept zur sachgerechten Korrektur der betreffenden Bewertungsrelationen vereinbart werden, das erstmalig im Vergütungssystem für das Jahr 2017 umgesetzt werden soll.

Stellungnahme

Der Kalkulationsgrundlage für das deutsche DRG-System wird auch international ein hohes qualitatives Niveau bescheinigt. Dieses beruht auf seiner konsequent empirischen Grundlage ausgehend von den tatsächlichen Ist-Kosten der Krankenhäuser. Eingriffe in die Kalkulationsergebnisse unter normativen Gesichtspunkten sollten daher den grundsätzlichen empirischen Ansatz der Ermittlung von Bewertungsrelationen nicht verlassen. Eine nicht anhand von Daten belegbare nachträgliche Korrektur von Relativgewichten würde die Akzeptanz des DRG-Systems gefährden. Inwieweit Absenkungen oder fallzahlabhängige Abstufungen von Relativgewichten aus den Kostendaten evident abgeleitet werden können, sollte zunächst vom InEK geprüft werden, damit auf Grundlage des Prüfergebnisses die Vertragspartner auf Bundesebene entscheiden können, ob dies ein gangbarer Weg ist. Nur aufgrund von Vermutungen und Erwartungen wirt-

sachlich begründeter Fallzahlsteigerungen kann den Krankenhäusern nicht eine sachgerechte Vergütung der entsprechenden Leistungen vorenthalten werden. Zudem konkreteren Abstufungen medizinisch sinnvolle Leistungskonzentrationen und Zentrenbildungen.

Da zwischen dem Jahr der Datenerhebung und der Anwendung des auf Basis dieser Kostendaten entwickelten DRG-Systems eine Lücke von zwei Jahren besteht, kann es zwischenzeitlich Kostenveränderungen geben, die im Fallpauschalenkatalog noch nicht abgebildet sind. Dies können sowohl Kostensenkungen als auch Kostensteigerungen sein. Das InEK versucht schon derzeit diese Kalkulationslücke, soweit es ihm möglich ist, zu schließen, indem es über ergänzende Abfragen bei den Krankenhäusern Preise von Sachgütern ermittelt. Diese Informationen werden bei der Bepreisung von Zusatzentgelten standardmäßig verwendet. Wenn deutliche Preissenkungen einzelner Sachgüter berücksichtigt werden und dadurch andere Fallgruppen mit Kostensteigerungen insbesondere beim Personal analog höher bewertet werden, ist dies sachgerecht.

Änderungsvorschlag

In § 17b Abs. 1 KHG ist der zweite Halbsatz von Satz 5 wie folgt zu ändern:

„sie können für Leistungen, bei denen sich durch hohe Fallzahlsteigerungen bedeutende Skaleneffekte ergeben, abhängig von einer Prüfung der sachgerechten Umsetzbarkeit durch das DRG-Institut gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorgegeben werden.“

Zu Artikel 1 Nr. 7 a): § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG:

DRG-System: Besondere Einrichtungen (Palliativstationen)

Beabsichtigte Neuregelung

Palliativstationen oder -einheiten wird durch eine Neuformulierung des § 17b Abs. 1 Satz 10 (neu) KHG gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbaren möchten. Diese Regelung soll für Palliativstationen oder -einheiten die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen vorgesehene Vereinbarungsregelung ersetzen. Damit können Krankenhäuser zukünftig dauerhaft eigenständig entscheiden, ob sie die Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder über krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte abrechnen wollen. Können sich die Vertragsparteien vor Ort nicht über die Höhe der krankenhausesindividuellen Entgelte einigen, ist wie bisher die Schiedsstelle anrufbar.

Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird sichergestellt, dass die Anerkennung von Palliativstationen als besondere Einrichtungen in den Budgetverhandlungen von den Kostenträgern nicht in Frage gestellt werden kann. Den personal- und zuzahlungintensiven Aspekten der Versorgung auf Palliativstationen und insbesondere der nicht vorbestimmbaren Dauer des Aufenthaltes wird damit Rechnung getragen. Zu begrüßen ist, dass die Definition

der VBE, wonach eine Palliativstation räumlich und organisatorisch abgegrenzt und über mindestens fünf Betten verfügen muss, gesetzlich verankert wird. Hiermit wird eine bewährte Definition ins Gesetz übernommen und die Planungssicherheit für die Krankenhäuser erhöht.

Zu begrüßen ist ebenfalls, dass in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG die Regelung aufgenommen wird, dass die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die von der Option Gebrauch machen, als besondere Einrichtung die Vergütung ihrer Leistungen krankenhausspezifisch zu vereinbaren, nicht beim Landesbasisfallwert absenkend berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 7 a): § 17b Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 KHG: Qualitätszu- oder -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung:

Es sollen bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge für vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegte Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität vereinbart werden.

Stellungnahme:

In keinem Bereich der Gebührenordnungen im Gesundheitswesen sind vom Erfolg der Behandlungen abhängige Vergütungsdispositionen vorgesehen. In höchst aufwendigen Verfahren müssten dafür neue, rechtssicher einsetzbare Qualitätsindikatoren entwickelt werden. Dies wird auch innerhalb der jetzt vorgesehenen, gegenüber dem Referentenentwurf verlängerten Fristen nicht realisierbar sein. Selbst wenn für einzelne, voraussichtlich wenige Leistungen abschlagsrelevante Indikatoren identifiziert werden könnten, stellt sich die Frage nach der Verhältnismäßigkeit des Aufwands zu dem Steuerungspotenzial dieses auch in internationalen Erfahrungen als höchst fragwürdig eingestuften Instrumentes. Die aktuell diskutierte Arbeit von Rajaram et al. (JAMA 2015; 314(4): 375-383) hat die Zweifel an Instrumenten dieser Art am Beispiel USA weiter verstärkt. Ob im deutschen Gesundheitswesen bei einigen wenigen elektiven Leistungen am Ende vielleicht einige wenige Krankenhäuser einen höchst streitbehafteten Qualitätsabschlag für eine vorübergehende Zeit hinnehmen müssen oder nicht, hat für die Weiterentwicklung der Qualität der medizinischen Versorgung keinerlei Bedeutung. Die für dieses populistische Vorhaben einzusetzenden Ressourcen sollten besser in effizient qualitätsfördernde Maßnahmen investiert werden.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung von § 17b Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 KHG

Zu Artikel 1 Nr. 7 c): § 17b Abs. 3 KHG:

DRG-System: Repräsentative Kalkulationsgrundlage

Beabsichtigte Neuregelung

Die DRG-Kalkulation soll in Zukunft auf Grundlage einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erfolgen. Dazu sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulationsstichprobe entwickeln, das auch eine verpflichtende Teilnahme von bestimmten Krankenhäusern vorsehen kann, wobei in diesem Fall die uneingeschränkte Verwertbarkeit der gelieferten Daten zu gewährleisten ist und dazu die Daten umfassend zu prüfen sind.

Stellungnahme

Das Ziel einer möglichst repräsentativen Kalkulationsstichprobe ist zu unterstützen, wenn dadurch Leistungsbereiche, in denen in den Kalkulationsdaten deutliche Disproportionen gegenüber der Grundgesamtheit der Daten nach § 21 KHEntgG vermutet werden, sachgerechter abgebildet werden. Eine Überbewertung einzelner DRGs, die zu einer unsachgerechten Verteilung von finanziellen Mitteln führt, liegt grundsätzlich nicht im Interesse der Krankenhäuser. Eine Verpflichtung einzelner Krankenhäuser zur Lieferung von Fallkostendaten unter Androhung von Sanktionen kann dafür aber nicht der richtige Weg sein und ist deshalb strikt abzulehnen. Nur durch die freiwillige Teilnahme auf vertraglicher Grundlage konnte bisher die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem InEK und den kalkulierenden Krankenhäusern aufgebaut werden, mit denen die Erfüllung der hohen Qualitätsanforderungen an die gelieferten Fallkostendaten gewährleistet werden konnte. Dies schließt die Bereitschaft der Krankenhäuser ein, den stetig steigenden Anforderungen des InEK an die Präzisierung der Kalkulationsmethodik gerecht zu werden und zusätzliche fallbezogene Informationen zu liefern sowie Anfragen nach der Plausibilität der Daten zu beantworten. Das DRG-System ist schon jetzt von einem hohen Umsetzungsaufwand gekennzeichnet (MDK-Prüfungen etc.). Kommt jetzt noch eine verpflichtende Kalkulationsteilnahme hinzu, wird die Akzeptanz des Vergütungssystems einer weiteren Belastung ausgesetzt.

Die Gewährleistung der uneingeschränkten Verwertbarkeit der Daten vorschreiben zu können, ist nicht realistisch. Derzeit können häufig Neueinsteiger in die Kalkulation zunächst nicht die Anforderungen des InEK erfüllen und nur schrittweise in weiteren Kalkulationsrunden ihre Daten in dem für ihre Verwendung zur Systementwicklung notwendigen Niveau zur Verfügung stellen. Viele der zurzeit nicht an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser besitzen nicht die organisatorischen Voraussetzungen für eine den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs gemäße Kostenträgerrechnung. Diesen auf eigene Kosten eine verpflichtende externe Kalkulationsunterstützung vorzuschreiben und erweiterte Prüfkompetenzen in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der übermittelten Daten vorzusehen, ist völlig unangemessen.

Änderungsvorschlag

Die Sätze in Artikel 1 Nr. 7 c) bb) und cc) sind wie folgt zu ändern:

*„Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und **möglichst** repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert. Auf der Grundlage eines vom DRG-Institut zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für die Weiterentwicklung der Kalkulationsstichprobe und geeignete Maßnahmen zu seiner Umsetzung.“*

Zu Artikel 1 Nr. 8: § 17c KHG: Landesschlichtungsausschüsse

Beabsichtigte Neuregelung

Neben der Streichung der durch Zeitablauf gegenstandslos gewordenen Termine in § 17c Absatz 2 Satz 3 sowie Absatz 3 Satz 7 KHG ist § 17c Absatz 4 KHG neu gefasst worden. Die Schlichtungsausschüsse auf Landesebene werden abgeschafft, wahlweise kann das Ergebnis einer MDK-Prüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V von einer gemeinsam von den beteiligten Parteien zu bestellenden, unabhängigen Schlichtungsperson überprüft werden. Gegen deren Entscheidung ist der Sozialrechtsweg eröffnet, allerdings nur dann, wenn diese der öffentlichen Ordnung widerspricht.

Ersatzlos gestrichen wurde das in § 17c Abs. 4a KHG geregelte Modellvorhaben einer Auffälligkeitsprüfung auf der Grundlage von Daten nach § 21 KHEntgG. Weiterhin finden sich Folgeänderungen zum ersatzlosen Entfall der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene sowie dem Modellvorhaben einer Auffälligkeitsprüfung in § 17c Absatz 4b KHG, insbesondere der Wegfall der verpflichtenden Durchführung eines Schlichtungsverfahrens auf Landesebene vor Klageerhebung bei Streitigkeiten bis 2.000 €.

Stellungnahme

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt nachdrücklich die von ihr seit langem geforderte Streichung der Regelungen zu den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene einschließlich der damit verbundenen Verpflichtung, bei Streitigkeiten bis zu einem Wert von 2.000 € vor Erhebung einer sozialgerichtlichen Klage ein Verfahren vor einem Schlichtungsausschuss auf Landesebene durchzuführen. Die Bundesregierung hat richtiger Weise erkannt, dass der finanziell und personell erforderliche Aufwand der Errichtung und Herstellung der Arbeitsfähigkeit der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene in keinem angemessenen Verhältnis zur angestrebten Entlastung der Sozialgerichte steht und daher als einzig sinnvolle Konsequenz die Vorschriften zu den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene gestrichen.

Die nunmehr vorgesehene Überprüfung der Ergebnisse einer MDK-Prüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V durch eine Schlichtungsperson kann seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft akzeptiert werden. Die Schlichtungsperson tritt nicht als Behörde, sondern als außergerichtlicher Konfliktlöser auf, es handelt sich somit um ein echtes

Schlichtungsverfahren, das zudem auf freiwilliger Basis durchgeführt werden kann, aber nicht durchgeführt werden muss. Zudem ist als Schlichtungsperson eine unabhängige Person gemeinsam von den Parteien des MDK-Prüfverfahrens zu bestellen.

Ebenfalls zu begrüßen ist die Streichung des Modellvorhabens einer Auffälligkeitsprüfung, da das Projekt nicht erfolgreich und aussagekräftig zu realisieren war.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 9 a): § 17d KHG:

PEPP-System: Repräsentative Kalkulationsgrundlage

Siehe analog Artikel 1 Nr. 7 c), Seite 21.

Zu Artikel 2 Nr. 3: § 2 Abs. 2 KHEntgG:

Zuschläge für besondere Aufgaben (Zentren)

Beabsichtigte Neuregelung

Als Voraussetzungen von Zuschlägen für besondere Aufgaben des Krankenhauses müssen die besonderen Aufgaben einem entsprechenden besonderen Versorgungsauftrag des jeweiligen Landes zu entnehmen sein. Dieser könne sich aus dem Krankenhausplan des Landes ergeben oder durch eine gleichartige Festlegung im Einzelfall erteilt werden. Die Einrichtung muss sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden.

Stellungnahme

Es ist grundsätzlich richtig und sachlogisch, dass der bisher undefinierte Zentrumsbegriff gestrichen wird und nunmehr bei den geplanten Zuschlägen auf besondere Aufgaben verwiesen wird. Die landesplanerische Festlegung dieser besonderen Aufgaben, entweder über den Landeskrankenhausplan oder auf Antrag im Einzelfall wird dagegen abgelehnt. Hierdurch würden bestehende Strukturen gefährdet, da bestehende Zentren, welche bisher nicht Landesplanerisch ausgewiesen sind, ihren bisherigen Status verlieren könnten. Aufgrund der weiteren Ausgestaltung in § 5 Abs. 3 KHEntgG, nach der die Vertragsparteien vor Ort die Zuschläge für besondere Aufgaben auf der Grundlage der Bundesvereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nr. 2 treffen sollen, findet zukünftig eine ausreichende Konkretisierung dieser besonderen Aufgaben statt. Die gesetzlichen Vorgaben machen eine zusätzliche landesplanerische Ausweisung verzichtbar, da die besonderen Aufgaben hierdurch bereits hinreichend beschrieben und abgegrenzt werden. Durch die geplante landesplanerische Ausweisung kann es in den einzelnen Bundesländern und bundesländerübergreifend zu der Situation kommen, dass Krankenhäuser mit identischer Aufgabenwahrnehmung unterschiedlichen Finanzierungstatbeständen unterworfen sein können, welche inhaltlich nicht begründbar sind. Dieser Sachverhalt

führt zu keiner Vereinheitlichung in den einzelnen Bundesländern und bietet dadurch keine Planungssicherheit.

Änderungsvorschlag

Dem § 2 Abs. 2 neu angefügten Sätze sind folgendermaßen zu ändern.

„Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“

Zu Artikel 2 Nr. 4 c) und d): § 4 Abs. 2a und 2b KHEntgG:

Mehrleistungsabschlag und Fixkostendegressionsabschlag

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Mehrleistungsabschlag soll ab dem Jahr 2017 durch einen Fixkostendegressionsabschlag für zusätzlich vereinbarte Leistungen abgelöst werden.

Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag führen zu einer überzogenen finanziellen Belastung für die Krankenhäuser, die – aus welchen Gründen auch immer – zukünftig von Mehrleistungen im Fallpauschalenbereich betroffen sind. Die Gründe für die Verschärfung sind vielfältig. In erster Linie tragen dazu die längere Abschlagsdauer mit 5 Jahren, eine in vielen Ländern zu befürchtende steigende Abschlagshöhe, die Begrenzung der Ausnahmetatbestände auf einen engen Katalog unverzichtbarer Ausnahmen sowie nochmals erhöhte Abschläge für Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen bei.

Jede erlöste Fallpauschale trägt zur Finanzierung des Personalkostenblocks bei. Personalkosten dürften in der Regel das größte Fixkostendegressionspotential darstellen. Mit überzogen hohen Abschlägen wird die Aufrechterhaltung der Personalausstattung in den Krankenhäusern gefährdet. D. h. die besonders personalintensiven Leistungen der inneren Abteilungen, der neurologischen oder geriatrischen Abteilungen, die vor allem viele ältere Patienten versorgen und die überdurchschnittlich weiter steigen werden, werden am stärksten von hohen Kürzungsquoten betroffen. Wenn die Fixkostendegressionsabschläge nicht behutsam und mit Augenmaß festgelegt werden, droht eine neue Komponente der Personalunterfinanzierung über die Krankenhäuser genau in den Bereichen zu kommen, wo dringend mehr Personal und Betreuung gebraucht wird.

Gegenüber dem Referentenentwurf sind an drei Stellen Veränderungen vorgenommen worden, die zu begrüßen sind. Die Problematik der Leistungsschwankungen soll mit der Neuformulierung besser berücksichtigt werden. Allerdings erfolgt dies, wie im Weiteren dargestellt, nach wie vor in nicht ausreichender Weise. Die ebenfalls neu vorgesehene grundsätzliche Freistellung der im DRG-Katalog abzustufenden Leistungen von Degressionsabschlägen sowie die Freistellung von Leistungen mit Sachkostenanteilen von mehr als zwei Dritteln ist zu begrüßen.

Neben der finanziellen Schlechterstellung aus den anfangs genannten Gründen tritt eine enorme Ausweitung der Komplexität infolge der unterschiedlichen Abschlagshöhen und -dauern in Abhängigkeit von der Art der anfallenden Mehrleistungen ein. Die Aufnahme neuer nicht konkret fassbarer und abgrenzbarer Tatbestände wie Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, lassen angesichts der Unbestimmtheit zahlreiche neue Konfliktfelder bei den Budgetverhandlungen erwarten. Diesbezüglich hilft es auch nicht weiter, wenn zukünftig die Vertragsparteien auf Bundesebene die näheren Einzelheiten zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags vereinbaren sollen (§ 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG).

Die Verhandlung des Mehrleistungsabschlags ist bereits nach den geltenden Vorgaben des § 4 Abs. 2a KHEntgG hochkomplex und angesichts des bestehenden Auslegungsspielraums (z. B. hinsichtlich des Umgangs mit Leistungsschwankungen) an vielen Stellen äußerst konfliktbehaftet. Anstatt an dieser Stelle einen Beitrag zur Vereinfachung und praktischen Umsetzbarkeit zu leisten, findet eine unzumutbare bürokratische Überfrachtung der Budgetverhandlungen statt. Zudem wird das demographische Risiko einseitig auf die Krankenhäuser verlagert.

Nachfolgend soll zu einzelnen Regelungen für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags näher Stellung genommen werden.

Im Rahmen der Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag wird implizit unterstellt, dass Krankenhäuser aus rein wirtschaftlichen Gründen nicht medizinisch indizierte Leistungen erbringen. Diese These konnte bis heute, auch im Rahmen des gemeinsamen Forschungsauftrags der Vertragsparteien auf Bundesebene, nicht verifiziert werden.

Obwohl der Beweis für das Vorliegen nicht medizinisch indizierter Leistungssteigerungen bis heute nicht erbracht werden konnte, soll für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, grundsätzlich ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden.

Eine Voraussetzung für die vom Gesetzgeber unterstellten wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen wäre, dass bei der Leistungserbringung die durchschnittlichen Erlöse die durchschnittlichen Kosten übersteigen. Für die Verhandlung über diesen Tatbestand müsste das Krankenhaus insofern für alle in Betracht kommenden Leistungen auf Basis einer Grenzkostenrechnung die erzielten Deckungsbeiträge offenlegen. Bereits die Vorhaltung einer Kostenträgerrechnung bedeutet eine große Herausforderung mit einem enormen Aufwand für die Krankenhäuser. Die Umsetzung einer leis-

tungsbezogenen Grenzkostenrechnung ist dagegen eine unzumutbare Belastung und auch kaum zu realisieren.

Darüber hinaus ergeben sich folgende weitere Kritikpunkte:

1. Für die Anwendung der Vorschrift ist es vollkommen unerheblich, ob und inwieweit in anderen Bereichen mit Leistungssteigerungen ggf. Verluste zu verzeichnen sind. Für Leistungen mit niedrigerer Fixkostendegression ist weder ein niedrigerer Abschlag noch eine niedrigere Abschlagsdauer vorgesehen. Die Regelung geht insofern einseitig zu Lasten der Krankenhäuser.
2. Auch bei Leistungen mit insgesamt positiven Deckungsbeiträgen wäre eine klare Abgrenzung zu Notfalleleistungen vorzunehmen, da diese nicht wirtschaftlich begründet sein können. Diese Abgrenzung gestaltet sich schon deshalb als äußerst schwierig, weil die meisten Leistungen des Krankenhauses sowohl als Notfall als auch geplant erbracht werden können.
3. Für Steigerungen bei einzelnen Leistungen kann es viele unterschiedliche Gründe geben (z. B. Einweisungsverhalten, Chefarztwechsel, Patientenpräferenzen, mehr Notfälle usw.). Um die Vorgabe umsetzen zu können, wäre eine rechtssichere Abgrenzung der verschiedenen Ursachen für Leistungssteigerungen vorzunehmen, was jedoch nicht möglich ist.
4. Die Vorgabe, die grundsätzlich geltende Höhe des Fixkostendegressionsabschlags durch die Vertragsparteien auf Landesebene festsetzen zu lassen, ist bereits höchst problematisch. Umso unverständlicher ist es, zusätzlich noch die Krankenhäuser mit der Vereinbarung höherer Abschläge oder längerer Abschlagsdauern für nicht klar voneinander abgrenzbare Tatbestände zu konfrontieren.
5. Obwohl es keine allgemein anerkannte Höhe von Fixkosten und variablen Kosten je DRG gibt, soll bei Leistungen mit höherer Fixkostendegression ein noch höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer vereinbart werden. Dies wird die Vertragsparteien vor Ort vor unlösbare Probleme stellen.

Es bleibt festzuhalten, dass mit der Aufnahme dieser nicht konkret abgrenzbaren und unbestimmten Tatbestände den Krankenkassen in jedem Fall zusätzliche Möglichkeiten eröffnet werden, in den Budgetverhandlungen erhöhte Abschläge einzufordern.

Zusätzliche Leistungen, die die Anforderungen des zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Ausnahmenkatalogs erfüllen und zusätzliche Leistungen, deren Bewertung abgesenkt oder abgestuft wurde, sollen nach Satz 3 nicht in die Grundlage zur Bemessung des Abschlags einbezogen werden. In der Gesetzesbegründung heißt es allerdings noch:

„Auf eine Erhöhung von Abschlagshöhe und -dauer durch die Vertragsparteien vor Ort ist für diejenigen Leistungen zu verzichten, für welche die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben für eine Absenkung oder Abstufung der Bewertung vorgegeben haben.“

Zwei Sätze später folgt die Gesetzesbegründung dagegen nun dem Inhalt der vorgesehenen Gesetzesänderung:

„Auch Leistungen, für welche die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben für eine Absenkung oder Abstufung der Bewertung gemacht haben, werden nicht in die Ermittlung der Abschlagssumme einbezogen.“

Die erste Passage in der Gesetzesbegründung ist wohl noch auf die Begründung im Referentenentwurf zurückzuführen und ist infolge der Anpassung Gesetzentwurf entbehrlich.

Für Mehrleistungen eines Krankenhauses, die dadurch begründet sind, dass Leistungen zwischen Krankenhäusern verlagert werden, ohne dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses ansteigt, soll nach Satz 4 der Fixkostendegressionsabschlag nur in halber Höhe angewandt werden. In der Gesetzesbegründung werden in diesem Zusammenhang Leistungszuwächse aufgrund der Schließung eines anderen Krankenhauses in der Umgebung oder aufgrund guter Qualität genannt.

Soweit durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern insgesamt keine Leistungssteigerungen eintreten, sind aus versorgungspolitischen Gründen Abschläge inakzeptabel. Dies hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 10.07.2015 deutlich gemacht. Selbst ein halbiertes Fixkostendegressionsabschlag ist in solchen Fällen nicht hinnehmbar. Immerhin ist an dieser Stelle erkennbar, dass die Kritik in der Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf aufgegriffen und der Versuch unternommen wurde, die Bestimmung von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern gangbarer zu machen. Die Ausgestaltung der Regelung lässt jedoch weiterhin erwarten, dass bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern in der Regel nicht der halbierte, sondern der volle Fixkostendegressionsabschlag Anwendung finden wird. Auch wenn nunmehr kein konkreter Nachweis mehr zu erbringen ist, hat das Krankenhaus die Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern auf Grundlage von Informationen, die den am Pflegesatzverfahren Beteiligten im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen.

Auch im Rahmen dieser Darlegungspflicht wird das Krankenhaus mit erheblichen Schwierigkeiten konfrontiert. Dies ist zum einen dem Umstand geschuldet, dass es schlicht nicht möglich ist, die genauen Ursachen einzelner Leistungssteigerungen zu ergründen. Zum anderen hat die Darlegung für die vereinbarten und nicht für die tatsächlich erbrachten Leistungen zu erfolgen, weil auch der Fixkostendegressionsabschlag auf Grundlage der vereinbarten Leistungsmenge umzusetzen ist. Es ist nicht davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Budgetverhandlungen bereits die Abschnitte E1 bis E3 sämtlicher anderen Krankenhäuser im Einzugsgebiet vorliegen, wie in der Gesetzesbegründung vereinfacht unterstellt wird. Dazu müsste sichergestellt sein, dass die Krankenkassen zunächst die Verhandlungen mit den Krankenhäusern führen, bei

denen verstärkt Leistungen in andere Krankenhäuser verlagert werden. Die Daten müssen zudem einerseits so aggregiert sein, dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Krankenhäuser möglich sind. Andererseits müssen die Leistungsbereiche identifizierbar sein, um Rückschlüsse auf Leistungsverlagerungen ziehen zu können, was aber nach der Gesetzesbegründung ausgeschlossen ist. Insofern wird die Problematik der Darlegung von Leistungsverlagerungen hiermit nicht gelöst.

