

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0029(15)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG
19.05.2014

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Entwurf der Bundesregierung für ein

Gesetz zur Weiterentwicklung

der Finanzstruktur und der Qualität

in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Drucksache 18/1307

**sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen
der CDU/CSU und SPD**

Ausschussdrucksachen

18(14)0030.3

18(14)0030.4

18(14)0030.5

Inhaltsverzeichnis

A) Allgemeiner Teil	3
B) Besonderer Teil.....	5
I. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drs. 18/1307).....	5
II. Zu Änderungsantrag 5 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.5)	17
III. Zu Änderungsantrag 3 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.3)	23
IV. Zu Änderungsantrag 4 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.4)	25
C) Weiterer Handlungsbedarf	26
I. Korrekturbedarf § 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) ..	26
II. Hygieneförderprogramm: Erforderliche Ergänzungen und Änderungen	27
III. Förderprogramm zur Umsetzung der G-BA Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL)	30

A) Allgemeiner Teil

Das mit dem Gesetzentwurf verbundene Ziel, die **Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung** nachhaltig zu stärken und auf eine dauerhaft solide Grundlage zu stellen, ist ein wichtiger Baustein für die Gewährleistung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Krankenhäuser begrüßen die Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen. Die Abschaffung des gesetzlich festgelegten Arbeitnehmer-Zusatzbeitrages von 0,9 % führt zu einer unmittelbaren Minderung des Beitragsaufkommens. Dies darf nicht zu Lasten der Finanzierungserfordernisse für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere der Krankenhäuser geschehen. Auch muss ausgeschlossen sein, dass die gegebenenfalls erforderlichen Beitragssatzerhöhungen einzelner Krankenkassen mit Unwirtschaftlichkeitsargumenten zu Lasten dieser Kassen verbunden werden.

Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen **Errichtung eines Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen** in der Trägerschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung wird der organisatorische Rahmen für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung gestärkt und damit die Arbeit des Institutes nach § 137a SGB V erweitert und verstetigt. Mit der neuen Finanzierungsregelung für das Institut wird die Beauftragung künftig nicht mehr durch Finanzierungsdebatten zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer erschwert. Die Krankenhäuser begrüßen diese Maßnahme ausdrücklich.

Die Krankenhäuser stehen zur Transparenz und zur öffentlichen Darstellung ihrer Qualität mit dem Ziel eines Wettbewerbs um gute Qualität ihrer Leistungen, die auch für Patienten nachvollziehbar sein soll. Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird künftig durch die neutrale und interessenfreie Darstellung von vergleichenden Qualitätsinformationen in adressatengerechter Aufarbeitung einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Dadurch werden die interessen geleiteten Krankenhausportale der Krankenkassen überflüssig, die Kassen sollten daher von der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten entbunden werden. Unbedingt erforderlich ist außerdem eine verbindliche Finanzierung der Bürokratiekosten und des Erfüllungsaufwandes der qualitativen Vorgaben in den Richtlinien des G-BA. Dazu muss das neue Institut verpflichtet werden, die Bürokratiekosten und den Erfüllungsaufwand der von ihm vorgeschlagenen Maßnahmen zu berechnen, und es muss ein Verfahren zur Refinanzierung geschaffen werden.

Die in Änderungsantrag 5 vorgesehene Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zur **Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene** ist nicht geeignet, die grundlegenden Probleme der mit dem Beitragsschuldengesetz eingeführten Neuregelung des § 17c Abs. 4 sowie des Abs. 4b KHG zu beseitigen. Die DKG fordert daher weiterhin, die gesetzliche Vorgabe zur Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ersatzlos zu streichen.

Die ebenfalls in Änderungsantrag 5 geregelte **Verlängerung der Optionsphase des neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)** und die

damit einhergehende Verschiebung der verpflichtenden budgetneutralen- und Konvergenzphase um zwei Jahre wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt. Die Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen schaffen damit konstruktiv die erforderlichen Voraussetzungen für die Entwicklung eines der Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen angemessenen Entgeltkatalogs.

Die Problematik der stark gestiegenen Prämien für die **Haftpflichtversicherung im Gesundheitswesen** ist seit Längerem in der Diskussion. Es ist zu begrüßen, dass die Koalitionsfraktionen dieses Problem mit Änderungsantrag 3 für den Bereich der **Hebammen** lösen wollen. Allerdings sehen sich auch die Krankenhäuser mit stark steigenden Prämien für die Betriebshaftpflichtversicherung konfrontiert, so dass auch an dieser Stelle dringender gesetzlicher Handlungsbedarf besteht. Notwendig sind Lösungen, die entweder den Anstieg der Prämien für die Betriebshaftpflichtversicherung für Krankenhäuser wirksam begrenzen oder aber den Krankenhäusern die Finanzierung der gestiegenen Haftpflichtversicherungsprämien ermöglichen.