Als weitere Bedingung für den halbierten Fixkostendegressionsabschlag kommt hinzu, dass Leistungsverlagerungen nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen dürfen. In der Regel ist jedoch schon aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts in den meisten Einzugsgebieten von einem regelhaften Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen auszugehen. Ob ein Anstieg erfolgt, müsste allerdings von den Vertragsparteien vor Ort vorausgesehen werden. Der Fixkostendegressionsabschlag ist grundsätzlich prospektiv zu vereinbaren. Selbst bei einer unterjährigen Budgetverhandlung ist nicht absehbar, ob im Einzugsgebiet des Krankenhauses mit einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen zu rechnen ist. Die Kostenträger werden in jedem Fall alle Möglichkeiten nutzen, um die Anwendung des halbierten Fixkostendegressionsabschlags für die Krankenhäuser nicht zur Anwendung kommen zu lassen. Hinsichtlich der Schwierigkeiten, das Einzugsgebiet eines Krankenhauses zu definieren, wird auf die Stellungnahme zu § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntG auf Seite 43 verwiesen.

Nach den Ausführungen in der Gesetzesbegründung ist von einer Leistungsverlagerung auszugehen, sofern bei den Krankenhäusern im Einzugsgebiet ein Leistungsrückgang eingetreten ist, der dem Leistungszuwachs bei dem aufnehmenden Krankenhaus weitgehend entspricht. Auch an dieser Stelle wird der zunehmende Versorgungsbedarf aufgrund der demographischen Entwicklung ignoriert. Selbst wenn Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern stattfinden, dürften diese kaum Berücksichtigung finden. Dazu ein plakatives Beispiel, in dem unterstellt wird, dass alle Krankenhäuser im Ausgangsjahr 2016 eine gleich hohe Leistungsmenge vereinbart haben:

	KH A	KH B	KH C	KH D	KH E
Leistungssteigerung 2016	1%	1%	1%	1%	1%
Leistungssteigerung 2017	0%	0%	5%	0%	0%

Im Jahr 2016 weisen alle Krankenhäuser eines Einzugsgebietes eine Leistungssteigerung von 1 % auf. Im Jahr 2017 hat dagegen nur noch das Krankenhaus C eine Leistungssteigerung in Höhe von 5 % zu verzeichnen, weil aufgrund einer außerordentlich guten Qualität zusätzliche Patienten gewonnen werden konnten, die ansonsten die anderen Krankenhäuser im Einzugsgebiet aufgesucht hätten. Nach den gesetzlichen Vorgaben würden die Leistungssteigerungen in Krankenhaus C dennoch nicht mit dem halbierten Fixkostendegressionsabschlag bewertet.

Zum einen ist die gesetzliche Voraussetzung, wonach Leistungsverlagerungen nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen dürfen, nicht erfüllt. Dazu müssten die Leistungen in den ande-

ren Krankenhäusern in entsprechender Höhe zurückgehen. Zum anderen ist auch die Bedingung aus der Gesetzesbegründung nicht erfüllt, wonach bei den anderen Krankenhäusern im Einzugsgebiet ein Leistungsrückgang eintreten muss. In keinem Krankenhaus liegt ein Leistungsrückgang vor, vielmehr stagniert die Leistungsmenge in den Krankenhäusern A, B, D und E.

Im Ergebnis wird mit dem halbierten Fixkostendegressionsabschlag ein weiterer Verhandlungstatbestand geschaffen, der jedoch mit Blick auf die dargestellten Umsetzungsschwierigkeiten kaum zur Anwendung kommen dürfte. In jedem Fall entstehen jedoch zusätzliche Konflikte in den Verhandlungen, die absehbar auch nicht durch die vorgesehene Vereinbarung auf Bundesebene beseitigt werden können.

Mit Satz 6 wird vorgegeben, dass für die Ermittlung des Abschlags neben den nach Satz 1 zusätzlich vereinbarten Leistungen auch die gegenüber Vorjahren, die nach dem Jahr 2016 liegen, eingetretenen Veränderungen der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einzubeziehen sind, soweit dies unter Berücksichtigung der maßgeblichen Abschlagsdauer erforderlich ist. Im Vergleich zum Referentenentwurf wird durch die vorgenommenen Anpassungen in Verbindung mit der Gesetzesbegründung nunmehr zumindest deutlich, was die Zielsetzung dieser Vorgabe ist.

Für den Fall, dass die vereinbarte Leistungsmenge zurückgeht, finden sich jedoch keine Vorgaben im Gesetzentwurf. Werden beispielsweise im Jahr 2018 weniger Leistungen vereinbart als im Jahr 2017, ist klarzustellen, dass auch der Abschlagsbetrag für vereinbarte Mehrleistungen des Jahres 2017 im Vereinbarungszeitraum 2018 entsprechend zu reduzieren ist. Entsprechenden Handlungsbedarf hat auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 10.07.2015 geäußert. Gleichfalls ist sicherzustellen, dass ein Mehrleistungsabschlag erst dann wieder anfällt, wenn die für das Jahr 2017 vereinbarte Leistungsmenge überschritten wird. Abweichend von Satz 1 darf bei zwischenzeitlichen Leistungsrückgängen nicht auf das Vorjahr als maßgebliches Bezugsjahr abgestellt werden. Ansonsten werden Krankenhäuser mit Leistungsschwankungen gegenüber Krankenhäusern, bei denen kontinuierliche Leistungssteigerungen zu verzeichnen sind, benachteiligt.

Es fehlt insofern weiterhin an einer unmissverständlichen Klarstellung, dass der Fixkostendegressionsabschlag bei einem Rückgang der vereinbarten Leistungsmenge entsprechend zu reduzieren ist und an einer sachgerechten Lösung für die Berücksichtigung von Leistungsschwankungen.

Ebenfalls ungeregelt bleibt die Berücksichtigung von Minderleistungen in einzelnen Leistungsbereichen. Eine Ermittlung des Abschlags unter Zugrundelegung der Gesamtcasemixsteigerung eines Krankenhauses (Saldobetrachtung über alle Leistungen) wird unter diesen neuen Vorgaben kaum mehr möglich sein. Auch wenn insgesamt für das Krankenhaus Mehrleistungen entstehen, gibt es fast immer auch Minderleistungen in einzelnen Bereichen. Diese Minderleistungen müssten auch bei unterschiedlichen Abschlagsquoten und -dauern adäquat angerechnet werden. Nicht klar ist auch, welche Vorgaben ggf. vorrangig zu beachten sind, wenn in einzelnen Bereichen Leistungssteigerungen, in anderen dagegen Leistungsminderungen zu verzeichnen sind.

Auch dies soll mit Hilfe eines Beispiels veranschaulicht werden:

	CM 2016	CM 2017
davon Leistungsveränderungen bei:	10.000	10.200
Leistungen mit normalem Abschlag		200
Leistungen mit höherem Abschlag		-50
Leistungen mit halbiertem Abschlag		50
Leistungssteigerung insgesamt:		200

Ein Krankenhaus hat im Jahr 2017 insgesamt 200 CM-Punkte mehr als im Vorjahr vereinbart. Insgesamt können somit – ohne die Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen – höchstens 200 CM-Punkte (Leistungssteigerung insgesamt) bei der Bemessung des Fixkostendegressionsabschlags berücksichtigt werden. Die 200 CM-Punkte entsprechen auch den Leistungssteigerungen im Bereich der Leistungen mit dem auf Landesebene festgelegten „normalen“ Abschlag. Bei den Leistungen mit höherer Fixkostendegression, die mit einem höheren Abschlag zu versehen wären, ist jedoch ein Rückgang um 50 CM-Punkte zu verzeichnen. Dem stehen Leistungssteigerungen aufgrund von Leistungsverlagerungen in gleicher Höhe gegenüber, die lediglich mit dem halbierten Fixkostendegressionsabschlag zu bewerten wären. In welchem Umfang der halbierte und der normale Fixkostendegressionsabschlag zur Anwendung kommen, bleibt ungeregt. An dieser Stelle wird gleichzeitig auch die mit der Vorschrift verbundene bürokratische Überfrachtung deutlich. Mit Blick auf die vorgesehene Abschlagsdauer von mindestens fünf Jahren und möglichen Schwankungen in den einzelnen Leistungsbereichen von Jahr zu Jahr ist eine praktikable Umsetzung der Vorgaben erst recht nicht vorstellbar.

Mit Satz 7 wird schließlich noch die erhöhende Berücksichtigung nachlaufender Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG aus den Jahren 2015 und 2016 bis zum Jahr 2018 vorgegeben, obwohl der Versorgungszuschlag mit Ablauf des Jahres 2016 entfällt. Eine weitere Regelung, die einseitig zu Lasten der Krankenhäuser geht. (s. hierzu auch Stellungnahme zur Aufhebung des Versorgungszuschlags, Artikel 2 Nr. 8 c, Seite 42).

In der Gesamtschau ist die Vorschrift des § 4 Abs. 2b KHEntgG eine Zumutung für alle an der Budgetverhandlung Beteiligten. Es ist nicht erkennbar, wie die Ermittlung des Abschlagsvolumens bei den vorgesehenen Regelungen noch mit vertretbarem Aufwand umgesetzt werden kann. Zahlreiche neue Konfliktfelder sind bereits jetzt vorprogrammiert. Nutznießer der damit verbundenen Streitigkeiten werden allein die Krankenkassen sein. Es ergibt sich an vielen Stellen ein erheblicher Auslegungsspielraum, der sicherlich auch nicht im Rahmen einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene über die näheren Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags beseitigt werden kann. Abhilfe kann hier nur eine deutlich vereinfachte und praktikable Regelung schaffen, zu der eine grundlegende Anpassung des § 4 Abs. 2b KHEntgG erforderlich ist.

Insgesamt sind zukünftig aufgrund des Zusammenwirkens der verschiedenen Regelungskomponenten (Laufzeit, „Mindestabschlagsvolumen“ auf Landesebene, zusätzliche „Nachverhandlung“ auf Ortsebene, etc.) weit überzogene Abschläge für zusätzliche

Leistungen zu erwarten. Dadurch wird es gerade für leistungsstarke Krankenhäuser mit qualitativ hochwertigen Versorgungsangeboten unattraktiv, auf die zunehmende Patientenbehandlungsbedarfe zu reagieren. Das gesundheitspolitische Ziel, die Krankenhausstrukturen sinnvoll zu verändern, wird daher durch die vorliegende Ausgestaltung von Fixkostendegressionsabschlägen konterkariert.

Änderungsvorschlag

Der bestehende Mehrleistungsabschlag sollte unter Beibehaltung der gesetzlich vorgegebenen Ausnahmetatbestände und einer Geltungsdauer von zwei Jahren bei einer Abschlagshöhe von 25 % fortgeführt werden. Die Vertragsparteien auf Ortsebene haben sich auf die gesetzlich fixierten Ausnahmetatbestände eingestellt, zu denen auch bereits erste Schiedsstellenentscheidungen vorliegen. Die Begrenzung des Mehrleistungsabschlags auf zwei Jahre trägt wesentlich zu einer praktikablen Umsetzung im Rahmen der Budgetverhandlungen bei, da dann auch Katalogeffekte, die keine Leistungsveränderungen darstellen, sachgerecht berücksichtigt werden können. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass Leistungssteigerungen infolge von medizinisch-technischen Innovationen oder demographisch bedingten Effekten regulär finanziert werden. Dazu ist eine Freigrenze in Höhe von mindestens 1 % einzuführen, bis zu der Mehrleistungen abschlagsfrei bleiben.

Es muss sichergestellt werden, dass Leistungsschwankungen nicht zu einer Mehrfachbelastung führen. Abschläge dürfen erst dann wieder zur Anwendung kommen, sobald ein in der Vergangenheit vereinbartes Leistungsmengenniveau wieder überschritten wird. Wurden zusätzliche Leistungen vereinbart und mit einem Abschlag versehen, tatsächlich aber nicht erbracht, hat eine entsprechende Korrektur des Abschlags zu erfolgen. Außerdem ist sicherzustellen, dass bei einem Rückgang der vereinbarten Leistungsmenge auch der Fixkostendegressionsabschlag entsprechend zu reduzieren ist. Soweit der Gesetzgeber die Abschläge für Leistungssteigerungen mit angeblichen Fixkostendegressionseffekten begründet, ist es nur folgerichtig, im umgekehrten Fall bei wegfallenden Leistungen auch Minderleistungszuschläge zu gewähren.

Die Krankenhäuser unterbreiten folgenden Vorschlag für eine Neufassung des § 4 Abs. 2a KHEntgG unter Verzicht auf den vorgesehenen § 4 Abs. 2b KHEntgG:

„¹Ab dem Jahr 2016 gilt für Leistungen, die mit bundeseinheitlich bewerteten DRG-Fallpauschalen vergütet werden, ein Vergütungsabschlag in Höhe von 25 Prozent (Mehrleistungsabschlag), soweit diese die vereinbarten Leistungen des jeweiligen Vorjahres um mehr als 1 Prozent (Freigrenze) überschreiten. ²Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 ist grundsätzlich für die Dauer von zwei Jahren zu erheben. ³Die dem Mehrleistungsabschlag unterliegenden Leistungen sind mit dem Landesbasisfallwert des Jahres zu bewerten, in dem diese erstmals vereinbart wurden; dies gilt auch im zweiten Erhebungsjahr. ⁴Abweichend von Satz 2 ist im Falle eines Rückgangs der vereinbarten Leistungen im Vergleich zum Vorjahr der Mehrleistungsabschlag entsprechend zu reduzieren; Bezugsgröße ist dabei die vereinbarte Summe der Bewertungsrelationen des Vorjahres unter Berücksichtigung der Freigrenze. ⁵Bei einem Rückgang der vereinbarten Leistungsmenge im Vergleich zum Vorjahr ist für die wegfallenden Leistungen ein einmaliger Minderleistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent zu erheben. ⁶Bei zwischenzeitlich vereinbarten Leistungsrückgängen nach dem Jahr 2016 kommt

der für das jeweilige Jahr geltende Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 nur insoweit wieder zur Anwendung, wie eine in der Vergangenheit erreichte vereinbarte maximale Leistungsmenge für DRG-Fallpauschalen wieder überschritten wird.

⁷*Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 findet keine Anwendung für zusätzlich vereinbarte Leistungen*

- 1. mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,*
- 2. im Zusammenhang mit der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen,*
- 3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden,*
- 4. die mit Fallpauschalen vergütet werden, für die gemäß Absatz 3 Sätze 4 und 5 besondere Ausgleichsregelungen gelten.*

⁸*Im Übrigen vereinbaren die Vertragsparteien in sachlich begründeten Fällen, insbesondere zur Vermeidung unzumutbarer Härten, Leistungen von der Erhebung des Mehrleistungsabschlags auszunehmen.* ⁹*Ferner können sie für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag aufgrund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen.* ¹⁰*Der Mehrleistungsabschlag ist durch einen einheitlichen prozentualen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen.* ¹¹*Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags, insbesondere zur Abrechnung und zu Ausgleichsregelungen, vereinbaren die Vertragsparteien.* ¹²*Der Mehrleistungsabschlag ist gesondert in der Rechnung auszuweisen.* ¹³*Die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen oder andere rein abrechnungstechnisch bedingte Veränderungen stellen keine Mehrleistungen im Sinne des Satzes 1 dar.“*

Zu Artikel 2 Nr. 4 h) bis j): § 4 Abs. 8 KHEntgG:
Pflegestellenförderprogramm

Beabsichtigte Neuregelung

Analog zum ersten Pflegestellenförderprogramm sollen Neueinstellungen und Aufstockung von vorhandenen Stellen des Krankenpflegepersonals mit 90 Prozent der Personalkosten refinanziert werden. Das Gesamtvolumen für die Jahre 2016 bis 2018 beträgt 0,45 Prozent des Budgets (rund 300 Mio. Euro insgesamt). Im Vergleich zum ersten Förderprogramm existiert nunmehr die Einschränkung, dass lediglich Pflegekräfte auf bettenführenden Stationen – mit Ausnahme von Intensivstationen - eingestellt bzw. Teilzeitarbeitsverhältnisse aufgestockt werden können.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Intention des Gesetzgebers zu begrüßen, die Einstellung bzw. Aufstockung von Pflegepersonal finanziell zu fördern. Allerdings ist das nun vorgelegte Förderprogramm vom Volumen her völlig unzureichend. Zudem führen die Einschränkungen hinsichtlich der zu fördernden Stellen dazu, dass die Umsetzung des Förderprogramms unpraktikabel wird und es zu Fehlallokationen kommt.

Mit dem Gesamtvolumen von rund 300 Mio. Euro dürften etwa 7.000 zusätzliche Pflegestellen geschaffen werden können. Dies bedeutet, dass im Durchschnitt gerade einmal drei bis vier zusätzliche Pflegestellen pro Krankenhaus im Zeitraum von drei Jahren geschaffen werden könnten, also eine pro Jahr. Dies ist vor dem Hintergrund der personellen Herausforderungen in der Krankenpflege völlig unzureichend. Eine spürbare Verbesserung der Personalsituation in den Krankenhäusern wird damit nicht erreicht und die Problematik der milliardenhohen Unterfinanzierung der Personalkosten in keinster Weise gemildert.

Die Einschränkung der Förderung auf Stellen in bettenführenden Stationen ist aus Sicht der Krankenhäuser ebenfalls zu kritisieren. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass in vielen Krankenhäusern heutzutage mit sog. Personalpools in der Pflege gearbeitet wird, dürfte schon die einwandfreie Zuordnung des Personals schwierig werden. Die eingeführten zusätzlichen Nachweispflichten des Krankenhauses führen zudem zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand.

Völlig unverständlich ist die explizite Herausnahme von Intensivstationen. Insbesondere in diesen hochsensiblen Bereichen ist eine gute personelle Ausstattung von hohem Nutzen für die Patientenversorgung.

Änderungsvorschlag

h) Der neue Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter ~~„in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“~~ eingefügt und wird die Angabe „2009 bis 2011“ durch die Angabe „2016 bis 2018“ ersetzt **und die Angabe „90“ durch „100“ ersetzt.**

bb) In Satz 2 wird die Angabe „0,48“ durch die Angabe „0,15“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „0,96“ durch die Angabe „0,3“ ersetzt.

dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter ~~„in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“~~ eingefügt und **wird** die Angabe „30. Juni 2008“ durch die Angabe „1. Januar 2015“ ersetzt.

ee) Satz 6 wird aufgehoben.

ff) In dem bisherigen neuen Satz 8 wird das Komma hinter dem Wort „Neueinstellungen“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ gestrichen.

gg) Der bisherige Satz 10 wird aufgehoben.

hh) Der bisherige Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen ~~in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen~~ nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 ~~in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich~~, über die aufgrund dieser Förderung ~~im jeweiligen~~, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, und über die im jeweiligen Förderjahr ~~in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich~~ zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“

ii) In dem bisherigen Satz 13 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

jj) Der bisherige Satz 14 wird wie folgt gefasst:

„Dazu, wie die zusätzlichen Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms dem Krankenhausbereich zur Förderung der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung dauerhaft zur Verfügung gestellt werden, erarbeitet bis spätestens zum 31. Dezember 2017 eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission Vorschläge.“

i) Im neuen Absatz 9 Satz 5 werden die Wörter „Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 4 und 7 bis 11“ ersetzt.

Zu Artikel 2 Nr. 5 b): § 5 Abs. 2 KHEntgG:

Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen: Sicherstellungszuschlag

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von § 5 Absatz 2 zur Regelung von Sicherstellungszuschlägen legt fest, dass die Vertragspartner vor Ort einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren, wenn die gesetzlichen Vorgaben sowie die Vorgaben des G-BA (siehe § 136c Abs. 3 SGB V) und des Landes erfüllt sind. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben erlassen. Hiermit sollen insbesondere regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung Rechnung getragen werden. Des Weiteren soll die zuständige Landesbehörde prüfen, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags erfüllt sind und auf dieser Grundlage entscheiden, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist. Voraussetzung, dass ein Krankenhaus einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann, ist, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Im Falle einer Krankenhausfusion wird ein Sicherstellungszuschlag ggf. für die betroffene Betriebsstätte unter bestimmten Kriterien weitergewährt (max. 3 Jahre). Sicherstellungszuschläge, soweit diese nicht auf abweichende Vorgaben des Landes zurückzuführen sind, wirken nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert. Krankenhäuser, die bereits einen Sicherstellungszuschlag vereinbart haben, erhalten unter den bisherigen Voraussetzungen eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2017.

Stellungnahme

Der Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 KHEntgG ist mit der Zielsetzung gesetzlich verankert, die Vorhaltung von Leistungen für die notwendige Versorgung der Bevölkerung auch dort sicher zu stellen, wo dies aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs über Fallpauschalen nicht ausreichend finanziert ist. Der Sicherstellungszuschlag ist in seiner Konzeption ein originärer Bestandteil des DRG-Systems liegt damit in der Zuständigkeit der „DRG-Selbstverwaltungspartner“.

Daher ist aus Sicht der Krankenhäuser auch die Festlegung von bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA nicht der richtige Weg. Der G-BA hat weder die Möglichkeiten noch die Ressourcen, um bundesweit und im Einklang mit der Krankenhausplanung zu prüfen und festzulegen, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zu dem neu eingefügten § 136c Abs. 3 SGB V, Seite 88).

Aus Sicht der Krankenhäuser wäre eine Stärkung der Verhandlungsmöglichkeiten der Vertragsparteien vor Ort in Abstimmung mit den Landesplanungsbehörden auf gesetzlicher Grundlage der richtige Weg, um den regionalen Notwendigkeiten der Sicherstellung Rechnung zu tragen. Die bestehende (Teil-)Regelung, dass die Landesregierungen ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung Vorgaben zu erlassen, ist aus Sicht der Krankenhäuser sachgerecht. Einer grundsätzlichen Festlegung durch den G-BA bedarf es hierbei nicht. Bei der Festlegung zur Vorhaltung von Leistungen für die notwendige Versorgung der Bevölkerung sind in erster Linie regionalen und örtlichen Besonderheiten Rechnung zu tragen. So sind neben der Lage und Erreichbarkeit auch die unterschiedlichen Anforderungen von Flächenländern und Stadtstaaten zu berücksichtigen. Die planerischen Ziele und die Planungstiefe unterscheiden sich zwischen den Ländern. Auch für die Regelung, dass die Landesbehörde prüfen soll, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags erfüllt sind und auf dieser Grundlage zu entscheiden hat, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist, bedarf es keiner grundsätzlichen Festlegung durch den G-BA. Da sich die länderspezifische Regelungstiefe der Krankenhausplanung und die individuellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses nicht abstrakt fassen lassen, können auch keine allgemeingültigen Kriterien auf Bundesebene zur Festlegung eines Zuschlags definiert werden.

Besonders kritisch ist die geplante Voraussetzung, dass ein Sicherstellungszuschlag nur vereinbart werden kann, wenn das gesamte Krankenhaus ein Defizit in der Bilanz aufweist. Damit würden derzeit zuallererst Krankenhäuser getroffen, welche bereits einen abteilungsbezogenen Sicherstellungszuschlag haben.

Krankenhäuser, bzw. Fachbereiche in einem Gebiet mit geringem Versorgungsbedarf, müssen für einen Sicherstellungszuschlag grundsätzlich in Betracht kommen, wenn die vorgehaltene Betriebsgröße und die dadurch verursachten Kosten nicht unter ein bestimmtes Minimum reduziert werden können (z. B. geburtshilfliche Abteilungen im ländlichen Raum).

Bei diesem Kriterium ist jeweils auf die einzelne Fachabteilung und nicht auf das Krankenhaus als Ganzes abzustellen. Es muss zwingend möglich sein, Sicherstellungszuschläge auch für einzelne Fachabteilungen geltend zu machen, wenn diese nicht kostendeckend betrieben werden können.

Aufgrund der Landeskrankenhausgesetzgebung sind die Träger nicht frei in der Entscheidung über ihr Angebot. Es kann nicht erwartet werden, dass ein bedarfsnotwendiger, unterfinanzierter Fachbereich durch Kürzungen in der Substanz anderer Bereiche quersubventioniert wird. Außerdem stellt sie eine Ungleichbehandlung zwischen defizitären Abteilungen verschiedener Krankenhäuser dar.

Die bisherige Rechtsprechung zum Sicherstellungszuschlag legt zu recht die bestehenden Rechtsnormen ebenfalls so aus, dass nicht auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses als Ganzes abzustellen ist, sondern auf einzelne Abteilungen, in denen die Leistungen erbracht werden, die durch die DRG-Erlöse nicht abgedeckt sind (so VG Gießen, Urt. 01.03.2012, - 7 K 1593/09, OVG Nordrhein-Westfalen Urt. 25. Mai 2012 - 13 A 469/11 und VG Schleswig-Holstein Urt. 22. Juni 2012 - 1 B 10/12).

Das im Falle einer Krankenhausfusion ein bisher bestehender Sicherstellungszuschlag ggf. für die betroffene Betriebsstätte unter bestimmten Kriterien für max. 3 Jahre weitergewährt werden kann, ist ein guter Ansatz. Die Vorgaben, dass sich das wirtschaftliche negative Ergebnis hier ebenfalls auf die gesamte Betriebsstätte bezieht und durch einen von den Krankenkassen beauftragten Jahresabschlussprüfer bestätigt werden muss, ist mit der o. g. Begründung ebenfalls abzulehnen.

Insgesamt werden die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag zukünftig sehr restriktiv ausgestaltet. Neben der grundsätzlichen Festlegung von Kriterien durch den G-BA, wird insbesondere auf ein bestehendes Defizit des Gesamthauses abgestellt. In der Begründung wird hierbei den Krankenhäusern pauschal missbräuchliches Verhalten mit Bezug auf unsachgerechter Zuordnungen der Defizite und Inanspruchnahme des Sicherstellungszuschlages unterstellt. Hier wird zur Begründung einer Gesetzesnorm den Krankenhäusern in absolut inakzeptabler Form eine kriminelle Energie unterstellt. Die Regelung, für Krankenhäuser, die bereits Sicherstellungszuschläge vereinbart haben, diese, im Rahmen einer Übergangsvorschrift bis einschließlich 2017 auf Grundlage der bisherigen Voraussetzungen weiter zu vereinbaren, ist aufgrund des Umsetzungszeitraums für die Vertragsparteien auf der Bundesebene sachlogisch und bietet den Krankenhäusern die notwendige Planungssicherheit.

Bezüglich der Stellungnahme zu den geplanten Regelungen zur absenkenden Wirkung der Zuschläge auf den Landesbasisfallwert aufgrund abweichender Vorgaben des Landes wird auf unsere Ausführungen zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 verwiesen (s. Seite 55).

Änderungsvorschlag

5. § 5 wird wie folgt geändert:

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

*„(2) Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach Satz 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der **für diese Bilanz Leistungen** ausweist. Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde. ~~betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:~~*

- 1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen;*
- 2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und*
- 3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;*

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach Satz 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung.“

Mit den skizzierten Anpassungen in dem § 5 Abs. 2 KHEntgG können die Vertragsparteien vor Ort, in Abstimmung mit den Landesbehörden in die Lage versetzt werden, Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren. Die Vorgaben des Koalitionsvertrages, „(...) die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung (zu) unterstützen“, würden hiermit umgesetzt.

Zu Artikel 2 Nr. 5 c): § 5 Abs. 3 KHEntgG:

Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen: Zuschläge für besondere Aufgaben (Zentren)

Beabsichtigte Neuregelung

Wie bisher vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zuschläge für besondere Aufgaben von Krankenhäusern nach Maßgabe des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4. Durch die neu eingefügten Sätze in § 2 Abs. 2 wird nunmehr eine Ausweisung durch die Landesbehörde vorgeschrieben. Eine Vereinbarung der Selbstverwaltungsparteien vor Ort soll auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2 erfolgen.

Stellungnahme

Wie in der Vergangenheit müssen die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die Zuschläge für besondere Aufgaben auf der Ortsebene vereinbaren. Dieses soll zukünftig auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2 erfolgen.

Sachlogisch ist für Krankenhäuser, die bereits Zentrumszuschläge vereinbart haben, im Rahmen einer Übergangsvorschrift diese bis einschließlich 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen weiter zu vereinbaren. Aufgrund der geplanten zeitlichen Umsetzung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben durch die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene würde sich ansonsten für die Vertragsparteien auf der Ortsebene eine Regelungslücke ergeben. Eine Weitergeltung bisheriger Vereinbarungen über „Zentrumszuschläge“ hätte in den Budgetverhandlungen für 2016 von den Kostenträgern mit dem Hinweis, dass bisher keine Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nummer 2 besteht, abgelehnt werden können. Krankenhäuser, die bisher schon Zentrumsaufgaben wahrnehmen, hätten hierdurch eine massive Schlechterstellung erfahren.

Die inhaltliche Stellungnahme zu den veränderten Rahmenbedingungen und der inhaltlichen Ausgestaltung, die sich aus § 2 Abs. 2 und § 9 Absatz 1a Nummer 2 ergeben, ist unter den entsprechenden Paragraphen aufgeführt.

Änderungsvorschlag

Keiner

Zu Artikel 2 Nr. 5 d): § 5 Abs. 3a KHEntgG:

Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 5 Absatz 3a wird die Vereinbarung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen zwischen den Vertragsparteien nach § 11 (Ortsebene) eingeführt. Der G-BA wird in § 136b SGB V beauftragt, einen Katalog mit geeigneten Leistungen und Bewertungskriterien vorzugeben sowie einrichtungsbezogene Datenauswertungen bereitzustellen (Ar-

tikel 6 Nummer 15, § 136 b Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V). Die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene nach § 17b KHG werden beauftragt, die Höhe der Zu- und Abschläge zu vereinbaren (Artikel 2 Nummer 9, § 9 Absatz 1a Nummer 4 KHEntgG). Die Vereinbarung auf der Ortsebene hat auf der Grundlage dieser Vorgaben des G-BA und der Bundesebene zu erfolgen, wobei „begründete Besonderheiten im Krankenhaus“ zu berücksichtigen sind.

Die Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien auf der Ortsebene feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen.

Sofern die Vertragsparteien auf der Ortsebene unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von 12 Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben.

Stellungnahme

Die DKG befürwortet Qualitätssicherung, die im Dialog mit den Krankenhäusern erfolgt und somit aktiv zu einer Verbesserung der Qualität beiträgt. Die vorgesehenen hochkomplexen Vorschriften für Qualitätszu- und -abschläge stellen dagegen keinen Beitrag zur Qualitätsverbesserung dar, sondern führen lediglich zu noch mehr Bürokratie und einer neuen Dimension der unberechtigten Misstrauenskultur. Auch die Regelung, bei Fortbestehen von „Qualitätsmängeln“ den Abschlag 12 Monate lang in doppelter Höhe zu erheben, stellt eine überzogene Schärfe dar. Im Ergebnis würden die vorgesehenen Maßnahmen zu einer massiven Verunsicherung der Patienten führen. Aus Sicht des Finanzierungssystems passen Qualitätszu- und -abschläge grundsätzlich nicht in die DRG-Systematik. Sie stellen den Einstieg in ein Rabattsystem dar, welches mit einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung nicht vereinbar ist. Die Krankenhäuser fordern daher, die vorgesehene Regelung ersatzlos zu streichen.

Die praktische Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird noch komplexer sein, als der Gesetzestext. Die Identifizierung rechtssicherer Qualitätsindikatoren für außerordentlich gute oder unzureichende Qualität aus den vorhandenen Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung wird in absehbarer Zeit kaum machbar sein. Es müssten neue Indikatoren in einem mehrjährigen Prozess entwickelt werden. Auch ist nicht erkennbar, wie die Festlegung der Höhe der Zu- und Abschläge durch die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene transparent und nachvollziehbar erfolgen soll. Jedenfalls ist der empirische Ansatz der DRG-System-Entwicklung für diese Aufgaben sicherlich nicht geeignet. Es ist zu befürchten, dass die Höhe der Zu- und Abschläge interessengeleitet und normativ gesetzt werden müsste (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9 a, § 9 Absatz 1a Nummer 4, Seite 49).

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung.

Zu Artikel 2 Nr. 5 d): § 5 Abs. 3b KHEntgG:

Klinische Sektionen

Beabsichtigte Neuregelung

Für klinische Sektionen sollen die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene zur Qualitätssicherung eine Sektionsrate festlegen, Durchschnittskosten einer Sektion festlegen und Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags bestimmen. Als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das DRG-Institut mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen.

Auf der Grundlage soll das einzelne Krankenhaus zukünftig Zuschläge berechnen. Aus der Summe der Kosten für klinische Sektionen in einer Klinik, sollen Zuschläge festgelegt werden, welche auf alle voll- und teilstationären Behandlungsfälle eines Krankenhauses umzurechnen sind.

Stellungnahme

Siehe Ausführungen zu § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG, Seite 48.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 5 d): § 5 Abs. 3c KHEntgG:

Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Richtlinien

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 5 Absatz 3c können die Vertragsparteien nach § 11 befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses vereinbaren. Dabei sind die Vorgaben der Bundesebene nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 zu berücksichtigen. Die Vereinbarung von Zuschlägen ist insoweit zulässig, als der G-BA keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Zuschläge sind auch für Mehrkosten zu vereinbaren, wenn diese ab dem [Datum der 2./3. Lesung des Gesetzes] auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass eine Möglichkeit zur Refinanzierung der Mehrkosten, die aus den Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses resultieren, geschaffen werden soll. Allerdings sollte noch klargestellt werden, dass auch die Mehrkosten, die durch die Beschlüsse des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und deren Umsetzung durch die Landesbehörden entstehen, von dieser Zuschlagsregelung erfasst werden. Zudem stellt die vorgesehene Umsetzung mit einem „Erlaubnisvorbehalt“ des G-BA und den unbegrenzten Inhalten der Vereinbarung auf Bundesebene eine unnötige Überregulierung dar, die zu einer massiven Einschränkung der Verhandlungsmöglichkeiten auf der Ortsebene führt. Es ist zu befürchten, dass eine zeitnahe Vereinbarung von Zuschlägen auf der Ortsebene nicht erreicht werden kann, was insbesondere für die Umsetzung der Richtlinie für Früh- und Reifgeborene sehr kritisch ist. Daher fordern die Krankenhäuser nachdrücklich, die Einschränkungen für die Verhandlungen auf der Ortsebene zu streichen und den Regelungsumfang der Vereinbarung nach § 9 KHEntgG auf das Notwendige zu begrenzen. Die mit dem Gesetzentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommene Umwandlung des „Erlaubnis-“ in einen „Verbotsvorbehalt“ des G-BA für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des G-BA (noch) nicht erfüllen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Noch besser wäre es, auch auf diese Einschränkung des Verhandlungsspielraums der Vertragspartner auf der Ortsebene zu verzichten.

Die Finanzierung der Mehrkosten durch krankenhausesindividuelle Zuschläge und deren spätere Überführung in die Landesbasisfallwerte ist sachgerecht und systemkonform. Es ist zwingend erforderlich, dass zeitgleich zur Abbildung des Mehraufwandes im Relativgewichtssystem der DRG-Fallpauschalen eine Anhebung des Basisfallwertes erfolgt, damit die vormaligen Zuschlagsmittel im DRG-System erhalten bleiben.

Mit der beabsichtigten Gesetzesänderung werden jedoch die Verhandlungsmöglichkeiten auf der Ortsebene durch Abhängigkeit von einer Bundesvereinbarung nach § 9 KHEntgG und durch die zusätzlichen Regelungsinhalte der G-BA-Richtlinien unnötig eingeschränkt. Auch mit dem „Verbotsvorbehalt“ des G-BA kann dieser mit inhaltlichen Vorschriften für die Zulässigkeit von Zuschlägen indirekt die Erbringbarkeit von Leistungen steuern und somit die Krankenhausplanung der Bundesländer unterlaufen. Sowohl die Abhängigkeit von einer Vereinbarung nach § 9 KHEntgG mit dem vorgesehenen Regelungsumfang, als auch die zusätzlichen Anforderungen an die G-BA-Richtlinien und Beschlüsse stellen eine unnötige Überregulierung dar.

Für die Umsetzung der Richtlinie für Früh- und Reifgeborene ist die vorgesehene Regelung nicht geeignet, da diese eine grundlegende Überarbeitung der Richtlinie erforderlich machen würde und auch hier vorher noch die Vorgaben der Bundesebene nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG entwickelt und vereinbart werden müssten. Eine zeitnahe Umsetzung der Zuschläge für diese Richtlinie, die bereits zum 1. Januar 2014 in Kraft getreten ist, ist somit faktisch unmöglich. Unabhängig davon ist mit der vorgesehenen Regelung für Maßnahmen, die nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden, nur eine Refinanzierung der Mehrkosten ab [Datum der 2./3. Lesung des Gesetzes] vorgesehen. Eine echte Rückwirkung zum Inkrafttreten der Richtlinie erfolgt nicht, so dass die Krankenhäuser, die bereits zeitnah nach Inkrafttreten der Richtlinie Maßnahmen umgesetzt haben, finanziell benachteiligt werden.

Die Krankenhäuser fordern, zur Umsetzung der Richtlinie für Früh- und Reifgeborene als Sofortmaßnahme ein gezieltes Personalförderprogramm für neonatologische Intensivstationen mit echter Rückwirkung zum 1. Januar 2014 einzuführen. Hierzu könnte auch das bereits mit Artikel 2 Nr. 4 vorgesehene Pflegeförderprogramm genutzt werden. Ersatzweise sollte zumindest für diese Richtlinie die Abhängigkeit von den zusätzlichen Anforderungen des G-BA und der Vereinbarung nach § 9 KHEntgG gestrichen und die Rückwirkung auf das Inkrafttreten der Richtlinie bezogen werden, um den Vertragspartnern auf der Ortsebene eine zeitnahe Umsetzung zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

„(3c) Bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 9 Absatz 1a Nummer 1 befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses **einschließlich der Beschlüsse nach § 136c Absatz 1 SGB V sowie deren Umsetzung nach § 6 Absatz 1 KHG.** Die Vereinbarung von Zuschlägen ist für Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht erfüllen, insoweit zulässig, als der Gemeinsame Bundesausschuss keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Zuschläge sind auch für Mehrkosten zu vereinbaren, wenn diese dem Krankenhaus ~~ab dem~~ *[Datum der 2./3. Lesung des Gesetzes]* auf Grund von Maßnahmen zur Erfüllung der zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses ~~entstehen~~ **entstanden sind** und die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.“

Zu Artikel 2 Nr. 8 c): § 8 Abs. 10 KHEntgG:

Versorgungszuschlag

Beabsichtigte Neuregelung

Der Versorgungszuschlag wird mit Ablauf des Jahres 2016 aufgehoben.

Stellungnahme

Ein Wegfall des derzeitigen bundeseinheitlichen Versorgungszuschlages von 0,8 % bedeutet für die Krankenhäuser eine Absenkung der Vergütungen im Volumen von rd. 500 Mio. Euro, die dauerhaft wirkt. Angesichts des Fortbestehens der massiven Belastungen der Krankenhäuser insbesondere im Personalkostenbereich wird damit die ohnehin schwierige Lage der Krankenhäuser noch weiter verschärft. Die ursprüngliche Zielsetzung einer nachhaltigen Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser des Jahres 2013 wird daher verfehlt. Auch der Bundesrat fordert in seiner Stellungnahme vom 10.07.2015 eine basiswirksame Einrechnung in den Landesbasisfallwert 2017.

Begründet wird der Wegfall im Zusammenhang mit der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene ab dem Jahr 2017, mit der auch die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsab-

schlag abgeschafft wird. Zur Vermeidung von Fehlanreizen sollen jedoch die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils noch dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag unterliegen. Der Mehrleistungsabschlag wirkt insofern bis in das Jahr 2018 fort, während der Versorgungszuschlag bereits 2016 ausläuft. Da ab 2017 der Fixkostendegressionsabschlag noch zusätzlich Anwendung findet, führt dies zu einer unangemessenen Mehrfachbelastung. Die Weitererhebung von Mehrleistungsabschlägen, wäre spätestens mit dem vorgesehenen Wegfall des Versorgungszuschlages in 2017 zwingend zu beenden. Der Bundesrat hat sich in seiner Stellungnahme sogar für eine Aufhebung des Mehrleistungsabschlages mit Ablauf des Jahres 2015 ausgesprochen.

Ergänzend ist anzumerken, dass einerseits keine vollständige Verlagerung der Mengenberücksichtigung stattfindet, weil Mengenentwicklungen bei Leistungen außerhalb des Fallpauschalenbereichs weiterhin absenkend wirken und andererseits durch die vorgesehenen Neuregelungen zum Fixkostendegressionsabschlag eine erhebliche Mehrbelastung auf die Krankenhäuser zukommt.

Anstelle einer Verbesserung der Regelfinanzierung der Krankenhäuser tritt mit dieser Maßnahme daher eine deutliche Verschlechterung bei ohnehin gedeckelten Zuwachsraten ein. Statt des Wegfalls der „doppelten Degression“ entsteht im Jahr 2017 eine „vierfache Belastung“ durch

1. die inkonsequente und halbherzige Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene,
2. die Weitererhebung des Mehrleistungsabschlages,
3. die erstmalige Erhebung des Fixkostendegressionsabschlages und
4. den Wegfall des Versorgungszuschlages.

Bei diesem Reformpaket ist eine weitere finanzielle Zuspitzung der ohnehin sehr angespannten Lage spätestens ab dem Jahr 2017 in den Krankenhäusern vorgezeichnet.

Änderungsvorschlag

Der Versorgungszuschlag ist im Jahr 2017 basiswirksam in die Landesbasisfallwerte zu überführen. Eine gesetzliche Anpassung in § 10 KHEntgG, z. B. als neuer Absatz 11, könnte wie folgt formuliert werden:

„¹Der für das Jahr 2017 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 4 und Absatz 8 vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert ist einmalig im Jahr 2017 um 0,8 Prozent zu erhöhen. ²Ein gegebenenfalls zu berücksichtigender Ausgleich nach Absatz 1 Satz 5 geht nicht in die Bemessungsgrundlage nach Satz 1 ein.“³Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1 Nr. 6 KHEntgG:

Nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen bis zum 30. September 2016 einen eng begrenzten Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen, die nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags vereinbaren.

Stellungnahme

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die bisher gesetzlich vorgegebenen Ausnahmetatbestände für den Mehrleistungsabschlag zukünftig durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden sollen und diese dazu noch auf unverzichtbare Ausnahmen eng begrenzt sein sollen. Auch der Bundesrat sieht in seiner Stellungnahme vom 10.07.2015 die Notwendigkeit, unverzichtbare Ausnahmen durch den Gesetzgeber selbst zu bestimmen.

Als Beispiele für mögliche Ausnahmetatbestände werden in der Begründung lediglich

- Transplantationen,
- die Bewilligung zusätzlicher Versorgungsaufträge, für die bisher keine Abrechnungsmöglichkeit bestand, vorübergehende Leistungsrückgänge, die durch personelle Wechsel oder umfassende Baumaßnahmen in einem Krankenhaus bedingt sind oder
- DRG-Fallpauschalen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln

genannt. Ausdrücklich ausgeschlossen als Ausnahmetatbestand ist laut Begründung die Erweiterung eines Versorgungsauftrags durch die Aufstockung der Bettenzahl. Damit ist bereits jetzt absehbar, dass die Ausnahmetatbestände zukünftig weit hinter die bisher vom Gesetz vorgegebenen Ausnahmen zurückfallen werden. Neben der zusätzlichen Belastung durch die Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags nach den Vorgaben des § 4 Abs. 2b KHEntgG, insbesondere infolge der längeren Abschlagsdauer, findet an dieser Stelle noch einmal eine Verschärfung durch eng begrenzte Ausnahmetatbestände statt.

Diese Verschärfung ist aus sachlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Für krankenhauserplanerisch gewünschte Konzentrationsprozesse erfolgt demnächst eine Abstrafung über Fixkostendegressionsabschläge. Zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes werden nach diesen Vorgaben wohl kaum mehr als Ausnahmetatbestände zu vereinbaren sein. Darüber hinaus findet die bisherige Sichtweise des BMG, wonach Leistungsverschiebungen zwischen Krankenhäusern bei Schließung eines benachbarten Krankenhauses vom Mehrleistungsabschlag auszunehmen sind (Schreiben von Staatssekretär Thomas Ilka vom 2. November 2012), ebenfalls keine Beachtung mehr.

Darüber hinaus sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende nähere Einzelheiten zur Umsetzung eines Fixkostendegressionsabschlags vereinbaren. Bereits in der Stellungnahme zu § 4 Abs. 2b KHEntgG wurde auf die zahlreichen Probleme bei der Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags infolge der enormen Komplexität, des erheblichen Auslegungsspielraums und der Abgrenzungsschwierigkeiten eingegangen. Viele Fragestellungen zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags, beispielsweise zur Abgrenzung der verschiedenen Ursachen von Leistungssteigerungen, werden auch im Rahmen einer Vereinbarung der Selbstverwaltung oder Festlegung durch die Bundesschiedsstelle nicht gelöst werden können.

Der Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene umfasst auch die Definition eines Einzugsgebietes eines Krankenhauses für die Darlegung von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern, die dem halbierten Fixkostendegressionsabschlag unterliegen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Fragestellung pauschal durch eine zentrale Vorgabe auf Bundesebene beantwortet werden soll. Abgesehen von den Schwierigkeiten der Abgrenzung eines Einzugsgebiets dürfte sich das Einzugsgebiet eines Krankenhauses in Mecklenburg-Vorpommern anders darstellen als beispielsweise in der Metropolregion Rhein-Ruhr. Aber selbst wenn es gelingen sollte, eine Definition zum Einzugsgebiet eines Krankenhauses zu vereinbaren, dürfte der halbierte Fixkostendegressionsabschlag kaum Anwendung finden. Zum einen liegt auch die Darlegungspflicht für Leistungsverlagerungen beim Krankenhaus und zum anderen dürfen Leistungsverlagerungen nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen. Allein aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts ist regelmäßig von einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen in den meisten Einzugsgebieten auszugehen.

Der Gesetzentwurf sieht ergänzend zum Referentenentwurf vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene weitere Details festlegen, damit Krankenhäuser bei Leistungsverlagerungen einen geminderten Fixkostendegressionsabschlag geltend machen können. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind dabei jedoch an die gesetzlichen Vorgaben des § 4 Abs. 2b KHEntgG gebunden und können nicht davon abweichen. Im Rahmen der Stellungnahme zum Fixkostendegressionsabschlag wird erläutert, warum der halbierte Fixkostendegressionsabschlag bei der derzeit vorgesehenen Ausgestaltung wohl kaum zur Anwendung kommen dürfte (vgl. dazu Stellungnahme zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags, Artikel 2 Nr. 4 d), Seite 24). Es ist nicht zielführend, die Vertragsparteien auf Bundesebene mit zusätzlichen, absehbar nicht lösbaren Aufgaben zu belasten. Die verschiedenen Ursachen für Leistungssteigerungen lassen sich auch über eine Vereinbarung auf Bundesebene weder exakt für einzelne Leistungen bestimmen noch rechtssicher voneinander abgrenzen.

Zusammenfassend ist noch einmal zu betonen, dass die vorgesehenen Regelungen zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags absolut unverhältnismäßig und angesichts der praktischen Undurchführbarkeit unzumutbar für alle Beteiligten sind.

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist aufzuheben. Es bedarf klarer und eindeutiger gesetzlicher Vorgaben, die mit vertretbarem administrativem Aufwand umsetzbar sind (vgl. dazu Ausführungen zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags, Artikel 2, Nr. 4 d), § 4 Abs. 2b KHEntgG, Seite 24).

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG:

Erhebungsdauer für Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, neben der Erhebungsdauer der befristeten Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse auch weitere Regelungen, wie z. B. eine Zweckbindung der Mittel (siehe Gesetzesbegründung), zu vereinbaren.

Stellungnahme

Es ist nachvollziehbar, dass die Vertragspartner auf der Bundesebene die Erhebungsdauer der befristeten Zuschläge für Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse und Richtlinien regeln sollen, damit die Geltungsdauer der jährlichen Budgetvereinbarungen berücksichtigt werden kann und die Überführung der Zuschläge in die Landesbasisfallwerte geregelt erfolgt. Weitere Vorschriften sind jedoch nicht erforderlich und stellen ein unnötiges Konfliktpotential dar, das zu einer vermeidbaren Inanspruchnahme der Schiedsstelle und zeitlichen Verzögerungen führen kann. Die Krankenhäuser fordern daher, die Vorgaben in Nummer 1 auf die Geltungsdauer der Zuschläge zu beschränken.

Änderungsvorschlag

1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für der befristeten Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses;

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG:

Vereinbarung auf Bundesebene: Konkretisierung der besondere Aufgaben (Zentren)

Beabsichtigte Neuregelung

Wie bisher vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zuschläge für besondere Aufgaben von Krankenhäusern nach Maßgabe des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4. Durch die neu eingefügten Sätze in § 2 Abs. 2 wird nunmehr eine Ausweisung durch die Landesbehörde vorgeschrieben. Eine Vereinbarung der Selbstverwaltungsparteien vor Ort soll auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2 erfolgen.

Gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 2 sollen die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene bis zum 31.03.2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben vereinbaren, welche sich insbesondere aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses oder der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen ergeben können.

Als zukünftiger Konfliktlösungsmechanismus ist die Bundesschiedsstelle genannt.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber gibt vor, dass die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene in einer Vereinbarung konkretisierende Regelungen zu den in § 9 Absatz 1a Nummer 2 beispielhaft aufgeführten Punkten festlegen sollen. Aufgrund der zu erwartenden schwierigen Abgrenzungsfragen und der Komplexität dieser Aufgabe sollte gewährleistet sein, dass den Selbstverwaltungsparteien zur Konkretisierung der genannten Aufgabenfelder ein entsprechender Zeitrahmen zur Verfügung gestellt wird. Hierbei sind sowohl finanzierungstechnische, wie auch landesplanerische Aspekte zu beachten, um zukünftig die besonderen Aufgaben von Krankenhäusern sachgerecht zu definieren. Insbesondere die Vorgabe, dass es sich hierbei nicht um Aufgaben handeln soll, die bereits durch die Entgelte nach § 9 Abs. 1 Nummer 1 und 2 finanziert werden, setzt eine intensive Prüfung, ggf. unter Einbeziehung des DRG-Instituts voraus. Eine Konkretisierung muss sich zukünftig auch auf eine inhaltliche Abgrenzung zu bestehenden Aufgaben konzentrieren. Der entsprechende Rahmen muss geeignet sein, Planungssicherheit für die Vertragsparteien auf der Ortsebene zu schaffen. Die Krankenhäuser vertreten daher die Auffassung, dass der gesetzte zeitliche Rahmen aufgrund der genannten Komplexität der Aufgaben nicht ausreichend ist, um eine für alle Beteiligten handhabbare und der Bedeutung angemessene Konkretisierung der besonderen Aufgaben im Rahmen einer Vereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene zu regeln.

Änderungsvorschlag

„(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf Grundlage von Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

1. (...)

2. bis zum 31. März ~~Dezember~~ 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4; diese können sich insbesondere ergeben aus

a) einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,

b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder

c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.“

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG:

Vereinbarung auf Bundesebene: Klinische Sektionen

Beabsichtigte Neuregelung

Formale Aufnahme klinischer Obduktionen als Instrument der Qualitätssicherung und Regelung einer zuschlagsbasierten Finanzierung.

Für klinische Sektionen sollen die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene zur Qualitätssicherung eine Sektionsrate sowie Durchschnittskosten einer Sektion festlegen und Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags bestimmen. Als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das DRG-Institut mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen.

Auf der Grundlage soll das einzelne Krankenhaus zukünftig Zuschläge berechnen. Aus der Summe der Kosten für klinische Sektionen in einer Klinik, sollen Zuschläge festgelegt werden, welche auf alle voll- und teilstationären Behandlungsfälle eines Krankenhauses umzurechnen sind.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser weisen darauf hin, dass der Begriff „klinische Obduktion“ im medizinischen Sprachgebrauch üblicher ist, er wird daher im Folgenden verwendet, ist jedoch synonym zu „klinische Sektionen“ zu verstehen. Die Forderung, klinische Obduktionen zur Qualitätsverbesserung einzusetzen, wird aus medizinisch-fachlicher Sicht schon seit langem gefordert und wird von den Krankenhäusern grundsätzlich unterstützt. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung der Krankenhäuser ist es unter diesen Bedingungen wahrscheinlich, dass vielfach die bundeseinheitlich vereinbarte Obduktionsrate nicht erreicht werden kann. Sofern dies nachgewiesen werden kann, soll zur Vermeidung unnötiger Obduktionen eine Öffnungsmöglichkeit hinsichtlich der Obduktionsrate für die Vertragspartner vor Ort geschaffen werden. Die Krankenhäuser weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Einholung der Zustimmung der Angehörigen über eine geplante Obduktion traumatisieren kann. Dies soll daher nur bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation durchgeführt werden.