Die in Änderungsantrag 4 vorgesehene **Ergänzung der DIMDI-Daten um ein Regionalkennzeichen** verbessert die Datenlage für die Versorgungsforschung und wird von den Krankenhäusern begrüßt. Längst überfällig ist allerdings die Aufnahme der Landeskrankenhausesellschaften in den Kreis der direkt Nutzungsberechtigten der beim DIMDI gespeicherten Daten. Nicht zuletzt wäre dies ein wichtiger Schritt zur Sicherstellung einer gleichberechtigten Teilnahme der Landeskrankenhausesellschaften in den Landesgremien zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen nach § 90a SGB V.

Über den Gesetzentwurf der Bundesregierung und die von den Koalitionsfraktionen eingebrachten Änderungsanträge hinaus besteht aus Sicht der Krankenhäuser weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf, der kurzfristig im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-FQWG umgesetzt werden sollte. Konkret betrifft dies kurzfristig erforderliche **Korrekturen des mit dem Beitragsschuldengesetz beschlossenen Hygieneförderprogramms**, das noch ungelöste Problem der **Refinanzierung der durch die Neonatologie-Richtlinie des G-BA für die Krankenhäuser entstehenden Kosten** sowie die kurzfristig erforderliche **Streichung der Begrenzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) auf schwere Verlaufsformen**. Auch zu diesen Punkten nehmen die Krankenhäuser im Folgenden Stellung.

B) Besonderer Teil

I. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drs. 18/1307)

a) Vorbemerkungen

Die medizinischen Leistungen der Krankenhäuser werden schon heute in einem qualitätssichernden und qualitätsfördernden Rahmen erbracht, der seinesgleichen weltweit sucht. Qualität und Qualitätstransparenz haben für die deutschen Krankenhäuser auch weiterhin einen sehr hohen Stellenwert. Art und Umfang der Regelungen des G-BA zur externen stationären Qualitätssicherung sind weltweit ohne Beispiel. Mit Hilfe strukturierter Dialoge im Sinne kollegialer Fachgespräche werden notwendige Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet und in den Folgejahren überprüft. Das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser, das eine ständige Verbesserung der Abläufe in den Kliniken steuert, ist in der großen Mehrzahl der Kliniken durch Zertifizierungen überprüft und ausgezeichnet. Allein 505 Kliniken sind durch das von der DKG, der Bundesärztekammer, dem Deutschen Pflegerat, den Bundesverbänden der Krankenkassen und dem Hartmannbund gemeinsam getragene KTQ-Verfahren zertifiziert, das speziell auf das Gesundheitswesen ausgerichtet ist und für die Krankenhäuser ein spezifisch zugeschnittenes Zertifizierungsverfahren ihres Qualitätsmanagements auf freiwilliger Basis anbietet. Die Krankenhäuser setzen auch die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes zum Umgang mit multiresistenten Erregern um, ein Screening von Risikogruppen auf resistente Keime ist weitestgehend etabliert. Maßnahmen des klinischen Risikomanagements wie Fehlermeldesysteme, Armbänder zur eindeutigen Patientenidentifikation oder ein „Time Out“ vor Beginn von Operationen werden zur Minimierung des Restrisikos eingesetzt. Insgesamt haben die Qualität der Behandlung und die Patientensicherheit in den Krankenhäusern in den letzten 10 Jahren einen Quantensprung gemacht. Auch werden hohe personelle und finanzielle Ressourcen in den Krankenhäusern für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement eingesetzt.

Gleichwohl stellen sich die Krankenhäuser der Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Transparenz sowie den Erfordernissen höchstmöglicher Patientensicherheit. Dabei kann das vom G-BA zu gründende neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen eine wesentliche Unterstützung sein. Die Krankenhäuser haben ein hohes Interesse daran, die Ergebnisse ihrer Behandlungen rückgemeldet zu bekommen. Nur so können weitere Qualitätssicherungspotentiale identifiziert und angegangen werden, und nur durch einen Vergleich der eigenen Leistungen mit den Leistungen anderer kann eine qualitative Einordnung der eigenen Leistung erfolgen. Die Krankenhäuser stehen daher zur Transparenz und zur öffentlichen Darstellung ihrer Qualität mit dem Ziel eines Wettbewerbs um gute Qualität ihrer Leistungen, die auch für Patienten nachvollziehbar sein soll. Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird künftig durch die neutrale und interessenfreie Darstellung von vergleichenden Qualitätsinformationen in adressatengerechter Aufarbeitung einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Dadurch werden die interessengeleiteten Krankenhausportale der Krankenkassen

überflüssig, die Kassen sollten daher von der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten entbunden werden.

Auffällig im Entwurf des GKV-FQWG ist, dass die Krankenhäuser trotz der bereits heute vorhandenen Regelungsdichte für Qualität erneut im Mittelpunkt der gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen stehen. Die für das neue Institut vorgesehenen Aufgaben sind wieder so ausgestaltet, dass sie den vertragsärztlichen und den vertragszahnärztlichen Sektor in der Praxis kaum tangieren werden. Hier wäre nach Einschätzung der DKG ein mutigerer Schritt zur Verbesserung der Ergebnisqualität auch im ambulanten Sektor dringend notwendig gewesen – er fehlt.