Weiterhin weisen die Krankenhäuser darauf hin, dass die Pathologie ein Weiterbildungszweig der Humanmedizin ist, in dem erheblicher Fachkräftemangel besteht, so dass in den Krankenhäusern – abhängig von den vereinbarten Bedingungen – erhebliche personelle Kapazitäten aufgebaut werden müssen. Abhängig von der Anzahl der zukünftig durchzuführenden Obduktionen sind ggf. auch bauliche Investitionen notwendig.

Die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene sollen zukünftig die Durchschnittskosten einer Obduktion mithilfe des InEK festlegen und die Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags bestimmen. Die in der Begründung im Gesetzentwurf beispielhaft dargestellte Ermittlung der Zuschlagshöhe durch die Vertragsparteien nach § 11 („Multiplikation der Anzahl durchgeführter Sektionen mit den auf Bundesebene bestimmten Durchschnittskosten pro Fall und Division des resultierenden Betrags durch die Zahl der voll- und teilstationären Behandlungsfälle“) ist an dieser Stelle nicht zielfüh-

rend, da die im Krankenhaus individuell entstehenden Kosten durch die Umsetzung dieser Vorgaben nicht dargestellt werden können. Gesetzlich muss daher, um das Konfliktpotential auf der Ortsebene zu minimieren, klargestellt werden, dass zusätzlich zu den auf der Bundesebene kalkulierten Kosten, weitere Parameter zur Ermittlung der Zuschläge einfließen. Insbesondere wäre hier die Schaffung einer personellen und räumlichen Ausstattung zur Durchführung klinischer Obduktionen zu nennen. Das die Zuschläge für „klinische Sektionen“ nicht absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden sollen, ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

3. [Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf Grundlage von Absatz 1 Satz 1 Nr. 3] ... bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags. **Bei den Vorgaben zur Berechnung des Zuschlags sind neben den Durchschnittskosten einer Obduktion weitere Kostenarten als zu finanzierende Tatbestände zu benennen. Sofern das Krankenhaus nachweist, dass es bei Berücksichtigung der Kriterien für die Auswahl nach Satz 2 voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, die bundeseinheitlich vereinbarte Obduktionsrate zu erfüllen, sollen die Vertragspartner der Pflegesatzverhandlungen vor Ort eine angemessene Obduktionsrate als Kriterium für die Abrechenbarkeit des Zuschlags vereinbaren.** Als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das DRG-Institut mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG:

Nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen eine Verknüpfung von Qualität und Krankenhausfinanzierung ab, da dies lediglich zu einer neuen Dimension der unberechtigten Misstrauenskultur, einem unnötigen Bürokratieaufbau und einer massiven Verunsicherung der Patienten führt.

Die hier vorgesehene Vorschrift ist Teil der hoch komplexen Umsetzung. Es ist nicht erkennbar, wie die Festlegung der Höhe der Zu- und Abschläge durch die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene transparent und nachvollziehbar erfolgen soll. Jedenfalls ist der empirische Ansatz der DRG-Systementwicklung für diese Aufgaben sicherlich nicht geeignet. Es ist zu befürchten, dass die Höhe der Zu- und Abschläge letztlich interessengeleitet und normativ durch die Schiedsstelle gesetzt werden müsste.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung.

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG:

Nähere Ausgestaltung von Zu- und Abschlägen für Notfallversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung zu vereinbaren. Die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom G-BA zu entwickeln ist.

Stellungnahme

Die Absicht, ergänzend zu den leistungsbezogenen Fallpauschalen auch eine Möglichkeit zur Finanzierung der für die Notfallversorgung erforderlichen Vorhaltungsstrukturen einzuführen, ist durchaus positiv zu bewerten. Es ist auch folgerichtig, die Vertragspartner nach § 17b KHG auf Bundesebene hiermit zu beauftragen und das InEK in die Umsetzung einzubinden. Es ist jedoch widersinnig, wenn zusätzlich der G-BA Vorgaben macht, die anschließend nicht in Einklang mit der DRG-Katalogentwicklung oder den Finanzierungsregelungen im DRG-System zu bringen sind. Daher sollten ausschließlich die Vertragspartner nach § 17b KHG beauftragt werden, eine geeignete Lösung zur Finanzierung der durch die Notfallversorgung bedingten Vorhaltung zu finden. Hierzu ist lediglich eine Konkretisierung des bereits in § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG verankerten Auftrages an die Selbstverwaltung erforderlich. Dabei muss auch das neue Ziel, neben den leistungsorientierten DRG-Fallpauschalen für die Notfallversorgung die Vorhaltungsstrukturen zu finanzieren, gesetzlich verankert werden.

Änderungsvorschlag

*„5. bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge **für die Vorhaltung der Notfallversorgung** eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist. ~~Die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.~~“*

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1b KHEntgG:

Vereinbarung auf Bundesebene: Verhandlungskorridor Basisfallwert

Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Jahre 2014 und 2015 geltende Regelung, dass die Differenz zwischen Orientierungswert und Veränderungsrate bis zur vollständigen Höhe verhandelt werden kann, wenn ersterer letztere übersteigt, wird nicht verlängert.

Stellungnahme

Der Rückfall auf einen auf ein Drittel der Differenz zwischen einem höheren Orientierungswert und der Veränderungsrate beschränkten Verhandlungskorridor ist nicht nachvollziehbar. Der Orientierungswert soll die Entwicklung der Kostenfaktoren in den Krankenhäusern wiedergeben, die – wie insbesondere die Tarifentwicklungen – nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können. Er sollte deshalb in voller Höhe als Veränderungswert zur Anwendung kommen, wenn er die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V übersteigt. Zumindest sollten die gesetzlichen Vorgaben für die Verhandlungen auf Bundesebene so formuliert werden, dass der Orientierungswert den Ausgangspunkt der Verhandlungen darstellt und nur begründete Tatbestände, die nicht schon auf Landesebene berücksichtigt werden, zu einem niedrigeren Veränderungswert führen dürfen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 9 Abs. 1b KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwertes nach § 10 Absatz 4, wobei der Orientierungswert die Ausgangsgrundlage der Verhandlung ist und nur bei begründeten Tatbeständen angepasst werden kann, sofern diese nicht bereits auf Landesebene zu berücksichtigen sind, höchstens jedoch bis zur Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1b Satz 2 KHEntgG:

Empfehlungen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden ermächtigt, Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, abzugeben.

Stellungnahme

Die Ergänzung, als DKG mit dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Empfehlungen zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven abgeben zu können mit dem Ziel, den Landesbasisfallwert abzusenken, kann aus Krankenhaussicht nur als Provokation verstanden werden. Eine weitere Kommentierung erübrigt sich.

Änderungsvorschlag

Die Ergänzung ist aufzuheben.

Zu Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1c KHEntgG:

Vereinbarung auf Bundesebene: Absenkung oder Abstufung von Bewertungsrelationen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, eine gezielte Absenkung und Abstufung ihrer Bewertungsrelationen vorzusehen.

Stellungnahme

Unter der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 17b Abs. 1 Satz 5 2. Halbsatz KHG) wurde bereits ausgeführt, dass eine verpflichtende Einführung dieser Regelung ohne vorherige Prüfung ihrer sachgerechten, empirisch fundierten Umsetzbarkeit durch das InEK abzulehnen ist. Deshalb ist der vorgesehene Termin zum 31. Mai 2016 unrealistisch. Höchst problematisch ist die Formulierung, dass bereits Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen für die Anwendung dieser Regelung ausreichend sein sollen. Damit wird eine sachlich fundierte Bearbeitung der Thematik erschwert. Die Erläuterung in der Gesetzesbegründung, dass „eine mehrjährige und überdurchschnittliche Leistungsdynamik grundsätzlich als erster Hinweis auf eine wirtschaftlich begründete Fallzahlentwicklung dienen“ kann, ist zur Klärung nicht zweckdienlich. Damit werden alle aufgrund des medizinischen Fortschritts neu eingeführten Behandlungsformen pauschal dem Verdacht ausgesetzt, dass ihre verstärkte Anwendung rein wirtschaftlich motiviert ist.

Der Gesetzgeber hatte mit § 17b Abs. 9 KHG die Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Vergabe eines Forschungsauftrags zur Untersuchung von Einflussgrößen der Leistungsentwicklung beauftragt. Der vorgelegte Endbericht des Forschungsauftrags zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG durch das „Hamburg Center for Health Economics“ der Universität Hamburg kommt zu dem Ergebnis, dass die durchgeführten Analysen keine Aussage darüber erlauben, „ob und für welche Fälle die durch die Veränderung der DRG-Gewichte induzierte Veränderung der Fallzahlen medizinisch indiziert war oder nicht“ (Seite 13). Bei fehlender empirischer Evidenz bloße Anhaltspunkte als ausreichend vorzusehen, kann nicht als sachgerecht gelten.

Änderungsvorschlag

„Zur Umsetzung von § 17b Abs. 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG können die Vertragsparteien auf Bundesebene bei einzelnen Leistungen, bei denen ein starker Zusammenhang zwischen Fallzahlentwicklung und Kosten bzw. Erlösen empirisch nachweisbar ist, nach Prüfung durch das InEK eine Absenkung oder Abstufung von Bewertungsrelationen vorsehen.“

Zu Artikel 2 Nr. 9 b): § 9 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG:

Vereinbarung auf Bundesebene: Konfliktlösungsmechanismus bei Abrechnungsbestimmungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung sieht, bei Nicht-zustande-Kommen der Vereinbarung der Abrechnungsbestimmungen für Entgelte nach den Nummern 1 und 2 des § 9 Abs. 1, die Möglichkeit der Ersatzvornahme des BMG nach § 17 b Abs. 7 KHG vor. Durch die geplante Änderung wird die Bundesschiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG als zukünftiger Konfliktlösungsmechanismus benannt. Damit soll die Konfliktlösung wieder auf die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zurück verlagert und deren Verantwortung gestärkt werden.

Stellungnahme

Die etablierte Vorgehensweise einer Vereinbarung der Abrechnungsbestimmungen zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene sowie der Ersatzvornahme nach § 17 b Abs. 7 KHG als Konfliktlösungsmechanismus hat sich bewährt und sollte in jedem Falle beibehalten werden. Durch die Beteiligung des BMG können schon während des Verhandlungsverlaufs Hinweise und Einschätzungen des Gesetzgebers und vorgesehener Konfliktlösers Berücksichtigung finden. Der hohe Ressourcen- und Zeitaufwand eines Schiedsstellenverfahrens kann so meist vermieden werden. Ein weiterer Rückzug des Gesetzgebers aus dem DRG-System sollte daher nicht stattfinden.

Änderungsvorschlag

Der Satz in Artikel 2 Nr. 9 b) aa) ist wie folgt zu ändern:

aa) in Satz 1 werden ~~die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „und 2“~~ und die Wörter „~~Ab-satz 1 Satz 1 Nummer 5a~~“ durch die Wörter „~~Absatz 1b Satz 1~~“ ersetzt.

Zu Artikel 2 Nr. 9 b): § 9 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG:

Vereinbarung auf Bundesebene: Konfliktlösungsmechanismus bei Absenkung oder Abstufung von Bewertungsrelationen

Beabsichtigte Neuregelung

Bei einem nicht fristgerechten Zustandekommen einer Vereinbarung nach Absatz 1c soll die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheiden.

Stellungnahme

Entsprechend dem Änderungsvorschlag zu § 9 Abs. 1c KHEntgG (siehe Seite 52) wird diese Regelung abgelehnt. Es ist zudem verwunderlich, dass die Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus bei dem Scheitern von Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien auch ohne den Antrag einer Seite tätig werden soll.

Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) aaa): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG:

Vereinbarung auf Landesebene: Berücksichtigung der Leistungsentwicklung von DRG-Fallpauschalen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Berücksichtigung von Leistungsentwicklungen bei DRG-Fallpauschalen wird mit Wirkung für den Landesbasisfallwert 2017 aufgehoben.

Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene ist eine Aufhebung dieser Vorschrift logische Folge.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) bbb): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG:

Vereinbarung auf Landesebene: Berücksichtigung von Ausgabenentwicklungen außerhalb des Fallpauschalenbereichs

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung von Zuschlägen und eine Ergänzung, wonach Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen krankenhausesindividuell vereinbaren, nicht absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden.

Stellungnahme

Im Rahmen der Neuausrichtung der Mengensteuerung sieht der Gesetzentwurf ab dem Jahr 2017 die Ebenenverlagerung von der Landes- auf die Krankenhausebene vor. Dazu soll die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert aufgehoben werden und die Berücksichtigung von Mehrleistungen bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses erfolgen.

Tatsächlich wird nach den vorgesehenen Regelungen der Landesbasisfallwert nur teilweise von der Berücksichtigung von Leistungsentwicklungen befreit. Mengensteigerungen außerhalb des Fallpauschalenbereichs gehen auch ab dem Jahr 2017 weiterhin vollständig zu Lasten des Landesbasisfallwerts, soweit die Ausgabenentwicklung den Veränderungswert überschreitet.

Dadurch werden Krankenhäuser für Leistungssteigerungen in den Vergütungssegmenten, die ergänzend zu den Fallpauschalen erheblich zu einer sachgerechteren Vergütung beitragen, weiterhin kollektiv abgestraft. Auch die Krankenhäuser, die keine oder nur wenige Entgelte außerhalb der Fallpauschalen berechnen, müssen eine hierdurch bedingte Absenkung des Landesbasisfallwerts gegen sich gelten lassen.

Die im Rahmen der Landesbasisfallwertverhandlungen an dieser Stelle geltend gemachten Beträge dürfen nicht unterschätzt werden. Die Absenkungsbeträge nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 (Leistungsentwicklung bei DRG-Fallpauschalen) und nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (Ausgabenentwicklung außerhalb des Fallpauschalenbereichs) verteilen sich in vielen Ländern ungefähr hälftig. Damit bleibt etwa die Hälfte der Degression auf Landesebene erhalten. Hinzu kommt eine deutliche Verschärfung der Berücksichtigung von Leistungssteigerungen auf Krankenhausebene durch den Fixkostendegressionsabschlag.

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist aufzuheben.

Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) ccc): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG:

Vereinbarung auf Landesebene: Auswirkungen des Sicherstellungszuschlages nach § 5 Abs. 2 und von „besondere Aufgaben von Krankenhäusern“ (Zentren) nach § 5 Abs. 3

Beabsichtigte Neuregelung

Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 und Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 5 Abs. 3 wirken gemäß § 10 Abs. 3 Nr. 6 nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert. Bei Sicherstellungszuschlägen soll dieses nur zutreffen, soweit diese Zuschläge nicht auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen.

Stellungnahme

Die Klarstellung, dass die Zuschläge für „besondere Aufgaben“ nach § 5 Abs. 3 nicht mehr absenkend auf den Landesbasisfallwert wirken, ist eine notwendige und sachlogische Klarstellung und bietet damit den Selbstverwaltungsparteien auf der Landesebene die notwendige Rechtssicherheit bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte. Mangels einer rechtssicheren Ausgestaltung in der Vergangenheit mussten vielfach auf Druck der Krankenkassen die erstmaligen Vereinbarungen von Zuschlägen für Zentren absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden. Um hier einen notwendigen Ausgleich auf der Landesebene zu schaffen, sollte in einer neuen Nummer 6a ein Erhöhungstatbestand eingefügt werden, der es den Vertragsparteien auf der Landesebene einmalig ermöglicht eine Korrektur für in der Vergangenheit absenkend auf den Landesbasisfallwert wirkende Zuschläge zu vereinbaren.

Die geplante Regelung für Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2, die eine absenkende Wirkung auf den Landesbasisfallwert bei ergänzenden oder abweichenden Vorgaben der Länder vorsieht, ist nicht sachgerecht. Auch für diese Aufgabenstellungen müssen zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden und die finanziellen Mittel sind bisher nicht in den Budgets enthalten. Ein für die Sicherstellung der Versorgung erforderlicher Zuschlag darf grundsätzlich nicht zu Lasten der Landesbasisfallwerte gehen.

Ein Abzug beim Landesbasisfallwert führt zu einer Kollektivhaftung aller Krankenhäuser im Land und entzieht diesen die notwendigen finanziellen Mittel zur Finanzierung ihrer Kosten.

Die Regelung, dass in der Vergangenheit die Vereinbarungen von Zuschlägen absenkend auf den Landesbasisfallwert berücksichtigt wurden, betraf ebenfalls den Sicherstellungszuschlag. Daher kann konsequenterweise ein notwendiger Ausgleich nicht nur die Zuschläge für besondere Aufgaben betreffen, sondern auch die Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 KHEntgG.

Änderungsvorschlag

10. § 10 wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

(...)

ccc) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind ~~oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen;~~

dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 2, 3, 3a, 3b und 3c nicht einbezogen,“

Nach § 10 Absatz 3 Nummer 6 **wird eine neue Nummer 6a eingefügt:**

6a. einmalig erhöhend um die in der Vergangenheit absenkend auf den Landesbasisfallwert berücksichtigten Zuschläge nach § 5 Absatz 2 und 3.

Zu Artikel 2 Nr. 10 b) aa) ddd) und c) bb): § 10 KHEntgG:

Überführung der befristeten G-BA-Zuschläge in die Landesbasisfallwerte

Beabsichtigte Neuregelung

Die Überführung der befristeten Zuschläge für Mehrkosten aus G-BA-Beschlüssen in den Basisfallwert führt zu einer Erhöhung des Basisfallwerts (b-ddd). Die dadurch begründete Erhöhung des Basisfallwerts wird von der Begrenzung durch den Veränderungswert ausgenommen (c-bb).

Stellungnahme

Die Überführung der befristeten Zuschläge für Mehrkosten aus den G-BA-Beschlüssen ist systemkonform geregelt. Es ist zwingend erforderlich, dass zeitgleich zur Abbildung des Mehraufwandes im Relativgewichtsystem der DRG-Fallpauschalen eine Anhebung des Basisfallwertes erfolgt, damit die vormaligen Zuschlagsmittel im DRG-System erhalten bleiben.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 b) bb): § 10 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG:

Konkretisierung der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Konkretisierung dahingehend, dass bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven zukünftig auch die Produktivitätsentwicklung, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen einzubeziehen sind.

Stellungnahme

Dieses Vorhaben ist auf das Schärfste zurückzuweisen. Die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung steht im absoluten Widerspruch zu der Grundphilosophie, Personalabbau im Krankenhausbereich zu verhindern. Es ist zu befürchten, dass die Krankenkassen die Vorschrift losgelöst von jeglichen sachlichen Erwägungen nutzen werden, um zusätzliche Absenkungen des Landesbasisfallwerts für angeblich vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu fordern.

Nach Lesart der Kassen könnte sich die für den Krankenhausbereich maßgebliche Arbeitsproduktivität letztlich über das Verhältnis zwischen erbrachten Leistungen (messbar in Bewertungsrelationen) und erbrachtem Personaleinsatz (messbar in Vollkräften) ausdrücken. Ein Krankenhaus, das mit weniger Vollkräften die gleichen Leistungen wie ein anderes Krankenhaus erbringt, arbeitet nach dieser Formel wirtschaftlicher. Der Personaleinsatz im Krankenhaus ist ein maßgeblicher Faktor für eine gute Behandlungsqualität. Mit steigendem Personaleinsatz für die Krankenhausbehandlung, was aus Qualitätsgesichtspunkten grundsätzlich wünschenswert ist, sinkt jedoch letztlich die Produktivität. Durch die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung wird den Kostenträgern Tür und Tor geöffnet, Wirtschaftlichkeitsvergleiche zwischen Krankenhäusern auf Grundlage des eingesetzten Personals zu führen und daraus Absenkungsbestrebungen abzuleiten. Die Vorgabe konterkariert einen der Kernpunkte des Gesetzes, die Sicherstellung einer hohen Qualität der Krankenhausbehandlung, und kann daher nicht von der Politik gewollt sein.

Die Berücksichtigung von Fehlbelegungspotenzial kommt einem doppelten Abkassieren gleich. Bei knapper Überschreitung der unteren Grenzverweildauer erfolgen bereits heute systematisch Rechnerkürzungen durch den MDK wegen angeblicher Fehlbelegung, und dies bei schwieriger Beweisführung der Notwendigkeit eines zusätzlichen Behandlungstages bei retrospektiver Sichtweise. Dieses „Potenzial“ darf keinesfalls beim Landesbasisfallwert nochmals absenkend wirken. Aus der Begründung geht zwar hervor, dass keine doppelte Berücksichtigung erfolgen soll. Aber wie soll bei den hier vorgegebenen unbestimmten Tatbeständen eine trennscharfe Abgrenzung zu bereits im Vergütungssystem berücksichtigten Effekten gelingen?

Auch die Einbeziehung von Leistungsverlagerungen stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich ist nicht nachvollziehbar. Sofern stationäre Leistungen erbracht werden, die gemäß § 39 SGB V ambulant hätten erbracht werden müssen, werden diese vom MDK als primäre Fehlbelegung weggeprüft. Das ambulante Potenzial verlagert die damit verbundenen Geldvolumina automatisch, indem nicht stationär erbrachte Leistungen von den Krankenkassen auch nicht aus dem stationären Topf gezahlt werden. Nicht vereinnahmte Mittel dürfen nicht zusätzlich den Landesbasisfallwert mindern.

Aus den vorgenannten Gründen fordert auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 10.07.2015 eine Aufhebung dieser Vorschrift.

Die Berücksichtigung dieser Komponenten widerspricht darüber hinaus dem Preisbildungsansatz, der dem Orientierungswert und den Landesbasisfallwerten zugrunde liegt. Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass mit den Landesbasisfallwerten keine Landesvergütungsbudgets gesteuert werden. Würden diese Komponenten absenkend berücksichtigt werden, wäre dies ein Rückfall in Kollektivhaftungsmechanismen.

Zudem gibt es keine allgemein anerkannten Kennzahlen für die Produktivität sowie zum vorhandenen Fehlbelegungs- und Verlagerungspotenzial je Krankenhaus, die von den Vertragsparteien auf Landesebene für alle Krankenhäuser im Land herangezogen werden könnten. Unabhängig von den Umsetzungsschwierigkeiten ist es untragbar anzunehmen, in den Krankenhäusern wären nach Jahren einer unzureichenden Betriebskosten- und Investitionskostenfinanzierung noch bedeutende Wirtschaftlichkeitsreser-

ven vorhanden, die bereits seit dem Jahr 2005 alljährlich beim Landesbasisfallwert anzusetzen waren.

Auch wenn absolut unklar bleibt, wie eine Quantifizierung der Tatbestände erfolgen kann, werden die Krankenkassenverbände die Chance, über diese neue Stellschraube weitgehende Absenkungen der Landesbasisfallwerte einzufordern, nicht ungenutzt lassen. Die Verschärfung des Tatbestands von Wirtschaftlichkeitsreserven wird dazu führen, dass mögliche Entlastungseffekte bei der Leistungsmengendegression überkompensiert werden.

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist aufzuheben.

Zu Artikel 2 Nr. 10: § 10 Abs. 5 KHEntgG:

Tarifrate

Stellungnahme

Da sowohl der Orientierungswert als auch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als Basis der Obergrenze retrospektiv ermittelt werden, muss eine Möglichkeit vorgesehen werden, dass für den Vereinbarungszeitraum absehbare tarifbedingte Erhöhungen der Personalkosten, soweit sie die Obergrenze übersteigen, durch die Gewährung einer Tarifrate refinanziert werden können. Ansonsten kommt es bei den Krankenhäusern zu Unterfinanzierungen von Personalkostensteigerungen, die auch in den Folgejahren nicht ausgeglichen werden. Auch wenn sich die Personalkostenentwicklung im Nachhinein im Orientierungswert abbildet und damit auch später für die Höhe der Obergrenze relevant wird, kann diese, wenn es keine korrespondierenden Kostensteigerungen gibt, nicht ausgeschöpft werden. Somit führt die zeitliche Lücke zwischen der Datengrundlage der Obergrenze und ihrer Wirkung über den Zeitverlauf zu dauernden technisch bedingten Verlusten bei den Krankenhäusern. Dieses Ungleichgewicht kann nur durch eine Tarifrate ausgeglichen werden. Deshalb muss über den § 10 Abs. 5 KHEntgG die Möglichkeit der Vereinbarung einer Tarifrate beibehalten werden.

Änderungsvorschlag

Der § 10 Abs. 5 KHEntgG ist folgendermaßen zu fassen:

¹Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts ab dem Jahr 2016 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter, soweit sie die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 überschreiten, zusätzlich erhöhend zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. ²Bezogen auf die Personalkosten wird nach Maßgabe des Satzes 5 der Unterschied zwischen dem Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 für das jeweilige Jahr und der Tarifrate, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für das jeweilige Jahr geltenden tarifvertraglichen Vereinbarungen errechnet, berücksichtigt. ³Maßstäbe für die Ermittlung der

Tarifrate nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist.⁴ Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate.⁵ Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts ist der jeweilige Basisfallwert des Vorjahres von den Vertragsparteien um zwei Drittel dieser Erhöhungsrate zu erhöhen; ein Ausgleich ist nicht durchzuführen.

Die Streichung der bisherigen Nr. 5 in § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ist rückgängig zu machen.

Zu Artikel 2 Nr. 10 d) cc): § 10 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG:
Meistbegünstigungsklausel

Beabsichtigte Neuregelung

Die Anwendung des vollen Orientierungswerts soll ab dem Jahr 2018 geprüft werden.

Stellungnahme

Dem Orientierungswert kommt eine hohe Bedeutung für die mögliche Erlösentwicklung im Krankenhausbereich zu. Deshalb ist er vor einer Ersetzung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch seine obligate Anwendung so weiterzuentwickeln, dass seine noch bestehenden Unzulänglichkeiten, die auch vom Statistischen Bundesamt anerkannt werden, vollständig behoben sind und er die tatsächliche krankenhausspezifische Kostenentwicklung sachgerecht und umfassend abbildet. Dies muss eingehend, nachvollziehbar und transparent evaluiert werden. Bis dahin ist die Meistbegünstigungsklausel zwischen Orientierungswert und Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V unbedingt beizubehalten.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 e) aa): § 10 Abs. 8 Satz 1 KHEntgG:
Untere Korridorgrenze

Beabsichtigte Neuregelung

Die untere Korridorgrenze wird von -1,25 auf -1,02 Prozent angehoben.

Stellungnahme

Die Anhebung der unteren Korridorgrenze um 0,23 Prozent stellt nur eine leichte Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser in den Ländern an der unteren Korridorgrenze dar.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 e) bb) bis dd): § 10 Abs. 8 Satz 2 bis 4 KHEntgG: Obere Korridorgrenze

Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesbasisfallwerte oberhalb der oberen Korridorgrenze sollen von 2016 bis 2021 schrittweise an die obere Korridorgrenze angeglichen werden. Die Kappungsgrenze von 0,3 Prozent des Basisfallwertes des laufenden Jahres soll entfallen.

Stellungnahme

Der Wegfall der Kappungsgrenze für die Absenkung des Landesbasisfallwertes oberhalb der oberen Korridorgrenze stellt eine erhebliche Belastung der Krankenhäuser in dem betreffenden Bundesland dar. Als Regelung, die den Landesbasisfallwert eines einzelnen Bundeslandes betrifft, ist sie unangemessen.

Änderungsvorschlag

Die bisherige Regelung mit der Kappungsgrenze von 0,3 Prozent ist beizubehalten und die beabsichtigte Neuregelung ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 2 Nr. 10 e) ee): § 10 Abs. 8 Satz 7 KHEntgG: Basisfallwerte an der unteren Korridorgrenze

Beabsichtigte Neuregelung

Die Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen.

Stellungnahme

Die Regelung verdeutlicht, dass die untere Korridorgrenze nicht mehr unterschritten werden darf. Ausnahmeregelungen, die zu einer Unterschreitung führen, sind grundsätzlich strikt abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 e) ee) und ff): § 10 Abs. 8 Satz 7 und 8 und Abs. 11 KHEntgG:
Untere Korridorgrenze: Redaktionelle Folgeänderungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte eine Unterschreitung der unteren Korridorgrenze möglich ist, wenn Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschläge, die auf gegenüber den G-BA-Vorgaben ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind. Die absenkende Berücksichtigung soll erst nach der Angleichung an die untere Korridorgrenze zu erfolgen.

Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsvorschlag zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 (Sicherstellungszuschlag, Seite 55). Da die untere Korridorgrenze das minimalvertretbare Niveau für den Landesbasisfallwert darstellt darf kein Tatbestand zu dessen Unterschreitung führen.

Änderungsvorschlag

ee) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender neue Satz 7 eingefügt:

„Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt.“

gg) Satz 8 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach den Wörtern „nach Satz 3“ wird die Angabe „oder 7“ eingefügt.

(...)

Zu Artikel 2 Nr. 10 e) ff) bbb): § 10 Abs. 8 Satz 8 2. Halbsatz KHEntgG:
Berücksichtigung von Fehlschätzungsausgleichen

Beabsichtigte Neuregelung

Fehlschätzungsausgleiche sollen nicht mehr umgesetzt werden, soweit dies dem Erreichen der Korridorgrenzen entgegensteht.

Stellungnahme

Diese Regelung ist zu begrüßen, da Landesbasisfallwerte aufgrund von Fehlschätzungsausgleichen nicht mehr unter die untere Korridorgrenze fallen können. Die Regelung ist auch konsistent zu der Festlegung, dass die untere Korridorgrenze das unterste vertretbare Niveau der Landesbasisfallwerte darstellt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nr. 10 h): § 10 Abs. 13 KHEntgG:

Vereinbarung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen erstmals mit Wirkung für das Jahr 2017 einen Fixkostendegressionsabschlag vereinbaren, der bei der Vereinbarung zusätzlicher Leistungen von den Vertragsparteien vor Ort zu beachten ist.

Stellungnahme

Die Vorgabe dürfte die Vertragsparteien auf Landesebene mit etlichen Umsetzungsfragen belasten. Nach Satz 1 soll der Fixkostendegressionsabschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen vereinbart werden. Nach Satz 2 ist die Abschlagshöhe so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung entstehen.

Der Gesetzgeber hat in Satz 1 bereits erkannt, dass der durchschnittliche Anteil der fixen Kosten an den Fallpauschalen nur geschätzt werden kann. Es gibt keine allgemein anerkannte Höhe von Fixkosten und variablen Kosten je DRG. Auch das InEK macht dazu in den jährlichen Veröffentlichungen (Abschlussbericht und G-DRG-Browser) keine Angaben. Die Höhe der Fixkosten kann sich im Übrigen von Krankenhaus zu Krankenhaus je nach Patientenspektrum und Kostenstruktur (Stichwort: Investitionsstau) erheblich unterscheiden. Dennoch sind die Vertragsparteien auf Landesebene aufgefordert, diese nicht konkret zu beziffernde Höhe einvernehmlich zu bestimmen. Angesichts des von dem Fixkostendegressionsabschlag betroffenen Finanzvolumens ist von äußerst konfliktbehafteten Verhandlungen auszugehen. Bei kurzfristiger Betrachtungsweise liegen die Fixkosten naturgemäß deutlich höher als bei einer langfristigen Betrachtungsweise. In der Vorschrift wird zwar die Abschlagsdauer des Fixkostendegressionsabschlags mit fünf Jahren vorgegeben. Ob diese allerdings auch für die Berechnung des durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen heranzuziehen ist, dazu schweigt sich das Gesetz aus.

Das auf die Vorgaben des Satzes 1 zurückzuführende Konfliktpotenzial wird durch die Vorgaben in Satz 2 eher noch erhöht. Die Vorgaben der beiden Sätze sind schon in sich widersprüchlich. Es ist aber davon auszugehen, dass Satz 2 vorrangig beachtet werden soll. Soweit demnach die Schätzung nach Satz 1 eine Höhe ergibt, bei der von Mehrausgaben für die GKV auszugehen ist, wäre die Abschlagshöhe abweichend von den Vorgaben des Satzes 1 vorzugeben. Die Wirkung des Satzes 2 (keine Mehrausgaben) im Sinne einer Schlechterstellungsklausel kann dazu führen, dass höhere Abschläge zu vereinbaren sind, als tatsächlich Fixkostendegressionseffekte anhand der prognostizierten Leistungsentwicklung zu erwarten und nach Satz 1 festzulegen sind. Das entspricht einer weiteren versteckten Kostendämpfungsmaßnahme, die sogar nach der im Gesetzentwurf verwendeten Logik des Fixkostendegressionseffektes sachlich vollkommen unbegründet ist. In jedem Fall ist gesetzlich ausdrücklich klarzustellen, dass der nach Satz 2 als minimal zu berücksichtigende, fiktive Degressionseffekt auf Landesebene nur den Anteil umfassen kann, der tatsächlich zur Wirkung gekommen wäre, wenn § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 (alt) weiter Anwendung finden würde. Das bedeutet, es ist unmissverständlich klarzustellen, dass alle Verhandlungskomponenten zum Landesbasisfallwert bei der fiktiven Ermittlung des Degressionseffekts auf Landesebene nachvollzogen werden müssen, wie die schneidende Wirkung der Obergrenze, des Bundesbasisfallwertkorridors und insbesondere auch landesspezifisch vereinbarter Sonderregelungen zur Leistungsentwicklung wie Freikorridore. Ist dies nicht der Fall führt Satz 2 zu einer Reduzierung von Finanzmitteln, die bei einer Fortführung der alten Systematik gar nicht stattgefunden hätte. Eine neutrale Verlagerung zumindest auf der Ebene des Landesbasisfallwerts ist so nicht gewährleistet. Auch an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Verhandlungen auf Landesebene, aufgrund der praktischen Unmöglichkeit der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben, zu massiven Auseinandersetzungen zwischen den Vertragsparteien führen werden.

Diese Vorgabe dürfte schon deshalb Umsetzungsschwierigkeiten bereiten, weil das auf zusätzliche Leistungen zurückzuführende Absenkungsvolumen nicht in allen Ländern im Rahmen der Landesbasisfallwertvereinbarung festgehalten wird. Weitere Probleme zeichnen sich ab, weil die dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegenden Mehrleistungen der Krankenhäuser von den Vertragsparteien auf Landesebene vorausgeschätzt werden müssen. Eine nachträgliche Berichtigung von Fehlschätzungen ist beim Fixkostendegressionsabschlag nicht vorgesehen.

In jedem Fall geht auch diese Vorschrift einseitig zu Lasten der Krankenhäuser. Minderausgaben für die GKV sind ausdrücklich nicht ausgeschlossen. Weniger Ausgaben durch die Einführung des Fixkostendegressionsabschlags sind insbesondere in den Ländern zu erwarten, in denen die Leistungsentwicklung stagniert oder nur geringe Leistungssteigerungen zu verzeichnen sind. Hier würde nach derzeit geltender Rechtslage keine oder nur eine geringe Absenkung des Landesbasisfallwerts erfolgen. Auch wenn die Leistungsmenge im Saldo auf Landesebene nicht ansteigt, gibt es jedoch immer Krankenhäuser mit Mehrleistungen, die von dem Fixkostendegressionsabschlag betroffen wären. Soweit im Saldo auf Landesebene keine Leistungssteigerungen zu verzeichnen sind, dürfen zur Sicherstellung einer finanzierungsneutralen Umsetzung auch keine Fixkostendegressionsabschläge erhoben werden.

Abgesehen von den auch an dieser Stelle auftretenden zahlreichen Umsetzungsfragen mit entsprechendem Konfliktpotenzial verbietet es sich schon aus grundsätzlichen Erwägungen, Regelungen, die bisher auf Landesebene getroffen wurden, ohne nähere Kenntnis der getroffenen Absprachen beim Landesbasisfallwert ungeprüft auf die Krankenhausebene zu übertragen.

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift ist aufzuheben. Anstelle einer Verhandlungslösung auf Landesebene sollte die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags bundeseinheitlich in Form eines angemessenen Prozentsatzes vorgegeben werden.

Zu Artikel 4: § 10 Abs. 9 KHEntgG:

Umstellung der Ermittlung des Bundesbasisfallwertes ab 2021

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2021 soll die prospektive Festlegung des einheitlichen Basisfallwertes und einheitlichen Basisfallwertkorridors entfallen und diese rückwirkend auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse auf Landesebene festgelegt werden.

Stellungnahme

Diese Umstellung der Systematik der Ermittlung des einheitlichen Basisfallwertes und des einheitlichen Basisfallwertkorridors ist nicht akzeptabel und in ihrer Begründung nicht nachvollziehbar. In den Ländern mit einem Basisfallwert an der unteren Korridor-grenze finden keineswegs nur „Scheinverhandlungen“ statt, welches sich darin zeigt, dass die zuletzt zustande gekommenen Vereinbarungen eines Landesbasisfallwertes für das Jahr 2015, die vor der Schiedsstelle verhandelt wurden, zwei Länder aus dieser Gruppe betreffen. Die Landesbasisfallwerte an der unteren Korridor-grenze steigen nicht um die volle Obergrenze, wie in der Gesetzesbegründung behauptet wird, denn das Ausgangsniveau für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwertes für das Folge-jahr, das vom InEK als gewichteter Mittelwert der Basisfallwerte des laufenden Jahres ermittelt wird, liegt regelmäßig unterhalb des einheitlichen Basisfallwertes des laufen-den Jahres, da in den Verhandlungen auf Landesebene die Obergrenze nicht erreicht wird. Somit steigt auch die untere Korridor-grenze nach der geltenden Regelung jährlich nicht um die volle Obergrenze. Die Verhandlungsergebnisse auf Landesebene wirken sich somit auch zurzeit schon auf den einheitlichen Basisfallwert aus.

Die vorgesehene Regelung stellt eine weitere Begrenzung der Entwicklungsmöglichkeit der Landesbasisfallwerte dar und widerspricht der anerkannten Systematik des Zwei-Säulen-Modells bei der Verhandlung der Basisfallwerte, bei der die schneidende Ober-grenze unabhängig von ihrem tatsächlichen Ausschöpfen in den Verhandlungen immer in voller Höhe gilt. Die Regelung bewirkt eine deutliche Schlechterstellung bei der Er-mittlung des Bundesbasisfallwertes.

Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist aufzuheben und Artikel 4 zu streichen.

Zu Artikel 5 Nr. 4: § 5 Abs. 3 und 4 BPfIV:

Qualitäts- Zu- und Abschläge

Siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** (Artikel 5 Nr. 6).

Zu Artikel 5 Nr. 5: § 8 Abs. 4 BPfIV:

Mehrkosten aufgrund Beschlüsse des G-BA

Siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** (Artikel 5 Nr. 6).

Zu Artikel 5 Nr. 6: § 9 Abs. 1 Satz 1 BPfIV:

Vereinbarung auf Bundesebene: Zu- und Abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend zu den Vorgaben in § 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 KHEntgG beauftragt, auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Regelungen zu befristeten Zuschlägen für eine zeitnahe Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA (Nummer 1), Näheres zu Zuschlägen für besondere Aufgaben von Einrichtungen (Nummer 2), zur Höhe von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen und Leistungsbereichen (Nummer 4) sowie zu Zu- oder Abschlägen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (Nummer 5) zu vereinbaren.

Stellungnahme

Grundsätzlich machen die Krankenhäuser an dieser Stelle deutlich, dass eine unreflektierte und unspezifische Übernahme von Regelungen aus dem DRG- in den BPfIV-Bereich für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nicht zielführend ist. Eine entsprechende Festlegung zum derzeitigen Zeitpunkt der Systementwicklung in der Psychiatrie und Psychosomatik ist weder zielführend, noch wird es dem eigenen Charakter dieses Bereiches auch nur ansatzweise gerecht.

Unabhängig davon verweisen die Krankenhäuser an dieser Stelle auf die Ausführungen zu § 9 Abs. 1a KHEntgG (siehe Seite 46 Insbesondere ist es auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken notwendig, dass in der Umsetzung aufwändige Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, z. B. im Rahmen der Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nach § 137 Abs. 1 c SGB V alt bzw. § 136a Abs. 2 SGB V neu, von der Gesetzlichen Krankenversicherung in vollem Umfang refinanziert werden. Der hier adressierte Ansatz des Krankenhausentgeltgesetzes, nur „neue“ bzw.

zusätzliche Anforderungen des G-BA übergangsweise bis zur Abbildung in der Regelfinanzierung durch Zuschläge zu finanzieren, ist für die Grundsicherung des vollständigen Personalbedarfs (einschließlich des vorhandene Personalbestandes) für die psychiatrische und psychosomatisch Versorgung grundsätzlich nicht geeignet.

Änderungsvorschlag

~~a) In Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Abschlagen“ ein Semikolon und die Wörter „§ 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gelten entsprechend“ eingefügt. Der aus § 137 Abs. 1 c SGB V alt bzw. § 136a Abs. 2 SGB V neu entstehende Aufwand ist bei der Vergütung der betroffenen Kliniken in voller Höhe zu berücksichtigen.~~

b) (...)

Zu Artikel 5 Nr. 6: § 10 Abs. 2 Satz 1 BPfIV:

Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung für Zuschläge beim „Landesbasisfallwert“ analog § 10 KHEntgG.

Stellungnahme

Siehe inhaltliche Ausführungen zu Artikel 5 Nr. 6: § 9 Abs. 1 Satz 1 BPfIV, Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung.

Zu Artikel 5 Nr. 9: § 18 Abs. 2 BPfIV

Ausweitung der Rückzahlungsverpflichtung von Psych-PV Mitteln

Beabsichtigte Neuregelung

Mit einer Erweiterung des Verweises auf die Bundespflegsatzverordnung in der alten Fassung wird die Nachweispflicht und Rückzahlungsverpflichtung der Budgetmittel für Psych-PV-Stellen von den nach § 6 Absatz 4 (alte Fassung) nachverhandelten Stellen auf alle regulär nach § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 verhandelten Psych-PV-Stellen ausgeweitet.

Stellungnahme

Gemäß der Gesetzesbegründung soll die Erweiterung der Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtung auf alle regulären Psych-PV-Stellen lediglich einer Klarstellung dienen. In der Umsetzungspraxis stellt diese gesetzestechnisch unauffällige Änderung je-

doch einen massiven Eingriff in die Budgetverhandlungen der psychiatrischen Einrichtungen dar. Es ist allgemein bekannt, dass die vereinbarten Budgets als Ergebnis eines über viele Jahre geführten Verhandlungsprozesses zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu verstehen sind, das von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Die i.d.R. im Einvernehmen mit den Krankenkassen getroffene Vereinbarung eines „Gesamtbudgets“ muss zudem (u.a. durch eine Anpassung der durchschnittlichen Personalkosten) in die Form der LKA gebracht werden. Eine Ausfinanzierung der regulären Psych-PV-Stellen hat somit zu keinem Zeitpunkt stattgefunden.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung.

Zu Artikel 6 Nr. 4: § 87a Abs. 5 SGB V:

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Siehe Art. 6 Nr. 13, Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert..**

Zu Artikel 6 Nrn. 8 und 9: §§ 109 und 110 SGB V:

Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Spiegelbildlich zu den krankenhauplanerischen Regelungen bei Verstößen gegen planrelevante Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses in Artikel 1 Nr. 3 a) soll in § 109 Absatz 3, Satz 1 Nr. 2 SGB V – neu - bei entsprechenden erheblichen Verstößen ein Verbot zum Abschluss eines Versorgungsvertrages geschaffen werden. Außerdem soll nach § 110 Absatz 1, Satz 2 SGB V – neu – bei entsprechenden Verstößen die Kündigung von bestehenden Versorgungsverträgen erfolgen. Mit Wirksamwerden dieser Kündigung soll das betreffende Krankenhaus nach § 110 Absatz 2, Satz 6 SGB V – neu – nicht mehr als zugelassenes Krankenhaus gelten.

Stellungnahme

Auch diese Konsequenzen für dauerhafte und erhebliche Qualitätsdefizite bei Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag geschlossen werden soll bzw. die bereits aufgrund eines solchen zur Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten zugelassen sind, werden akzeptiert. Aus rechtssystematischen Gründen sei jedoch darauf hingewiesen, dass lediglich die wirksame Kündigung eines Versorgungsvertrages zugleich nicht den Verlust des Status als Plankrankenhaus bewirken kann, wie derzeit noch in § 110 Absatz 2, Satz 6 SGB V – neu – vorgesehen.

Nach § 109 Absatz 1, Satz 2 SGB V gilt die Aufnahme eines Plankrankenhauses im Krankenhausplan als Abschluss des Versorgungsvertrages. Ein solcher wird durch die Planaufnahme somit fingiert und bedarf – wie auch bei den reinen Versorgungsvertragskrankenhäusern – ebenfalls der Kündigung. Schon § 110 Absatz 1 Satz 3 SGB V

setzt deshalb voraus, dass die Kündigung des Versorgungsvertrages bei Plankrankenhäusern mit einem zusätzlichen Antrag an die zuständige Planungsbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheides nach § 8 Absatz 1 Satz 3 KHG zu verbinden ist. § 110 Absatz 2, Satz 2 SGB V bzw. Satz 1 SGB V – neu – regelt, dass es zur Wirksamkeit der Kündigung des Versorgungsvertrages der Genehmigung der zuständigen Planungsbehörde bedarf, welche für Plankrankenhäuser nach § 110 Absatz 2, Sätze 4 und 5 SGB V als erteilt gilt, wenn die Planungsbehörde der Kündigung nicht binnen 3 Monaten widersprochen hat. Wenn jedoch die Kündigung des Versorgungsvertrages wirksam würde, bestünde der Feststellungsbescheid, welcher die Aufnahme des Krankenhauses in dem Krankenhausplan regelt, weiterhin. Auch dieser müsste aufgehoben werden, damit das Krankenhaus auch planungsrechtlich nicht mehr als Plankrankenhaus gelten kann. Dieser zusätzlich erforderliche Akt der Planungsbehörde kann nicht durch die Kündigung ersetzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 110 Absatz 2, Satz 6 SGB V – neu – wird wie folgt gefasst:

*„Mit Wirksamwerden der Kündigung **und entsprechender Aufhebung des Feststellungsbescheides nach § 8 Absatz 1, Satz 3 KHG durch die zuständige Landesbehörde** gilt ein Plankrankenhaus insoweit nicht mehr als zugelassenes Krankenhaus.“*

Zu Artikel 6 Nr. 10: § 110a SGB V: Qualitätsverträge

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu vom G-BA festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen befristete Qualitätsverträge abschließen können, mit dem Ziel Qualitätsinstrumente zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu erproben. Die Rahmenvorgaben werden bilateral vereinbart.

Stellungnahme

Qualitätsverträge können eingesetzt werden, um gezielt besondere Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen, ohne dass die Qualitätsanforderungen auf alle Leistungserbringer ausgeweitet werden müssen. So können z. B. Verträge für bisher unberücksichtigte diagnosebezogene Leistungsbereiche, wie die Polytraumaversorgung, die Sepsis, die Herzinfarktbehandlung, oder die Behandlung ausgewählter psychischer und psychiatrischer Erkrankungen geschlossen werden. Die Evaluation der Wirksamkeit dieser Verträge sollte dabei anhand von Sozialdaten möglich sein. Die Verträge müssen von den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden gemeinsam und einheitlich geschlossen werden und allen Krankenhäusern, die die Anforderungen erfüllen, offen stehen, damit unterschiedliche Behandlungen von Patienten verschiedener Kassen vermieden werden.

Änderungsvorschlag

„§ 110a Qualitätsverträge

(1) Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen **gemeinsam und einheitlich** sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge). Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt. Die Qualitätsverträge sind zu befristen. In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist. ~~Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrages besteht nicht.~~ **Krankenhäuser, die die in den Rahmenvorgaben nach Absatz 2 festgesetzten Anforderungen erfüllen, haben einen Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrags.**

Zu Artikel 6 Nr. 13: § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V: Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Der Investitionskostenabschlag für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen an Krankenhäusern gemäß § 120 Abs. 1 SGB V wird von zehn auf fünf Prozent reduziert.

Stellungnahme

Es ist unverständlich, aus welchem Grund ein – nunmehr reduzierter – Investitionskostenabschlag bei den Krankenhäusern zum Tragen kommt, die eine Förderung nach dem KHG enthalten. Für einen solchen Abschlag fehlt es an jeglicher Grundlage, da Investitionsleistungen allein für den stationären Sektor vorgesehen sind. Für ambulante Kapazitäten werden Investitionsmittel nicht gewährt, so dass auch keine Doppelfinanzierung bei den Investitionskosten für die ambulante Leistungserbringung vorliegt.

Der Investitionskostenabschlag gemäß § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V wird über die entwickelte Rechtsprechung auf ambulante Notfalleleistungen der Krankenhäuser übertragen. Damit wird zwar die Ankündigung aus der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt, für ambulante Notfalleleistungen ist das Ergebnis jedoch nachgewiesenermaßen bei Weitem nicht ausreichend.

Die Reduktion des Investitionskostenabschlags bleibt damit hinter den Erwartungen zurück, wonach die ambulanten Leistungen zukünftig ihrer Bedeutung entsprechend und sachgerecht vergütet werden sollten.

Änderungsvorschlag

§ 120 Abs. 3 Satz 2 ist zu streichen.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 135b SGB V:

Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

Beabsichtigte Neuregelung

Rein redaktionelle Änderung.

Stellungnahme

Da in § 136a - neu - die Kompetenz des G-BA, Richtlinien zur Qualitätssicherung zu erlassen, beschreibt, wäre eine Eingliederung des § 135 b (neu) Abs. 2 Satz 2 in den § 136a – neu - folgerichtig.

Änderungsvorschlag

Streichen des Absatzes 2 an dieser Stelle und Aufnahme in § 136a (neu).

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 135c SGB V:

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung des § 136a SGB V wird nahezu wortgleich in § 135c Absatz 1 SGB V – neu – übernommen. Neu hinzugekommen ist hingegen die Normierung, dass die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch sicherstellen sollen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Aspekte für Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, ausgeschlossen sind. § 135c Absatz 2 SGB V – neu – entspricht im Wesentlichen der ursprünglich in § 137 Absatz 3, Satz 1 Nr. 4 SGB V enthaltenen Regelung.

Stellungnahme

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft akzeptiert die erweiterten Regelungen des § 135c SGB V – neu. Die Verpflichtung zur Abgabe erweiterter Empfehlungen zu Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten im Sinne des Absatzes 1 hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit ihrer Empfehlung vom 17.09.2014 bereits umgesetzt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136a SGB V:

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen des bisherigen § 137 Absätze 1a und 1b werden in den neuen § 136a Absatz 1 überführt. Zeitliche Vorgaben werden angepasst.

Stellungnahme

Bereits seit Jahren sind hygienebezogene und zugleich patientenrelevante Ergebnisparameter integraler Teil der getroffenen Maßnahmen in den Beschlüssen zur Qualitätssicherung. Auch werden im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung die Infektionsraten von Operationen der hüftgelenknahen Oberschenkelbrüche („Oberschenkelhalsbruch“) und Operationen mit Endoprothesen an Hüft- und Kniegelenken erfasst. Diese Operationen haben dabei eine Stellvertreterfunktion für alle orthopädisch-unfallchirurgischen Operationen der Krankenhäuser. Bei anderen Operationen wird der (frühzeitige) Einsatz von Antibiotika zur Vermeidung von Wundinfektionen, z. B. bei gynäkologischen Operationen, erfasst.

All diese Ergebnisse werden nicht nur im Qualitätsreport der Institution nach § 137 a SGB V für das gesamte Bundesgebiet zusammengefasst transparent dargestellt, sondern auch von jedem einzelnen Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht veröffentlicht, so dass Patienten sich schon seit vielen Jahren hieran orientieren können. Ergänzend wird seit einigen Jahren ein spezielles Kapitel im Qualitätsreport zu Ergebnissen der Externen stationären Qualitätssicherung zu nosokomialen Infektionen veröffentlicht.

Darüber hinaus hat der G-BA bereits im Sommer 2010 beschlossen, zwei QS-Verfahren zum Thema „Nosokomiale Infektionen“ zu beauftragen. Die Ergebnisse der erweiterten Machbarkeitsprüfungen sind abgeschlossen und werden in Kürze durch das Plenum beraten werden.

Aus diesem Grund sollte auch in § 136a Absatz 1 SGB V - neu - auf die sektorenübergreifende Qualitätssicherung abgestellt werden. In diesem Zusammenhang muss auch geklärt werden, wie die Veröffentlichung der geeigneten Qualitätsindikatoren im vertragsärztlichen Bereich erfolgen soll. Zudem muss hier dem G-BA mehr Zeit zugestanden werden, denn weniger als eineinhalb Jahre sind viel zu wenig Zeit, um dieses wichtige und schwierige Thema weiter zu entwickeln, das bereits jetzt durch gesetzliche Regelungen, KRINKO-Empfehlungen, Aktionen (Aktion saubere Hände, Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systeme KISS), Projekte, etc. abgesichert ist.

Dagegen wurde die Forderung „bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsbericht aufnehmen zu lassen“ längst umgesetzt und kann daher gestrichen werden.

Die Ausführungen machen deutlich, dass im bestehenden gesetzlichen Rahmen gefasste Beschlüsse und Maßnahmen des G-BA zum Krankenhausbereich über das im Gesetzentwurf vorgeschlagene hinausgehen und funktionierende Systeme für die Qua-

litätssicherung, Qualitätstransparenz sowie Qualitätsförderung im Kontext der Infektionsprophylaxe und Behandlung bereits genutzt und ausgebaut werden. Die parallele Umsetzung neuer, zum Teil überlappender Forderungen würde diesen positiven Prozess stören und verzögern.

Änderungsvorschlag

*Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungs- und sektorenübergreifende **Qualitätssicherung** Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 ~~2016~~ **2018** zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. **Für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung geeignete Ergebnisse von Indikatoren zur Hygienequalität entsprechend der verpflichtenden Maßnahmen nach § 136 Absatz 1 Nr. 1 –neu sowie die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse werden für die stationäre Versorgung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und für die vertragsärztliche Versorgung in geeigneter Form leistungserbringerbezogen veröffentlicht.***

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b SGB V:

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Beabsichtigte Neuregelung

Neben der Neugliederung wird hier in Absatz 1

- in Nummer 2 die Mindestmengenregelung neu formuliert
- in Nummer 4 die vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Qualitätsverträge nach § 110a abgeschlossen werden sollen, bestimmt sowie
- in Nummer 5, der Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschläge eignen, sowie die Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren bestimmt.

In Absatz 6 und Absatz 7 werden die Bestimmungen zu den Qualitätsberichten näher ausgeführt.

In Absatz 8 wird der Zeitpunkt bestimmt, bis zu dem die vier Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge zu beschließen sind, sowie die Verpflichtung festgesetzt, das Institut nach § 137a mit einer Evaluation der Versorgungsqualität zu beauftragen.

In Absatz 9 wird der Zeitpunkt bestimmt, bis zu dem Leistungen oder Leistungsbereiche für eine qualitätsabhängige Vergütung zu beschließen sind, sowie die Kriterien für die Qualitätsbewertung und ein daran anknüpfendes Verfahren für die Festlegung der Zu- und Abschläge für die Vergütung zu bestimmen. Ergänzend erhalten die Krankenkassen die Aufgabe, die Vergütungszu- und abschläge einrichtungsbezogen zu veröffentlichen.

Stellungnahme

§ 136 b Abs. 1 Nr. 4 mit Abs. 9: Qualitätszu- und abschläge

Trotz der international eher ernüchternden Datenlage zur Qualitätsverbesserung durch finanzielle Anreize und der grundsätzlichen Problematik der verlässlichen Nutzung von Qualitätsmessinstrumenten hat der Gesetzgeber hier diesen Vorschlag eingebracht.

Neben den Bedenken, dass die Qualitätsmessungen nur schwach zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern unterscheiden können, dass die Gefahr eines Rabattsystems für mangelhafte Leistungen entsteht, dass die medizinischen Leistungen im Allgemeinen keine Werkverträge sind, und die Evidenz für Qualitätsverbesserungen durch monetäre Anreize sehr schwach ist, ist bei der Umsetzung trotz all dieser Bedenken jedoch insbesondere Folgendes zu beachten:

Qualitätszu- und abschläge können nur für Leistungen erteilt werden, für die das Krankenhaus auch vergütet wird und sind daher z. B. bei belegärztlichen Leistungen problematisch. Bei belegärztlichen Leistungen wird das Krankenhaus explizit nicht für die ärztlichen Leistungen vergütet. Die ärztliche Vergütung erfolgt aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. (§18 KHEntG. § 121 Abs. 1-3 SGB V). In den bisherigen Leistungsbereichen der externen stationären Qualitätssicherung "Gynäkologische Operationen" und "Hüft- und Knieendoprothetik" machen belegärztliche Leistungen bis zu 30 % aller qualitätsgesicherten Leistungen aus. In vielen Krankenhäusern werden diese Leistungen ausschließlich belegärztlich erbracht. Dabei wird, wie oben dargelegt, die qualitätsentscheidende Leistung, der operative Eingriff, nicht dem Krankenhaus, sondern dem die Operation durchführenden Belegarzt aus der vertragsärztlichen Gesamtversorgung vergütet. In diesen Leistungsbereichen zielen die bisher zur Anwendung kommenden Qualitätsindikatoren ausschließlich auf die ärztlich erbrachte Leistung. Ähnliches gilt für die Qualitätsindikatoren beim Verfahren "Mammachirurgie", bei den Leistungsbereichen "Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren", sowie bei dem Verfahren "Koronarangiografie und perkutane Koronarintervention". Auch in diesen Leistungsbereichen werden niedrig zweistellige Anteile aller Leistungen durch Belegärzte erbracht, wobei auch hier in einigen Häusern die Leistungen ausschließlich belegärztlich erbracht werden. In der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung wird die unterschiedliche sektorale Vergütung ärztlicher Leistungen bisher nicht berücksichtigt. Einzig im Verfahren "Koronarangiographie und PCI" wurde die Qualitätserfassung und Verantwortungszuschreibung der Vergütungsstruktur mit der Einführung eines sektorübergreifenden Verfahrens angepasst. In diesem Verfahren haben aufgrund datenschutzrechtlicher Bedenken die Krankenhäuser nicht einmal Einblick in die Qualität der Leistungen der in ihrem Haus tätigen Belegärzte (§ 10 Abs. 2 (h) Themenspezifische RL PCI Qesü-RL).

Werden nun Krankenhäuser für die Qualität von Leistungen zusätzlich vergütet oder ihnen Vergütungen entzogen, dann gibt es grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, dies für belegärztliche Leistungen zu regeln.

- Krankenhäuser und Belegärzte regeln Vergütungszu- und abschläge privatrechtlich bilateral.

Die Durchsetzung von Haftungsansprüchen bei Vergütungsabschlägen gegen den Belegarzt erfolgt im Zweifelsfall gerichtlich. Damit wird das gesamte Prozessrisiko, welches sich für Qualitätsabschläge auf Grund von unzureichender Qualität belegärztlicher Tätigkeit ergibt, auf die Krankenhäuser verschoben. Auf der anderen Seite müsste ggfls. der Belegarzt gegenüber dem Krankenhaus seine Qualitätszuschläge einklagen. Während diese einen zusätzlichen Gewinn darstellen, führen Vergütungsabschläge jedoch zu einer Unterdeckung der Leistungen und damit im Extremfall zu einer Existenzgefährdung des betroffenen Krankenhauses. Daher erscheint dieses Vorgehen unangemessen.

- Belegärztliche Leistungen werden aus der Regelung für Qualitätszu- und abschläge ausgeklammert.

Dies läuft dem Ziel dieses Gesetzentwurfes, einen wichtigen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung zu leisten, zuwider. Die belegärztliche Versorgung ist ein integraler Bestandteil der Krankenhausversorgung. Insofern kann sie nicht systematisch aus diesem Instrument der Qualitätssicherung und -verbesserung ausgeklammert werden. Auch die Patienten der belegärztlich tätigen Vertragsärzte haben ein Interesse an einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung. Daher müssen die Belegärzte hierbei eingebunden werden.

- Belegärztliche Leistungen werden anhand derselben Kriterien in eine qualitätsabhängige Vergütung aufgenommen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird anhand derselben Kriterien aufgegeben, Vergütungszu- und abschläge für belegärztliche Leistungen umzusetzen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 9 Satz 2 wird hinter "den Krankenkassen" eingefügt, "den Kassenärztlichen Vereinigungen". In Satz 43 wird hinter "der Krankenhäuser" "und der Belegärzte" eingefügt. In Satz 54 wird hinter "den Krankenkassen" ", den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Belegärzten" eingefügt. In Satz 65 wird hinter "Krankenhäuser" "und Belegärzte" eingefügt.

Um dies umsetzen zu können, muss der G-BA zukünftig in der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung belegärztliche Leistungen in den für die qualitätsabhängige Vergütung ausgewählten Leistungsbereichen getrennt von den Krankenhausleistungen erfassen und auswerten lassen.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 1 Nr. 2 sowie Abs. 3 und 4 SGB V: Mindestmengen

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Regelungen zur Einführung von Mindestmengen in bestimmten Leistungsbereichen sowie zu den hierfür notwendigen ergänzenden Festlegungen (Ausnahmetatbestände, Übergangsregelungen) sowie des Näheren zur Prognose hinsichtlich des voraussichtlichen Erreichens einer Mindestmenge im Folgejahr als Grundlage für die Entgeltverhandlungen. Grundlage für die Anpassungen sind die Urteilsbegründungen des Bundessozialgerichts zu den Leistungsbereichen „Perinatalzentren Level 1“ sowie „Knie-Endoprothesen“. Neu eingeführt werden soll ein Standortbezug von Mindestmengen-Festlegungen.

Stellungnahme

Die Streichung der Formulierung „in besonderem Maße“ verdeutlicht den Willen des BMG, der Auffassung des Bundessozialgerichts zu folgen und auf eine stringente Evidenzableitung zu verzichten. Die Krankenhäuser bedauern dies, da damit die Chance nicht genutzt wird, durch einen entsprechend unstrittigen Evidenznachweis zu Mindestmengen mit hoher Akzeptanz zu kommen. Vor diesem Hintergrund fordern die Krankenhäuser eine konsequente Umsetzung von Regelungen, die unbillige Härten abmildern und die Anwendung von Mindestmengen auf planbare und hochkomplexe Leistungen beschränken. Die Einschränkung auf hochkomplexe Leistungen ist dabei nur eine Klarstellung der Tatsache, dass weniger komplexe Leistungen, die überwiegend Gegenstand der Grund- und Regelversorgung sind und flächendeckend angeboten werden sollen, keine geeigneten Gegenstände für Mindestmengen-Regelungen sind.

Die Krankenhäuser sprechen sich aus grundsätzlichen Gründen gegen arztbezogene Mindestmengen aus. Aus gutem Grund hat der G-BA eine solche Regelung in der Vergangenheit nicht getroffen. Damit würde auf dem Umweg der Qualitätssicherung eine zusätzliche Qualifikationshürde und damit eine zusätzliche hierarchische (und vergütungsrelevante) Beschäftigungsart im Krankenhaus geschaffen. Diese würde kurzfristig – je nach Leistungsbereich – zu erheblichen Mehrkosten führen, und mittelfristig eine Verknappung der Ärzte herbeiführen, die die jeweilige Leistung durchführen dürfen.

Mit der Einführung eines Standortbezugs für die Festlegung von Mindestmengen wird eine neue Qualität der Aufwertung von Krankenhausstandorten gesetzlich eingeführt, ohne dass für den Standortbegriff eine länderübergreifende und eindeutige Definition vorliegt. Schon aus diesem Grund muss ein Standortbezug an dieser Stelle abgelehnt werden. Zudem arbeiten eingespielte Teams durchaus an unterschiedlichen Standorten, so dass die Team-bezogene Routine durch eine Aufspaltung in Standorte nicht mehr abgebildet würde.

Große Schwierigkeiten bestehen schließlich bei der geplanten Verknüpfung des Arztbezugs mit dem Standortbezug. Betroffen sind insbesondere Leistungen, die mit Mindestmengen je Arzt und Standort belegt sind, und durch die gleichen Ärzte an mehreren

Standorten angeboten werden (z. B. Endoprothetik am Knie). Dann ist die Qualität der OP-Vor- und Nachbereitung standortbezogen zu sehen (pflegerische Versorgung, Verbände, Mobilisierung, Krankengymnastik, Entlassmanagement), die ausschließlich arztbezogene Qualität des operativen Eingriffs selber jedoch standortübergreifend. Da die Erfahrung des Arztes zweifelsohne aus der Summe der von ihm insgesamt und standortübergreifend durchgeführten Operationen resultiert, ist die Festlegung einer Mindestmenge pro Arzt und Standort nicht begründbar. Sie könnte sogar zu der kaum begründbaren Situation führen, dass ein Arzt, der die gleiche Operation an zwei Standorten durchführt, die Mindestmenge für den einen Standort erfüllt, für den anderen jedoch nicht. Die Krankenhäuser empfehlen daher dringend, auf die Aufnahme des Standortbegriffs in dieser Form zu verzichten.

Für Krankenhäuser, die Leistungen mit nachgewiesener hoher Ergebnisqualität erbringen, müssen Ausnahmetatbestände von Mindestmengen für die jeweiligen Leistungsbereiche geschaffen werden. Diese Forderung ergibt sich aus den Urteilen des Bundessozialgerichts, sie wird von Seiten des BMG selber durch den Verzicht auf eine stringente Evidenzableitung von Mindestmengen verstärkt. Krankenhäuser von der Erbringung einer Leistung auszuschließen, obwohl diese eine hohe Ergebnisqualität hierfür nachweisen können, ist nur durch den Verweis auf die nicht erreichte Mindestanzahl an Leistungen (Surrogat) methodisch nicht zu rechtfertigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss verpflichtet werden, solche Regelungen zu beschließen. Die Verwendung der Formulierung „soll“ ist an dieser Stelle nicht ausreichend.

Die Formulierungen in Absatz 3 behandeln Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen gleichrangig und vermischen damit unterschiedliche Regelungsgegenstände. Die Ausnahmetatbestände haben bei nachgewiesener hoher Qualität einen klaren Qualitätsbezug. Den hiervon betroffenen Krankenhäusern wird damit eine Gleichrangigkeit der Qualität ihrer Leistungen trotz Unterschreitens der Mindestmenge unterstellt. Übergangsregelungen dienen hingegen dazu, den Krankenhäusern bzw. der Versorgungslandschaft einen angemessenen, aber begrenzten Zeitraum zur Anpassung an eine Neuregelung oder wesentliche Änderung einzelner Mindestmengen aus dem Katalog nach § 136b Absatz 1 Nr. 2 SGB V einzuräumen. Insofern wird das Recht, die jeweilige Leistung zu erbringen, im Rahmen einer Übergangsregelung gerade nicht aufgrund eines Qualitätsbezugs eingeräumt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist seiner Verpflichtung zur Evaluation seiner Beschlüsse und Richtlinien bislang nicht nachgekommen. Die Krankenhäuser begrüßen daher die Intention des BMG, an dieser Stelle eine stringenterere Formulierung vorzuschlagen. Angesichts der methodischen Probleme des Instruments „Mindestmengen“ und der hochgradig strittigen Diskussion in der Vergangenheit sollte hier jedoch eine klare Verpflichtung des G-BA erfolgen, die auch die bisher bereits beschlossenen Leistungsbereiche einschließt.

Die Verpflichtung des G-BA, das Nähere zur Erstellung der Prognose der von einzelnen Mindestmengenfestlegungen betroffenen Krankenhäuser festzulegen, ist nachvollziehbar. Da jedoch insbesondere in Leistungsbereichen mit kleinen Fallzahlen größere Schwankungen im Verlauf auftreten können, ist eine Vorfestlegung ausschließlich auf die Erreichung der Mindestmenge im vergangenen Jahr nicht zielführend. Der G-BA

sollte dazu aufgefordert werden, ausdrücklich auch Mehrjahreszeiträume als Grundlage für Prognoseentscheidungen in seine Festlegungen aufzunehmen.

Die Eröffnung des Rechtswegs über die Sozialgerichtsbarkeit ist sachgerecht. Abgelehnt wird der ausdrückliche Ausschluss eines Vorverfahrens. Angesichts der zu erwartenden strittigen Entscheidungen ist es nicht zielführend, ein Verfahren auszuschließen, in dem noch eine vorgerichtliche Einigung erzielt werden kann.

Änderungsvorschlag

(1) [Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über:]

~~2. einen Katalog planbarer und~~ **hochkomplexer** Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss **hat** ~~so~~ bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen **vorzusehen**, **Ausnahmetatbestände dienen insbesondere dazu**, um unbillige Härten, z. B. **insbesondere** bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. **Übergangsregelungen sind bei der Neueinführung von Leistungen oder wesentlichen Änderungen notwendig, um den** Krankenhäusern bzw. der Versorgungslandschaft **Leistungserbringern die Anpassung an eine Neuregelungen zu ermöglichen**. Er regelt in seiner Verfahrensordnung das Nähere insbesondere zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge. Der Gemeinsame Bundesausschuss **hat** ~~so~~ **insbesondere** insbesondere die Auswirkungen von **neu** festgelegten **Mindestmengen unverzüglich** ~~möglichst zeitnah~~ **zu** evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses **anzupassen**. **Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut nach § 137a SGB V oder eine andere geeignete Stelle mit der dauerhaften Durchführung einer Begleitforschung zu den im Katalog nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 festgelegten Mindestmengen.**

(4) Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren ~~und~~ **hochkomplexen** Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge ~~je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses~~ erreicht hat. **Die Prognose kann sich auch auf einen mehrjährigen Zeitraum stützen**. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene

Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. ~~Ein Vorverfahren findet nicht statt.~~

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 6 SGB V:

Qualitätsbericht

Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, in die Berichte aufgenommen werden.

Stellungnahme

Dem G-BA wird hier die Auslegung des Begriffes "wesentliche Hauptdiagnosen" aufgegeben. Die Interpretation dieses Begriffes ist schwierig, ohne dass aus der Gesetzesbegründung deutlich wird, was der Gesetzgeber hierbei, jenseits der Multimorbidität, versteht. Soll der G-BA allgemeingültig festlegen, welche Hauptdiagnosen als wesentlich zu begreifen sind, in dem Sinne, dass nach Bevölkerungsprävalenz die Hauptdiagnosen und damit verbundene Nebendiagnosen zu berücksichtigen sind? Oder sind die wesentlichen Hauptdiagnosen auf Basis der Prävalenz der Diagnosen des jeweiligen faktisch im jeweiligen Krankenhaus kodierten zu bestimmen und zu den Hauptdiagnosen die jeweiligen häufigen Nebendiagnosen anzugeben? Dies hätte den Vorteil, dass auch Spezialkrankenhäuser, z. B. Kinderkrankenhäuser, ihre jeweiligen häufigen spezifischen Nebendiagnosen angeben würden, die bei einer bevölkerungsbezogenen Prävalenz der Hauptdiagnosen vernachlässigt werden würden.

Ergebnisse von Patientenbefragungen, sollen in die Berichte aufgenommen werden. Die Krankenhäuser begrüßen Patientenbefragungen als wertvolles Instrument in der Qualitätssicherung. Wichtig ist hierbei, dass diese Patientenbefragungen auf die Einschätzung von patientenrelevanten Endpunkten abzielen und über die reine Erfassung von Patientenzufriedenheit hinausgehen. Nur dann liefern sie Hinweise für die Verbesserung der Patientenversorgung.

Ein spezieller Berichtsteil soll die patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenfassen. Die Krankenhäuser begrüßen sehr, die Qualitätsberichte zielgruppenorientierter, hier für die Zielgruppe der Patienten, zu gestalten. Um dies zu leisten, müssen die krankenhausspezifischen patientenrelevanten Informationen in einen - krankhausunabhängigen und damit vom G-BA gestalteten - Prosateil in allgemein- und ggfls. auch in leichte Sprache eingebettet und, wo hilfreich, durch allgemeinverständliche Abbildungen ergänzt werden. Dabei sollte der G-BA die Verständlichkeit der Texte, Informationen und Darstellungen in den Zielgruppen testen lassen und in einem ggfls. iterativen Prozess an die Bedürfnisse der Zielgruppen anpassen.

Änderungsvorschlag

(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und

§ 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen **des Krankenhauses** häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten, standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 7 Satz 1 SGB V:

Veröffentlichung Qualitätsberichte: G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Dem G-BA wird neben den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgegeben, die Qualitätsberichte zu veröffentlichen.

Stellungnahme

Da der G-BA die Inhalte der Qualitätsberichte verantwortet, ist es sinnvoll und konsequent, ihm auch die Verantwortung für die Veröffentlichung der Inhalte zukommen zu lassen. Die Datenerfassung der Qualitätsberichte ist ein hoher Aufwand für die Krankenhäuser und kontrastiert mit dem sehr eingeschränkten Nutzen und Verständlichkeit der Berichte. Die Krankenhäuser gehen davon aus, dass die Veröffentlichung der Qualitätsberichte über die Schaffung einer reinen Referenzdatenbank, wie sie der G-BA derzeit schon in statischer Form veröffentlicht, hinausgeht. Der G-BA soll eine umfängliche Verantwortung für die Veröffentlichung bekommen, in der Form, wie sie beispielsweise derzeit auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen wahrnehmen. Darüber hinaus sollte der G-BA Maßstäbe für die Verständlichkeit der Informationen und der Nutzerorientierung setzen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136b Abs. 7 Satz 3 SGB V:

Veröffentlichung Qualitätsberichte: Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhäuser werden verpflichtet, auf ihrer Internetseite ihren Qualitätsbericht zu veröffentlichen.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber geht in seiner Kostenschätzung für diese Maßnahme von einem zusätzlichen Aufwand von 6 Euro pro Krankenhaus aus (S. 51 RefEntwf). Der zeitliche Aufwand bewegt sich damit in einem Zeitrahmen von etwa 10 Minuten pro Krankenhaus. Das deutet darauf hin, dass ein entsprechender Link auf der Internetseite des Krankenhauses zu erstellen ist, keinesfalls jedoch, dass der gesamte Bericht zu diesem Zweck neu erstellt werden muss.

Die Krankenhäuser begrüßen diesen Vorschlag; insbesondere wenn hierbei auf den Bericht beim G-BA oder bei einer anderen Institution elektronisch verwiesen werden kann. Dies trägt durch eine einheitliche Gestaltung und Darstellung zu einer besseren Verständlichkeit bei, als eine jeweilige individuelle Gestaltung der gesetzlichen Qualitätsberichte.

Änderungsvorschlag

Hinter „auffindbar“ werden die Worte „zu veröffentlichen“ ersetzt durch die Worte „direkt zugänglich zu machen“.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136c SGB V:

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA fasst einen ersten Beschluss bezüglich der Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz Bestandteil des Krankenhausplans werden, bis zum 31.12.2016.

Der G-BA liefert regelmäßige einrichtungsbezogene Auswertungen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren an die Länder; die Krankenhäuser liefern diese planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vierteljährlich an das IQTiG. Das Auswertungsverfahren für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einschließlich des Strukturierten Dialogs wird um 6 Monate verkürzt.

Stellungnahme

Die Neuentwicklung rechtssicherer planungsrelevanter Qualitätsindikatoren bis zum 31.12.2016 erscheint nicht machbar. Eine Verwendung der Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung ist nicht sachgerecht, da diese für andere Zwecke entwickelt wurden. Um dem Sachverhalt angemessene Qualitätsindikatoren zu entwickeln, bedarf es einer fundierten Entwicklungsarbeit, die in diesem Zeitrahmen nicht zu leisten ist.

Deutlich zu kritisieren ist die in der Begründung angegebene und mangelnde Evidenz („die begründete Einschätzung einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit zur Verbesse-

„für die Auswahl der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren („auf Basis von Sachverständigenaussagen“) sowie den aufgrund des aufgebauten zeitlichen Drucks entstandenen Vorschlag, hierfür hilfsweise auf die bereits vorhandenen ESQS Indikatoren zurückzugreifen. Gerade für diese Indikatoren mit derart weitreichenden Auswirkungen für die flächendeckende qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung sollten wissenschaftlich anerkannte Methoden herangezogen und eine hinreichende Entwicklungszeit eingeräumt werden.“

Indikatoren zur Strukturqualität, wie z. B. Maßzahlen zur Personalausstattung oder bauliche Anforderungen werden ausdrücklich in die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit aufgenommen. Damit sind die Anforderungen für die planungsrelevanten Strukturqualitätsindikatoren deutlich niedriger als für die Anforderungen nach § 136 (neu) Abs. 1 Nr. 2. Während die Anforderungen nach § 136 (neu) Abs. 1 Nr. 2 auf aufwändige Leistungen beschränkt bleiben, können Strukturqualitätsindikatoren zu beliebigen Leistungen formuliert werden, die nach G-BA Beschluss und fehlendem Ausschluss dieser Empfehlungen durch das jeweilige Bundesland Eingang in die Krankenhausplanung nehmen. Damit tritt dieser Absatz für Krankenhausleistungen in direkte Konkurrenz zu § 136 (neu) Abs. 1 Nr. 2 und wird diesen langfristig für Krankenhausleistungen überflüssig machen. Strukturqualitätsanforderungen unterliegen gerade auf Basis ihrer intuitiv gefühlten, jedoch selten empirisch belegten Verbesserung der Ergebnisqualität einer willkürlichen Entscheidungsfreudigkeit. Andererseits beruht die Messung von Strukturqualitätsparametern in erster Linie auf Selbstangaben. Sie sind damit prinzipiell besonders manipulationsanfällig, was eine flächendeckende Überprüfung zur fairen Umsetzung notwendig macht. Alles zusammen genommen, die Empirie-freie Willkür in der Festlegung, der unmittelbare und damit potentiell existenzgefährdende Eingang in die Krankenhausplanung und der hohe Aufwand der allgemeinen Überprüfung lassen Strukturqualitätsindikatoren als im Allgemeinen ungeeignet für die Aufnahme in die Krankenhausplanung erscheinen. Daher sollten diese Indikatoren nur ausnahmsweise, bei guter Evidenzlage und gestützt durch ein transparentes Auswahlverfahren, ähnlich wie bei der Festlegung von Mindestmengen, zum Einsatz kommen.

Eine zeitnahe Lieferung und Auswertung wird von den Krankenhäusern begrüßt. Eine Verkürzung des strukturierten Dialogs um 6 Monate ist nicht realistisch.

Die planungsrelevanten Indikatoren sollen einzeln oder in der Zusammenschau die Bewertung des Versorgungsgeschehens einer Abteilung oder sogar eines Krankenhauses ermöglichen. Die Kriterien für die Auswahl von planungsrelevanten Indikatoren zur Planung von Leistungsbereichen sind schwierig zu bestimmen. Der Gesetzgeber sieht selbst die Schwierigkeit, die Indikatoren auszuwählen, die sich für die Zwecke der Planung eignen. Die planungsrelevanten Indikatoren müssen, um in ihrem Ansatz nicht ins Leere zu laufen, die maßgeblichen Leistungen der Abteilung („Grundleistungen“) abbilden. Sie können dabei entweder Surrogate sein oder tatsächlich die maßgeblichen Leistungen einer Abteilung abbilden. Surrogate sind dabei Indikatoren zu - zahlenmäßig - nicht maßgeblichen Leistungen, denen aber ein Beispielscharakter zugesprochen wird. Ein Beispiel für ein Surrogat wäre die Dekubitusprophylaxe, welche hier beispielsweise für die Qualität der Pflege (von besonders pflegebedürftigen Patienten) genutzt werden würde. Alternativ könnte das Verfahren "Ambulant erworbene Pneumonie" als Surrogat für die Qualität der (Organisation der) internistischen Therapie stehen. Werden Surrogatleistungen verwandt, dann können diese nicht auf Basis der Weiterbildungs-

ordnung festgelegt werden, die mitnichten Grundleistungen bestimmt und maßgeblich auch von berufsständischen Interessen geprägt sind. Tatsächlich müssen Surrogate eine maßgebliche Qualifikation, z. B. die Organisationserfahrung, einer Abteilung abbilden, auch wenn die Menge der erbrachten Surrogatleistungen nicht das maßgebliche Geschehen der Abteilung abbildet. In diesem Sinne könnten in folgenden Leistungsbe-
reichen Surrogate vorbehaltlich der Prüfung durch Expertenwissen die maßgeblichen Leistungen abbilden: für Abteilungen der Herzchirurgie die Verfahren Koronarchirurgie, Aortenklappenchirurgie, kombinierte Eingriffe; eine halbjährliche Datenlieferung ist hier nur bei vorausgehender mehrjähriger Kumulation sinnvoll. Für die Abteilungen Orthopädie und Unfallchirurgie die Verfahren Hüft- und Knieendoprothetik. Hier sind die Fallzahlen für eine halbjährliche Datenlieferung ausreichend hoch; die Beurteilung sollte hier jedoch aufgrund der mehrjährigen Nachbeobachtung erfolgen.

Grundsätzlich erscheint es als sehr fraglich, ob das Leistungsgeschehen einer Abteilung oder eines Krankenhauses rechtssicher rein auf Basis von Surrogatindikatoren von „Grundleistungsbereichen“ beurteilt werden kann. Diese bilden selbst bei hoher Durchdringung der jeweiligen Abteilung immer nur einen minderen Bruchteil der tatsächlich erbrachten Leistungen abbilden. Der Analogschluss, dass eine mindere Qualität bei den Surrogatindikatoren eine mindere Qualität der gesamten Leistungen einer Abteilung anzeigt, erscheint fraglich und begründet angreifbar.

Um als planungsrelevant gelten zu können, müssen die qualitätsgesicherten Leistungen nach diesseitiger Ansicht einen maßgeblichen Anteil an der von der jeweiligen Abteilung oder dem jeweiligen Krankenhaus erbrachten Leistung ausmachen. Dabei stellt sich allerdings das weitere Problem, dass aufgrund der individuellen Spezialisierung von Abteilungen selbst in Leistungsbereichen, die über viele Jahre schon an der Qualitätssicherung teilnehmen, der Anteil der tatsächlich in einer Abteilung qualitätsgesicherten Leistungen sehr unterschiedlich ist. So gibt es in der Herzchirurgie Abteilungen, bei denen bis zu ca. 30 % aller Leistungen qualitätsgesichert werden. Bei anderen herzchirurgischen Abteilungen unterliegen dagegen nur 2 bis 5 % der in einem Kalenderjahr erbrachten Leistungen der Qualitätssicherung. Es ist sehr fraglich, ob aus einem Bruchteil von qualitätsgesicherten Leistungen auf die Qualität der gesamten Abteilung extrapoliert werden kann. Die Nutzung von Expertenwissen, wie vom Gesetzgeber in den Erläuterungen vorgeschlagen, um die Grundleistungen als notwendige Schnittmenge der maßgeblichen Leistungen zu bestimmen, erscheint hierbei kein gangbarer Weg zu sein. Ebenso wenig kann es das Ziel sein, zu bestimmen, dass ein bestimmtes qualitätsgesichertes Leistungsspektrum von jeder Abteilung erbracht werden muss, um durch diesen Schritt zu einer Vergleichbarkeit von Abteilungen zu gelangen oder zu verhindern, dass sich einige Abteilungen der Planbarkeit durch Qualitätsindikatoren entziehen.

Nach diesseitiger Ansicht müssen die maßgeblichen Leistungen faktisch das Leistungsgeschehen der beplanten Abteilungen abbilden. Unter dieser Maßgabe bilden folgende derzeit existierende Verfahren die maßgeblichen Leistungen vermutlich der meisten der jeweiligen Abteilungen ab: Geburtshilfe, Neonatologie und die Organtransplantationen

- Verfahren Geburtshilfe: Hier werden praktisch alle Leistungen der Abteilung erfasst und die Fallzahl ist für eine Bewertung ausreichend groß.

- Verfahren Neonatologie: hier wird ein Großteil der Leistungen der entsprechenden Abteilung erfasst. Die Fallzahlen sind insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Risiken bei den verschiedenen Gestationsaltern klein und eine halbjährliche Datenlieferung ist nur bei mehrjähriger vorausgehender Kumulation sinnvoll.
- Verfahren der Organtransplantation. Auch hierbei ist eine halbjährliche Datenlieferung nur bei vorausgehender mehrjähriger Kumulation sinnvoll.

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass nur einige wenige Leistungsbereiche für eine Beplanung nach Qualitätskriterien bis zum 31.12.2016 überhaupt in Frage kommen. Dies gilt wohlgerne jenseits der Frage, ob die Indikatoren in diesen Bereichen überhaupt für Planungsentscheidungen geeignet sind. Im Umkehrschluss gilt, dass in vielen Bereichen, auch in Bereichen mit hoher Fallzahl, bisher keine Indikatoren existieren, und möglicher Weise nie existieren werden, die im Prinzip eine Planung unter Qualitätsgesichtspunkten ermöglichen würden. Da der Gesetzgeber explizit davon ausgeht, dass bis zum Stichtag keine neuen Indikatoren entwickelt werden können, bleiben im Prinzip nur diese wenigen Leistungsbereiche (Geburtshilfe, Neonatologie und Organtransplantationen) als mögliche Leistungsbereiche, für die entsprechende Indikatoren geprüft werden können.

Änderungsvorschlag

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden **können. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität müssen geeignet sein, die Ergebnisqualität zu verbessern. Der G-BA regelt in seiner Verfahrensordnung das Nähere zur Auswahl von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität.** Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden; § 93 Absatz 6 bleibt unberührt. Ein erster Beschluss nach Satz 1 ist bis zum 31. Dezember ~~2016~~ **2020** zu fassen.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach § 137a zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung liefern. ~~Er soll das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um sechs Monate verkürzen.~~

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136d SGB V:

Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

Der Text ist nahezu identisch mit § 137b (alt). Neu ist die Überschrift, in der erstmals explizit von Evaluation gesprochen wird.

Stellungnahme

Angesichts der Tatsache, dass der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Aufgabe, die eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten bislang nicht gerecht geworden ist, fordern die Krankenhäuser das BMG auf, hierzu eine stringendere Formulierung zu wählen.

Änderungsvorschlag

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der von ihm eingeführten Maßnahmen zur der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, **alle** eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen **in regelmäßigen, geeigneten Abständen** auf ihre ~~Wirksamkeit~~ **Auswirkungen** hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen **jährlichen** Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung, **in dem die Inhalte nach Satz 1 zusammengefasst werden.**

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 137 Abs. 1 - 3 SGB V:

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA wird mit der Erstellung einer Richtlinie zu allgemeinen Grundsätzen der Sanktionierung im Falle der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 – 136c SGB V beauftragt. Neben einem abgestuften System der Sanktionierung und am Prinzip der Verhältnismäßigkeit ausgerichteten Kriterien zur Anwendung werden auch Regelungen zur Beauftragung und zur Durchführung von Prüfungen und den resultierenden Konsequenzen getroffen.

Stellungnahme

Das hohe Qualitätsniveau der Behandlung in den Krankenhäusern sowie dessen weitere Verbesserung beruht in besonderer Weise auf Engagement, Verantwortungsbewusstsein und der Selbstverpflichtung zur Einhaltung von Vorgaben und Vertrauen. Die Installierung eines umfangreichen Kontrollapparats ist mit einem solchen System nur sehr bedingt vereinbar. Die Krankenhäuser sehen eine erhebliche Gefahr, dass ein überbordendes Kontrollwesen die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser beschädigt wird. Der Regelungsvorschlag des BMG ist ein Affront gegenüber allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenhäuser insbesondere deshalb, weil mit der Durchführung dieser Kontrollen der MDK als eine Institution beauftragt werden soll, die nicht in der gemeinsamen Verantwortung der Selbstverwaltungspartner liegt und einseitig Kassen- und Eigeninteressen vertritt.

Die Krankenhäuser lehnen die Beauftragung des MDK mit dieser Aufgabe daher bereits im Ansatz ab und fordert das BMG auf, seine Haltung zu den notwendigen Maßnahmen der Qualitätsverbesserung zu überdenken. Im Interesse der notwendigen Akzeptanz der beauftragten Qualitätsprüfungen sowie der ggf. folgenden Entscheidungen über Sanktionen sollten diese gemeinsam von den wesentlichen auf der Landesebene beteiligten Verhandlungspartnern getroffen werden. Hierfür bieten sich die Lenkungsorgane der externen stationären Qualitätssicherung auf der Landesebene sowie die jeweils zugehörigen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung an. Daher sollte die Durchführung der Kontrollen den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung übertragen werden. Angesichts der hierfür bereits vorhandenen Kommunikationsebene ist dies zielführend. Die Umsetzung von Sanktionen erfolgt durch das Lenkungsorgan direkt. Angesichts der grundsätzlichen Festlegung auf eine einrichtungs- und sektorenübergreifende Ausrichtung der Qualitätssicherung – die von den Krankenhäusern mitgetragen wird – müssen zukünftig auch die gleichen Grundsätze für ein Kontrollsystem bezüglich der Einhaltung von Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung in beiden Sektoren gelten. Damit müsste die Verantwortung mit der Einführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung auf die noch zu gründenden Lenkungsorgane der Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung übergehen.

Es ist nicht Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, vergütungswirksame Regelungen mit unmittelbarer Wirkung auf einzelne Krankenhäuser zu treffen. Sofern die Etablierung eines umfassenden Kontrollsystems weiter verfolgt werden soll, ist die Aufgabe des G-BA auf die Festlegung von Grundsätzen zu beschränken. Abweichungen vom dem zu beschließenden gestuften Sanktionssystem können daher vom G-BA nur Grundsätzlich in der Richtlinie nach Satz 5 angelegt werden. Der Beschluss konkreter Sanktionen nach dem Stufensystem soll durch die gemeinsam von der Selbstverwaltung getragenen Strukturen der Qualitätssicherung auf der Landesebene (Lenkungsorgane) erfolgen. Damit würden diese konfliktträchtigen Entscheidungen im Sinne der gemeinsamen Selbstverwaltung von Gremien getroffen, an denen die maßgeblichen Partner gleichermaßen beteiligt sind.

Um das Ziel der Förderung und damit der Qualitätsverbesserung zu erreichen, sind Maßnahmen der Beratung und Unterstützung in jedem Fall durchzuführen. Hierfür verantwortlich sein sollen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, da sie über die hierfür notwendige Gesprächsebene mit den Krankenhäusern verfügen.

Änderungsvorschlag

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundes- ausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur **Förderung bzw. Sanktionierung der Krankenhäuser bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c** ~~Förderung der Qualität~~ ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, **zusätzlich zu** ~~neben~~ Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein:

1. Vergütungsabschläge,
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,
3. die Information Dritter über die Verstöße,
4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. **Über Sanktionen auf der Grundlage der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nach § 137 h entscheiden die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung nach Beratung in den Lenkungsgremien der externen stationären Qualitätssicherung auf der Landesebene.** Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. ~~Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach dem Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.~~

(2) Der gemeinsame Bundesausschuss legt in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern eine Dokumentationsrate von 100% für dokumentationspflichtige Datensätze fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung vorzusehen, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den **Qualitätskontrollen der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung nach § 137 h des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275 a**, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. Er trifft insbesondere Festlegungen, welche Stellen die Kontrollen beauftragen, welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, zu Art, Umfang und zum Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierbei vorzusehen, dass die nach Absatz 1 Satz 5 für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden. Er legt fest, in welchen Fällen **die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung** der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder zu übermitteln ~~hat~~ **haben**. Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandarme Durchführung der Kontrollen nach § 275a **§ 137 h** unterstützen.

Zu Artikel 6 Nr. 15: § 136c Abs. 3 SGB V:

Vorgaben des G-BA zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen

Beabsichtigte Neuregelung

An Stelle der bislang vorgesehenen Vereinbarung von Maßstäben durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollen zukünftig die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA beschlossen werden.

Stellungnahme

Der Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 2 KHEntgG ist mit der Zielsetzung gesetzlich verankert, die Vorhaltung von Leistungen für die notwendige Versorgung der Bevölkerung auch dort sicher zu stellen, wo dies aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs über Fallpauschalen nicht ausreichend finanziert werden kann. Der Sicherstellungszuschlag ist in seiner Konzeption ein originärer Bestandteil des DRG-Systems und damit im Grundsatz in der Zuständigkeit der „DRG-Selbstverwaltungspartner“.

Daher ist aus Sicht der Krankenhäuser auch die Festlegung von bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA nicht der richtige Weg. Der G-BA hat weder die Möglichkeiten noch die Ressourcen, um bundesweit und im Einklang mit der Krankenhausplanung zu prüfen und festzulegen, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Krankenhausversorgung obliegt den Ländern, so dass diese hier verstärkt einzubeziehen sind.

Dieses kann nicht über die G-BA-Struktur erfolgen. Regionalen und örtlichen Besonderheiten ist Rechnung zu tragen. So sind neben der Lage und Erreichbarkeit auch die unterschiedlichen Anforderungen von Flächenländern und Stadtstaaten zu berücksichtigen. Auch die planerischen Ziele und die Planungstiefe unterscheiden sich zwischen den Ländern. Da sich die länderspezifische Regelungstiefe der Krankenhausplanung und die individuellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses nicht abstrakt fassen lassen, können auch keine allgemeingültigen Kriterien auf Bundesebene zur Festlegung eines Zuschlags definiert werden.

Daher ist eine **Stärkung der Verhandlungsmöglichkeiten der Vertragsparteien vor Ort** in Abstimmung mit den Landesplanungsbehörden auf gesetzlicher Grundlage der richtige Weg, um den regionalen Notwendigkeiten der Sicherstellung Rechnung zu tragen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelungen im § 136c Abs. 3.

Zu Artikel 6 Nr. 20: § 221 Abs. 2 SGB V: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Diese Folgeänderung zur Einrichtung und Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 bis 14 KHG sieht eine verwaltungseinfache Verrechnungslösung im Zusammenhang mit dem Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Bundeszuschuss vor. Der Überweisungsbetrag für die landwirtschaftliche Krankenkasse wird um den auf diese entfallenden Anteil an dem im jeweiligen Haushaltsjahr aus dem Strukturfonds ausgekehrten Betrag reduziert, der sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen bemisst.

Stellungnahme

Diese Neuregelung stellt eine sachgerechte Verrechnung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds sicher.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nr. 21: § 271 Abs. 2 SGB V: Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den §§ 12 bis 14 KHG - neu. Dem Strukturfonds wird ab dem Jahr 2016 ein Betrag bis zu einer Höhe von 500 Mio. Euro – abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt, soweit sie von den Ländern abgerufen werden.

Stellungnahme

Die Finanzierung eines Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen mit Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist im Grundsatz zu begrüßen. Die Ausstattung des Fonds mit 500 Mio. Euro besitzt angesichts jährlich fehlender, bestandserhaltender Investitionsmittel in Höhe von mindestens 3 Mrd. Euro allerdings nur ergänzenden Charakter.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nrn. 22, 23 und 24: §§ 275a, 276 und 277 SGB V:

Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 275a SGB V – neu – beinhaltet Regelungen zur Durchführung und zum Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den MDK. Danach soll der MDK nach Beauftragung durch noch zu bestimmende Stellen Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern durchführen. Hierzu muss die beauftragende Stelle dem MDK einen konkreten Auftrag geben, aus dem sich Art und Umfang der – auch unangemeldet möglichen – Kontrollen ergibt. Der MDK soll nach § 276 Absatz 4a SGB V – neu – auch die Befugnis erhalten, zur Durchführung der Qualitätskontrollen Räume des KH zu betreten und Unterlagen des Krankenhauses einzusehen. Das Krankenhaus muss dem MDK nach dieser Regelung hierzu Einsicht in personenbezogene Daten gewähren und diese auch auf Anforderung des MDK an diesen übermitteln. Gegenstand der Kontrollen sollen die Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA, die Richtigkeit der Dokumentation (externe stationäre QS) sowie die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder sein. Zur Festlegung der Einzelheiten der Qualitätsprüfung – insbesondere von Art, Umfang und Verfahren der Kontrollen – hat der G-BA gemäß § 136 Absatz 3 SGB V – neu – eine entsprechende Richtlinie zu erlassen. § 277 Absatz 1, Sätze 4 ff SGB V – neu – verpflichten den MDK dazu, die Kontrollergebnisse den jeweiligen Auftraggebern der Kontrollen zu übermitteln und außerdem auch etwaige dritte Stellen über die Kontrollergebnisse zu informieren,

sofern die Richtlinie des G-BA nach § 136 Absatz 3 SGB V – neu – eine solche Information vorsieht.

Stellungnahme

Die Einführung einer Befugnis, die es dem MDK gestattet, Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durchzuführen, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgelehnt. Die sprachlichen Korrekturen des Gesetzentwurfes ändern an der ablehnenden Einschätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft bezüglich der geplanten Neuregelung nichts.

Einer Prüfung der Einhaltung von Qualitätsnormen steht die Deutsche Krankenhausgesellschaft zwar grundsätzlich offen gegenüber. Allerdings darf bezweifelt werden, dass der durch die Krankenkassen finanzierte und nach der bisherigen Konstruktion der §§ 275 ff. SGB V ausschließlich für die Überprüfungen von Fragestellungen, die GKV-Versicherte betreffen, eingesetzte MDK überhaupt ermächtigt werden kann, Fragestellungen zu überprüfen, die sämtliche Patienten des Krankenhauses, also auch PKV-Versicherte, Selbstzahler oder auf anderem Wege abgesicherte Patienten, betreffen, denn die an die Krankenhäuser gestellten Qualitätsanforderungen unterscheiden gemäß § 136b Absatz 1 SGB V nicht nach dem Status der jeweiligen Patienten. Folglich ist der MDK aufgrund seiner Anbindung an die gesetzlichen Krankenkassen nicht die richtige Instanz. Aufgrund seiner engen Anbindung an die GKV muss der neutrale Status des MDK, welcher für die Durchführung dieser Aufgabe zwingend notwendig ist, angezweifelt werden.

Als neutrale Prüfungsgremien besser geeignet wären z. B. die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, die von den Verbänden der Krankenkassen auf der Landesebene, den Landeskrankenhausesgesellschaften, den Landesärztekammern und dem Landespflegerat gemeinsam getragen werden, und in deren Fachgruppen neben Klinikexperten auch der MDK und Patientenvertreter einbezogen sind.

Einzig positiv zu bewerten ist der Umstand, dass den MDK-Prüfungen ein konkreter Anhaltspunkt zugrunde liegen muss, um Ausforschungskontrollen zu vermeiden. Dies wäre auch bei einer Übertragung der Kontrollbefugnisse an eine andere Stelle, wie von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeschlagen, beizubehalten.

Zusammenfassend handelt es sich bei dieser neuen Aufgabe für den MDK um eine umfassende investigative Aufgabe eines parteiischen Prüfers in der gesamten Breite der stationären Qualitätssicherung, die die Erwartungen der GKV übererfüllt und das Misstrauen der Politik gegenüber den Krankenhäusern erneut deutlich werden lässt.

Änderungsvorschlag

1. Artikel 4 Nrn. 21 – 23 werden gestrichen.
2. Nach Nr. 17 wird folgende Nr. 17a eingefügt:

„17a. Nach § 137g wird folgender § 137h eingefügt:

§ 137h

Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung

- (1) Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung führen nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer Kontrolle nach Satz 1 in einem Krankenhaus ist, dass die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.*
- (2) Art und Umfang der von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Stellen erteilen. Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand dieser Aufträge können sein*
 - 1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c,*
 - 2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und*
 - 3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.*

Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 und 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit.

- (3) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung im Rahmen der Kontrolle zu prüfen haben.*
- (4) Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung können auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.*

- (5) *Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sind im Rahmen der Kontrollen nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 befugt, die Räume des Krankenhauses zu betreten und die erforderlichen Unterlagen einzusehen. Sie sind insoweit zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten befugt. § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 8 gilt für die Durchführung von Kontrollen nach § 137h entsprechend. Das Krankenhaus ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung Zugang zu den Räumlichkeiten und den Unterlagen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sie die Kontrollen ordnungsgemäß durchführen können; das Krankenhaus ist hierbei befugt und verpflichtet, den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung zu übermitteln, soweit dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. Die Sätze 1 bis 3 gelten nur unter der Voraussetzung, dass das Landesrecht entsprechende Mitwirkungspflichten und datenschutzrechtliche Befugnisse der Krankenhäuser zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten vorsieht.*
- (6) *Nach Abschluss der Kontrollen haben die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. Soweit in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festgelegt sind, in denen Dritte wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Kontrollergebnis zu informieren sind, haben die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung ihr Kontrollergebnis unverzüglich an die in dieser Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. Soweit erforderlich und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 vorgesehen, dürfen diese Mitteilungen auch personenbezogene Angaben enthalten; in der Mitteilung an den Auftraggeber und den Dritten sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.“*

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus

Die Krankenhäuser haben ausdrücklich begrüßt, dass mit dem Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 16. Dezember 2013 der hohe Stellenwert der Krankenhäuser für die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung anerkannt wird und eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, einschließlich der Vergütung, vorgesehen ist. Es ist enttäuschend, dass diese „Anerkennung“ weder mit dem GKV-VSG noch mit dem vorgelegten Gesetzentwurf für ein KHSG umgesetzt wird. Es wird weiterhin keine, dem hohen Stellenwert der Krankenhäuser angemessene, gesetzliche Grundlage für die ambulante Behandlung von Notfällen durch die Krankenhäuser geschaffen.

Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung kann faktisch ohne die Krankenhäuser nicht gewährleistet werden. Vor dem Hintergrund der Ankündigungen des Koalitionsvertrages hat die DKG in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) im Juni 2014 ein Gutachten in Auftrag gegeben, um den Stellenwert der Krankenhäuser für die Versorgung und die Behandlungskosten in den Krankenhäusern zu untersuchen. Das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ schafft umfassende Transparenz über die Situation der Krankenhäuser und bietet somit einen konstruktiven Beitrag für eine nachhaltige Weiterentwicklung der ambulanten Notfallversorgung.

Für das Gutachten haben 55 Krankenhäuser mit fallbezogenen Kosten- und Leistungsdaten von insgesamt 612.070 ambulanten Notfällen eine außergewöhnlich breite und valide Datengrundlage bereitgestellt. Die durchschnittlichen Kosten für die Versorgung eines ambulanten Notfalls betragen 126 EUR. Um die Gründe für die Höhe der Kosten transparent zu machen, werden die Kostenstrukturen im Gutachten ausführlich dargestellt. Von den 55 Krankenhäusern konnten 37 Krankenhäuser auch fallbezogene Angaben zu den Erlösen für 341.194 ambulante Notfälle bereitstellen. In dieser Gruppe stehen einem durchschnittlichen Erlös von 32 EUR Fallkosten von 120 EUR gegenüber. Daraus resultiert ein Fehlbetrag von 88 EUR pro Fall. Bei über 10 Millionen ambulanten Notfällen und unter Berücksichtigung der mit dieser Studie nicht erfassten Investitionskosten, ist von einem jährlichen Gesamtdefizit der Krankenhäuser in Höhe von schätzungsweise 1 Milliarde EUR auszugehen.

Mit dem Gutachten wird nachvollziehbar dargelegt, dass die hohe Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht alleine auf Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung zurückzuführen, sondern vielmehr durch die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu erklären ist. Anders als der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst verfügen nur Krankenhäuser über die personellen und technischen Möglichkeiten, um dringliche diagnostische Maßnahmen wie z. B. Labor- oder Röntgenuntersuchungen sofort durchzuführen. Auch die ambulante Erstversorgung von Notfällen wie z. B. der Ausschluss eines Herzinfarktes oder die Versorgung von Wunden und Frakturen, kann in vielen Fällen nur mit den Mitteln der Krankenhäuser erfolgen. Aufgrund dieser Mög-

lichkeiten ist nachvollziehbar, dass die Patienten bei (aus Sicht der Betroffenen) dringlichem Behandlungsbedarf ohne den Umweg über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst direkt ein Krankenhaus aufsuchen. Selbst bei einem lückenlosen Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte, ist das Leistungsspektrum der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung unverzichtbar. Dies betrifft im Übrigen nicht nur die Zeiten außerhalb der Sprechstunden der niedergelassenen Ärzte.

Es ist auch nicht das Ziel der Krankenhäuser, den Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte und ggf. auch noch die Hausbesuche zu übernehmen. Nach Einschätzung der Gutachter sind die Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses für gut 50 % der Patienten, die sich in den Notaufnahmen vorstellen, unverzichtbar. Weitere 20 % der Patienten benötigen eine fachspezifische Versorgung, so dass auch diese sinnvollerweise durch die Krankenhäuser erfolgen sollte. Für rund ein Drittel der Fälle wäre jedoch sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht eine Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sinnvoll, da die Strukturen der Krankenhäuser für diese Fälle nicht zwingend benötigt werden. Allerdings müsste die vertragsärztliche Notfallversorgung hierfür flächendeckend und durchgehend realisiert und auch so organisiert werden, dass die Notfallpatienten dieses Angebot wahrnehmen.

Da die Vergütung der Krankenhäuser auch mit dem KHSG nicht aufgegriffen wird, soll die Vergütung offensichtlich wie bisher von den Vertragsparteien des EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, zu Lasten der Krankenhäuser geregelt werden. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass der im Vergleich zum organisierten Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich höhere Aufwand der Krankenhäuser im EBM keine Berücksichtigung findet. Selbst eine einheitliche Vergütung von Krankenhäusern und Vertragsärzten wurde bislang nicht realisiert (siehe EBM-Ziffer für Besuchsbereitschaft und Investitionskostenabschlag). Zusammenfassend wird die Rechtslage für die Krankenhäuser bisher nicht verbessert. Die mit dem GKV-VSG vorgesehene Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation mit Krankenhäusern – ohne Klärung der Rechtsansprüche der Krankenhäuser – stärkt lediglich die Zugriffsmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenhäuser. Eine gesetzliche Verankerung der regelhaften Versorgung durch Krankenhäuser und eine sachgerechte Vergütung für den Aufwand der Krankenhäuser ist nicht vorgesehen.

Daher fordern die Krankenhäuser, eine gesetzliche Grundlage für die ambulante Notfallversorgung durch Krankenhäuser zu schaffen, die dem inzwischen anerkannt hohen und weiterhin zunehmenden Beitrag der Krankenhäuser gerecht wird. Auch die Vergütung der Krankenhäuser für ambulante Notfallbehandlungen muss auf eine eigenständige gesetzliche Grundlage gestellt werden, so dass die beiden betroffenen Vertragspartner, Krankenhaus- und Krankenkassenseite, eine sachgerechte Vereinbarung treffen können. Die gesetzliche Verankerung dieser Regelungen kann gesetzestechnisch durch Einführung eines „§ 115d SGB V - Notfallbehandlung im Krankenhaus“ und eine Ergänzung des „§ 39 SGB V - Krankenhausbehandlung“ umgesetzt werden.

Sofern diese Forderungen der Krankenhäuser nicht zeitnah aufgegriffen werden können, ist zumindest der Anspruch der Krankenhäuser auf eine Vergütung gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzlich zu verankern und die Finanzierungslücke der Krankenhäuser zu schließen. Bei Beibehaltung des EBM müsste für die Kranken-

häuser eine Zuschlagslösung geschaffen und zwingend gesetzlich klargestellt werden, dass für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus kein Investitionskostenabschlag vorzunehmen ist.

Bezüglich des Investitionskostenabschlags ist zu beachten, dass auch hierzu (aufgrund der fehlenden gesetzlichen Beachtung der ambulanten Notfallbehandlungen durch Krankenhäuser) keine gesetzlichen Vorgaben existieren. Daher wird in der Rechtsprechung und der Abrechnungspraxis der für Leistungen von ermächtigten Krankenhausärzten vorgesehene Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 % auf die ambulante Notfallbehandlung lediglich in Analogie übertragen. Insofern führt die mit dem KHSG vorgesehene Reduktion des Investitionskostenabschlags auf 5 % indirekt auch zu einer – wenn auch sehr geringfügigen und unzureichenden – Anhebung der Erlöse für die Krankenhäuser. Die Absenkung des Investitionskostenabschlags greift zu kurz, da die Investitionen der Krankenhäuser für die Ambulanzen und auch die Anteile für die ambulante Nutzung sämtlicher Organisationseinheiten grundsätzlich nicht förderfähig sind. Zudem wäre auch ein Abschlag in Höhe von 5 % in Anbetracht der vorhandenen Finanzierungsdefizite vollkommen untragbar. Daher muss bei Fortsetzung der Vergütung nach dem EBM zwingend gesetzlich klargestellt werden, dass für Notfallbehandlungen des Krankenhauses kein Investitionskostenabschlag vorzunehmen ist.

Änderungsvorschlag

1. Neuer § 115d SGB V Notfallbehandlung im Krankenhaus

„(1) Das Krankenhaus kann in Notfällen auch ohne Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären und die ambulante Erstversorgung durchzuführen (ambulante Notfallbehandlung).“

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 31. Dezember 2015 einen Katalog von pauschalierenden Entgelten für die ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können ihr DRG-Institut mit der Entwicklung und Kalkulation der Entgelte beauftragen. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgesetzt.

(3) Die Leistungen der Krankenhäuser werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist.“

2. Ergänzung des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

„(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b und § 115d) erbracht.“

Hygiene-Förderprogramm

Aufgrund der Verortung im Krankenhausentgeltgesetz finden die Regelungen zum Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG grundsätzlich keine Anwendung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung. Aber auch für diese Einrichtungen sind die Vorgaben der KRINKO-Empfehlung zur Vorhaltung von Hygienefachkräften, hygienebeauftragten Ärzten und Hygienebeauftragten in der Pflege gleichermaßen zu beachten.

Die Krankenkassen sind in der Regel nicht bereit, über die bereits bestehenden Ausnahmetatbestände gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung eine Finanzierung zu ermöglichen.

Die Krankenhäuser sehen daher die Notwendigkeit, durch eine entsprechende gesetzliche Regelung oder Klarstellung sicherzustellen, dass auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zusätzlich anfallende Kosten im Bereich der Hygiene über die Budget-Obergrenze hinaus geltend gemacht werden können. Die Notwendigkeit besteht sowohl für die auf das PEPP-Vergütungssystem umgestiegenen Krankenhäuser als auch für die Krankenhäuser, die bisher noch nicht umgestiegen sind.

Änderungsvorschlag

§ 3 Abs. 2 Satz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

(2) Ab dem krankenhausesindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2018 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu vereinbaren, mit der Maßgabe, dass anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt und als weiterer Tatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung auch Aufwendungen für Neueinstellungen, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildungen sowie externe Beratungsleistungen zu berücksichtigen sind, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen oder Hygienevorschriften der Länder bedingt sind.

§ 18 Absatz 1 Satz 1 BPfIV wird wie folgt gefasst:

(1) Krankenhäuser, die in den Jahren 2013, 2014, 2015 oder 2016 nach § 3 Absatz 1 Satz 2 das Vergütungssystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einführen, haben in diesen Jahren die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass

1. anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 ab dem Jahr 2013 der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung in der ab dem 1. Januar 2013 jeweils geltenden Fassung als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt,
2. § 6 Absatz 2 zum 31. Dezember 2012 aufgehoben wird,
3. § 15 Absatz 1 Satz 1 letztmalig für das Jahr 2012 gilt und
4. als weiterer Tatbestand nach § 6 Abs. 1 Satz 4 auch Aufwendungen für Neueinstellungen, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, Fort- und Weiterbildungen sowie externe Beratungsleistungen zu berücksichtigen sind, die durch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen oder Hygienevorschriften der Länder bedingt sind.

Psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz legt einen Schwerpunkt auf die Stärkung der flächendeckenden, gut erreichbaren Versorgung insbesondere im ambulanten Bereich. Um dies zu erreichen sind u. a. Maßnahmen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung und Maßnahmen zur Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie der lückenlosen Versorgung beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung vorgesehen.

Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA) stellen, neben den bereits etablierten psychiatrischen Institutsambulanzen, einen weiteren Baustein in der Sicherstellung eines patientenorientierten Übergangs von stationärer zu ambulanter Behandlung sowie in der ambulanten Versorgung von schwerst psychisch Erkrankten dar.

Die Möglichkeit zur Einrichtung von psychosomatischen Institutsambulanzen wurde 2012 im Psych-Entgeltgesetz mit der Ergänzung des § 118 SGB V um den Absatz 3 geschaffen. Die 2013 begonnenen Verhandlungen zur PsIA-Rahmenvereinbarung wurden jedoch ausgesetzt, da die Formulierung des § 118 Abs. 3 SGB V eine regionale Versorgungsverpflichtung der psychosomatischen Kliniken bzw. Fachabteilungen vorschreibt, die auf Länderebene nicht vorgesehen ist.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den diesbezüglichen gesetzgeberischen Handlungsbedarf im Juli 2014 schriftlich anerkannt.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass der nachfolgende Änderungsvorschlag durch den Bundesrat im Januar 2015 im Rahmen der Beratungen zum GKV-VSG ebenfalls emp-

fohlen und von der Bundesregierung mit einer Zusage der Prüfung aufgenommen wurde. Die Regelung wurde jedoch von der Bundesregierung nicht in das GKV-VSG aufgenommen. Sie sollte daher im Rahmen des KHSG umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 118 Absatz 3 SGB V ist anzupassen.

*„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser **sowie psychiatrische Krankenhäuser** mit selbstständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen ~~mit regionaler Versorgungsverpflichtung~~ entsprechend.“*

Erlösausgleiche

Innerhalb der Vorgaben zu den Erlösausgleichen, die bei Abweichungen zwischen der vereinbarten und tatsächlich erbrachten Leistungsmenge zur Anwendung kommen, gibt es bis heute keine zufriedenstellende Lösung bei Eintritt unvorhersehbarer Leistungsveränderungen. Diese können beispielsweise auf verschiedenste Ereignisse höherer Gewalt (z. B. Naturkatastrophen, Pandemien etc.) zurückzuführen sein. In der Vergangenheit kamen daher z. B. auf Krankenhäuser, die von Hochwasser betroffen waren oder die EHEC-Patienten behandelten, zusätzliche finanzielle Belastungen infolge der Erlösausgleichsregelungen hinzu.

In jüngster Zeit waren auch Krankenhäuser durch die gestiegene Anzahl von Flüchtlingsunterkünften in dem dortigen Umfeld von unvorhersehbaren Leistungssteigerungen betroffen. Allen Sachverhalten ist gemein, dass sie bei der Leistungsmengenplanung im Rahmen der Budgetvereinbarung wegen der Unvorhersehbarkeit noch nicht berücksichtigt werden konnten, aber dennoch den gesetzlich vorgegebenen Erlösausgleichsmechanismen unterliegen.

Unvorhersehbare Leistungsveränderungen dürfen nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen, indem über die regulären Erlösausgleichsregelungen bei Mehrerlösen ein Großteil wieder an die Kostenträger zurückgeführt werden muss bzw. bei Minderlösen nur ein geringer Ausgleich für die entgangenen Erlöse zum Tragen kommt.

Die Krankenhäuser unterbreiten vor diesem Hintergrund einen Vorschlag für eine gesetzliche Änderung, mit dem in Satz 10 auch eine Lösung für abweichende Ausgleichsregelungen bei unvorhersehbaren Leistungsveränderungen aufgezeigt wird. Der Vorschlag für eine Neufassung des § 4 Abs. 3 KHEntgG umfasst daneben noch weitere Anpassungen und Klarstellungen, z. B. zur Durchführung des sogenannten Abschichtungsverfahrens.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 3 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„¹Weicht die vereinbarte Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Erlösbudget nach § 4 Abs. 2 und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 von den tatsächlich erzielten Erlösen in diesen Bereichen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen (Gesamtsummenvergleich). ²Mindererlöse werden grundsätzlich zu 40 vom Hundert ausgeglichen. ³Ist die Summe der Mindererlöse größer als der nach dem Gesamtsummenvergleich nach Satz 1 entstehende saldierte Gesamt-Mindererlös sind die Ausgleichs der einzelnen Mindererlösbereiche in absteigender Reihenfolge, beginnend mit dem höchsten Ausgleichssatz durchzuführen, jedoch höchstens bis zur Höhe der Gesamt-Mindererlöse. ⁴Mehrerlöse werden grundsätzlich zu 65 vom Hundert ausgeglichen. ⁵Mehrerlöse aus Fallpauschalen und krankenhausindividuellen fall- oder tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert ausgeglichen. ⁶Für Fallpauschalen sowie krankenhausindividuelle fall- oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a mit einem sehr hohen Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. ⁷Ist die Summe der Mehrerlöse größer als der nach dem Gesamtsummenvergleich nach Satz 1 entstehende saldierte Gesamt-Mehrerlös, sind die Ausgleichs der einzelnen Mehrerlösbereiche in aufsteigender Reihenfolge, beginnend mit dem niedrigsten Ausgleichssatz durchzuführen, jedoch höchstens bis zur Höhe der Gesamt-Mehrerlöse. ⁸Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel, Medikalprodukte und für die Behandlung von Blutern sowie aus Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 werden nicht ausgeglichen. ⁹Die Vertragsparteien können abweichende Ausgleichsregelungen treffen. ¹⁰Treten im Laufe des Vereinbarungszeitraums unvorhersehbare Leistungsveränderungen von Art und Menge insbesondere infolge von Ereignissen höherer Gewalt ein, sind nachträglich abweichende Ausgleichsregelungen zu vereinbaren, die eine vollständige Refinanzierung der darauf zurückzuführenden zusätzlichen Kosten sicherstellen. ¹¹Steht bei der Verhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen. ¹²Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger bei endgültigen Erlösausgleichen eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Absatz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 vorzulegen.“

Abgrenzung d. Auffälligkeitsprüfung v. d. Prüfung d. sachlich-rechnerischen Richtigkeit

§ 275 Abs. 1 SGB V enthält die Ermächtigungsgrundlage für die Krankenkasse, den MDK mit der Durchführung der Prüfung eines Behandlungsfalles bzw. von dessen Abrechnung zu beauftragen. Danach ist der MDK mit der Durchführung einer Prüfung in folgenden Fällen zu beauftragen: In den gesetzlich bestimmten Fällen sowie – für den Krankenhausbereich in besonderem Maße relevant – wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf, bei Erbringung

von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). In der Praxis sind bisher nahezu ausschließlich MDK-Prüfungen unter Bezugnahme auf § 275 Abs. 1 Nr. 1 zweite Alternative SGB V erfolgt. Krankenkassen haben danach die vom Krankenhaus übermittelte Abrechnung intern geprüft und nach Feststellung von Auffälligkeiten, die nicht aus den nach § 301 SGB V übermittelten Daten geklärt werden konnten, den MDK mit der Durchführung einer Einzelfallprüfung beauftragt, um offene Fragen zu beantworten und die Rechnung gegebenenfalls anzupassen. Dieses Vorgehen wurde von den Krankenkassen, den Krankenhäusern sowie der Rechtsprechung bis hin zum Bundessozialgericht (BSG) allgemein akzeptiert.

Bislang hat die Rechtsprechung des BSG Auffälligkeiten dann angenommen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsunterlagen und/oder weitere, zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen Fragen nach der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufgeworfen haben, die von der Krankenkasse aus sich heraus ohne medizinische Sachverhaltsermittlung und –bewertung durch den MDK nicht beantwortet werden können (BSG vom 13.11.2012, Az.: B 1 KR 24/11 R). Noch am 01.07.2014 hat der erste Senat des BSG diese Auffassung in seiner Entscheidung B 1 KR 48/12 R bestätigt und die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit quasi als Unterfall der Auffälligkeitsprüfung dargestellt.

Überraschender Weise hat der erste Senat des BSG jedoch in einem anderen Urteil vom 01.07.2014 (Az.: B 1 KR 29/13 R) entschieden, dass Gegenstand einer Auffälligkeitsprüfung unter Einschaltung des MDK nach § 275 Abs. 1c SGB V ausschließlich diejenigen Fälle sein können, in denen die Krankenkasse Zweifel hat, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erbracht haben könnte. Demgegenüber sei eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung stets möglich und unterliege auch nicht dem speziellen Prüfregime des § 275 Abs. 1c SGB V, das ausschließlich für die Auffälligkeitsprüfung Anwendung finde. Dies gelte auch insoweit, als das Krankenhaus dem MDK lediglich im Rahmen der Abklärung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung entsprechend seinen bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten oder –pflichten die Möglichkeit eröffne, die Behandlungsunterlagen einzusehen und/oder eine Krankenhausbegehung durchzuführen.

Diese nicht nachvollziehbare Entscheidung des BSG führt seitdem in der Praxis zu erheblicher Unsicherheit, da Krankenhäuser mit der Frage konfrontiert werden, welches Prüfregime gilt. Nach Auffassung des ersten Senates des BSG existieren zwei unterschiedliche Formen der Prüfung: Zum einen die Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, auf die die Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V Anwendung finden, sowie die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, die jedoch einem eigenen Prüfregime unterfällt und für die insbesondere § 275 Abs. 1c SGB V nicht gilt. Problematisch an diesen Feststellungen ist, dass der Wortlaut des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht zwischen einer Auffälligkeitsprüfung und einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit unterscheidet, sondern vielmehr davon ausgeht, dass eine Abrechnungsprüfung durch den MDK nur dann zulässig ist, wenn entsprechende Auffälligkeiten vorliegen. Zweifel an der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung können durch-

aus Auffälligkeiten in diesem Sinne darstellen, aber keinesfalls ein eigenständiges Prüfverfahren ohne entsprechende Stütze im Gesetz begründen.

Erschwerend kommt hinzu, dass der erste Senat des BSG zwar diese neue Form der Abrechnungsprüfung erfunden hat, ohne jedoch für eine klare Trennlinie zur Auffälligkeitsprüfung zu sorgen. Somit bleibt in der Praxis unklar, ob eine Auffälligkeitsprüfung oder eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vorliegt. Aktuell gehen Krankenkassen dazu über, **sämtliche MDK-Prüfungen** als Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu deklarieren, um die Anwendung einerseits des § 275 Abs. 1c SGB V – insbesondere der Aufwandspauschale – und andererseits der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) nach § 17c Abs. 2 KHG, die nur für Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V gilt, zu umgehen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Krankenkassen noch nicht abgeschlossene MDK-Einzelfallprüfungen, die den Regularien des § 275 Abs. 1c SGB V folgend eingeleitet wurden, nachträglich als Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit bezeichnen, um dadurch die mögliche Zahlung der Aufwandspauschale zu vermeiden.

Um diese Ungewissheit zu beseitigen und den Krankenhäusern Rechtssicherheit beim Umgang mit MDK-Prüfungen zu geben, ist eine Überarbeitung des § 275 Abs. 1 SGB V erforderlich. Diese macht deutlich, dass der MDK zur Durchführung einer Prüfung auch im Rahmen einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung eingeschaltet werden muss, falls dort medizinische Fragestellungen bewertet werden müssen, beispielsweise bei der Prüfung der Behandlungsdokumentation oder der korrekten Kodierung. Unbenommen bleibt den Krankenkassen die Durchführung einer sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung ohne Geltung des § 275 Abs. 1c SGB V damit in den Fällen, in denen sie intern die Abrechnung des Krankenhauses prüfen bzw. auch in den Fällen, in denen sie intern den MDK beratend hinzuziehen. Sind jedoch medizinische Fragestellungen zu beantworten, die die Expertise des MDK benötigen, muss dieser auch für das Krankenhaus erkennbar beauftragt und in die Prüfung eingebunden werden. Diese Prüfung muss der Auffälligkeitsprüfung gleichgestellt werden, da dem Krankenhaus ein der Auffälligkeitsprüfung vergleichbarer Aufwand durch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit entsteht und keine Gründe ersichtlich sind, warum die Krankenkasse bei dieser Form der Prüfung im Vergleich zur Auffälligkeitsprüfung besser gestellt werden soll (keine Einhaltung der 6-Wochen-Frist zur Prüfungseinleitung, keine Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale, keine Geltung der PrüfvV). Die vorgeschlagene Überarbeitung des § 275 Abs. 1 SGB V hat nicht nur den Vorteil, den Krankenhäusern in der Praxis ein leicht zu erkennendes Unterscheidungsmerkmal – tritt der MDK gegenüber dem Krankenhaus im Außenverhältnis auf? – an die Hand zu geben, sondern folgt auch dem vom BSG entwickelten System der 3-stufigen Sachverhaltsermittlung (zuletzt BSG vom 22.04.2009, Az.: B 3 KR 24/07 R), wonach deren dritte Stufe dann erreicht ist, wenn der MDK durch die Krankenkassen eingeschaltet wird und sein Tätigwerden gegenüber dem Krankenhaus anzeigt. Nur, wenn diese dritte Stufe erreicht wird, gelten die Regelungen des § 275 Abs. 1c SGB V und muss das Krankenhaus weitergehende Mitwirkungsobliegenheiten erfüllen.

Nach der vorgeschlagenen Überarbeitung des § 275 Abs. 1 SGB V liegt eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ohne Einschaltung des MDK sowie Geltung des § 275 Abs. 1c SGB V bei reinen Schreib- und Rechenfehlern oder Fragestellungen, die

durch eigene Sachkompetenz der Krankenkassenmitarbeiter beantwortet werden können, vor.

Änderungsvorschlag

(1) ¹Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung oder bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. ...
3. ...

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen. ²**Dies gilt auch für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung, wenn sich im Rahmen dieser Prüfung Fragestellungen ergeben, die eine Sachverhaltsermittlung und/oder –bewertung des Medizinischen Dienstes erfordern.**

(1c) ¹Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 zeitnah durchzuführen. ²Die Prüfung nach Absatz 1c Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. ³Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.

Berichtigung von Fehlschätzungen beim Landesbasisfallwert

Die derzeitige Systematik der Berichtigung von Fehlschätzungen bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts führt in vielen Ländern zu erheblichen Berichtigungen und Ausgleich zu Lasten des Landesbasisfallwerts auf Basis der in den Budgetverhandlungen vor Ort vereinbarten Leistungsmenge. Die dort vereinbarte Leistungsmenge entspricht jedoch oftmals nicht der tatsächlichen Leistungsmenge.

Die bestehenden gesetzlichen Vorgaben zur Berücksichtigung von Leistungssteigerungen (Mehrleistungsabschlag, absenkende Wirkung von Leistungssteigerungen auf den Landesbasisfallwert) haben dazu geführt, dass in den einzelnen Ländern in unterschiedlichem Ausmaß sogenannte Leermengen aufgebaut wurden, d. h. die vereinbarten Leistungen übersteigen die tatsächlich erbrachten Leistungen eines Krankenhauses. In diesem Zusammenhang vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort regelmäßig einen Verzicht auf den Mindererlösausgleich.

Aus Sicht des einzelnen Krankenhauses kann bei zu erwartenden Leistungsrückgängen die Aufrechterhaltung der im Vorjahr vereinbarten Leistungsmenge vorteilhaft sein, weil damit ein gewisser Puffer für abschlagsfreie Leistungssteigerungen geschaffen wird.

Dieser Puffer ginge bei einer Absenkung der vereinbarten Leistungsmenge verloren, weil derzeit bei den Vorgaben zum Mehrleistungsabschlag in § 4 Abs. 2a KHEntgG eine Klarstellung fehlt, wonach ein Mehrleistungsabschlag erst dann wieder anfällt, wenn eine in Vorjahren vereinbarte Leistungsmenge wieder überschritten wird. Stattdessen ist für die Ermittlung des Mehrleistungsabschlags auch bei zwischenzeitlich vereinbarten Leistungsrückgängen grundsätzlich immer auf das jeweilige Vorjahr abzustellen. Daher fiel bei einem auf einen Leistungsrückgang folgenden Leistungsanstieg nochmals ein Mehrleistungsabschlag an. Davor kann sich das Krankenhaus schützen, indem es die vereinbarte Leistungsmenge nicht absenkt.

Bei einem Verzicht auf den Mindererlösausgleich gehen die Kostenträger dabei kein Risiko ein. Ausgleichszahlungen aufgrund der Unterschreitung der vereinbarten Leistungsmenge kommen nicht zum Tragen. Darüber hinaus profitieren die Kostenträger von der absenkenden Wirkung vereinbarter Leistungssteigerungen auf den Landesbasisfallwert.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht in Form des Fixkostendegressionsabschlags eine weitere Verschärfung der Berücksichtigung von Mehrleistungen auf Krankenhausebene vor. Insofern ist zu befürchten, dass sich die Leermengenproblematik noch weiter verschärfen wird.

Absenkungen des Landesbasisfallwerts auf der Grundlage von Leistungen, die zwar vereinbart, tatsächlich aber nicht erbracht wurden, sind nicht akzeptabel, da diesen keine Leistungsausgaben gegenüberstehen. Den Krankenhäusern wird über diesen Mechanismus Geld aufgrund von Leistungssteigerungen vorenthalten, die nicht eingetreten sind. Vor diesem Hintergrund ist bei den Vorgaben zur Berichtigung von Fehlschätzungen beim Landesbasisfallwert dringend eine gesetzliche Anpassung erforderlich, mit der eine Bezugnahme auf die tatsächlich abgerechneten Ist-Leistungen bei der Ermittlung der Ausgleichs erfolgt.

Änderungsvorschlag:

§ 10 Abs. 1 Satz 5 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen; dieser Ausgleich ist anzupassen, wenn die tatsächlich abgerechneten Leistungen der Krankenhäuser nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 und 5 unterhalb der bei den Vereinbarungen der Krankenhäuser berücksichtigten Werte liegen.“

Verbesserung der Finanzierung von mikrobiologischen Screening-Untersuchungen

Der Bundesrat hat in seiner Entschließung vom 8. Mai 2015 (Bundesrats-Drucksache 99/15) die Bundesregierung aufgefordert, kurzfristig im Krankenhauserganzrecht die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, mikrobiologische Screening-Maßnahmen der Krankenhäuser entsprechend der KRINKO-Empfehlungen extrabudgetär zu vergüten.

Der Bundesrat begründet diese Forderung mit der aktuell fehlenden bzw. unzureichenden Refinanzierung dieser Screening-Maßnahmen über das DRG-System. Dadurch werde eine Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen entsprechend der Zielsetzung des Infektionsschutzgesetzes verhindert.

Die Krankenhäuser unterstützen die Auffassung des Bundesrates vollumfänglich und fordern ebenfalls die Implementierung einer Refinanzierungsmöglichkeit für mikrobiologische Screening-Maßnahmen.

Das mikrobiologische Screening auf Multiresistente Erreger umfasst dabei mindestens folgende Leistungen: Anamnese mit Statuserhebung, Durchführung der verschiedenen Abstriche, die angewendeten Testverfahren, sowie ggf. weitere mikrobiologische Differenzierung durch Anlage von Kulturen, Empfindlichkeitstests gegenüber Chemotherapeutika sowie Information, Beratung und Betreuung der betroffenen Patienten sowie Angehörigen.

Die zu vergütenden Maßnahmen sowie deren Erstattungshöhen sind in einer zweiseitigen Vereinbarung auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2016 festzulegen. Als Konfliktlösungsmechanismus ist dann über den § 9 Abs. 2 KHEntgG automatisch die Bundeschiedsstelle bestimmt.

Änderungsvorschlag

Einführung eines neuen § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG - neu:

„ bis zum 30. Juni 2016 Zuschläge für mikrobiologische Screening-Maßnahmen der Krankenhäuser entsprechend den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Die Zuschläge beinhalten dabei neben den eigentlichen Tests auch die notwendigen begleitenden und weiterführenden Maßnahmen.“

Notwendige Folgeänderung im § 10 Abs. 3 Nr. 6 KHEntgG - neu:

6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9, ~~und~~ § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c **und § 9 Abs. 1a Nr. 6** nicht einbezogen,“.