Auch die Beseitigung der Hindernisse, die der weiterhin vom Gesetzgeber gewünschten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Wege stehen (z. B. die sektorenübergreifende Angleichung bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren oder die Nutzbarkeit der elektronischen Gesundheitskarte als Instrument für die Auslösung von Dokumentationsverpflichtungen), wird durch das GKV-FQWG nicht angegangen.

Als zentraler Baustein der von der Bundesregierung initiierten Qualitätsoffensive sollten auch die nach § 135 Abs. 2 SGB V bisher von den Partnern der Bundesmantelverträge auszuhandelnden Qualitätsvoraussetzungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen in die Regelungskompetenz des G-BA überführt werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die wesentlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht länger außerhalb der nunmehr zentralen qualitätssichernden Organisationsstrukturen von G-BA und neuem Qualitätsinstitut festgelegt und durchgeführt werden.

Schließlich fehlt auch eine Regelung, die eine verbindliche Finanzierung der Bürokratiekosten und des Erfüllungsaufwandes der qualitativen Vorgaben in den Richtlinien des G-BA gewährleistet. Dazu muss das neue Institut verpflichtet werden, die Bürokratiekosten und den Erfüllungsaufwand der von ihm vorgeschlagenen Maßnahmen zu berechnen, und es muss ein Verfahren zur Refinanzierung geschaffen werden.

b) Zu den geplanten Regelungen im Einzelnen

Geplante Gesetzesformulierung:

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und ist dessen Träger. Hierzu errichtet er eine Stiftung des privaten Rechts.

Stellungnahme:

Die DKG begrüßt die Verstetigung des Institutes nach § 137a als Stiftung in der Trägerschaft der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Rechtsform einer Stiftung hat sich beim IQWiG bewährt.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 2 SGB V):

(2) Die Bestellung der Institutsleitung erfolgt innerhalb des Stiftungsvorstands im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, das in den Stiftungsvorstand einen Vertreter entsendet.

Stellungnahme:

Die DKG geht davon aus, dass die Regelungen zum Stiftungsvorstand analog zum Stiftungsvorstand des IQWiG getroffen werden. Das Einvernehmen mit dem BMG zur Besetzung der Institutsleitung entspricht dem Vorgehen beim IQWiG.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 3 SGB V):

(3) Das Institut arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Es soll insbesondere beauftragt werden,

1. für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität möglichst sektorenübergreifend abgestimmte Indikatoren und Instrumente zu entwickeln,
2. die notwendige Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit zu entwickeln,
3. sich an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen und soweit erforderlich, die weiteren Einrichtungen nach Satz 3 einzubeziehen,
4. die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu veröffentlichen,
5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung zu erstellen und diese in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen; sowie
7. Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.

In den Fällen, in denen weitere Einrichtungen an der Durchführung der verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mitwirken, haben diese dem Institut nach Absatz 1 auf der Grundlage der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben nach Satz 2 erforderlichen Daten zu übermitteln.

Stellungnahme:

Die Weiterführung der bisherigen Aufgaben des Institutes nach § 137a (Nrn 1-4) wird begrüßt.

Zu Nr. 5:

Die Krankenhäuser bekennen sich zur Transparenz und zur öffentlichen Darstellung ihrer Qualität, die auch für Patienten nachvollziehbar sein soll. Das neue Institut für

Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen muss die ihm vorliegenden Informationen künftig neutral und interessenfrei darstellen und adressatengerecht aufarbeiten. Dies ist zu begrüßen. Allerdings wird dadurch eine doppelte Berichterstattung etabliert. Die Krankenkassen sollten daher von der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten entbunden werden, zumal diese Krankenhausportale ohnehin von spezifischen Interessen geprägt sind. Die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte muss daher auf das Institut nach § 137a übertragen werden.

Es sollte aber klargestellt werden, dass die Sozialdaten nach Nr. 6 in die Vergleichenden Übersichten, nicht aber in die Qualitätsberichte der einzelnen Krankenhäuser einbezogen werden sollen. Dies ist auch der Begründung zu entnehmen.

Nicht zielführend ist, dass diese Regelung ausschließlich auf den stationären Bereich beschränkt wird. Auch die Qualität der ambulanten Leistungserbringung von Vertrags(zahn)ärzten sollte allgemeinverständlich und unter Einbeziehung von Sozialdaten, die die Krankenkassen zur Verfügung stellen, öffentlich transparent und vergleichbar gemacht werden.

Zu Nr. 6:

Die Einbeziehung von Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a übermittelt werden, in die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung wird begrüßt. Zur Vergleichbarkeit von ambulanten und stationären Leistungen müssten Kodiervorschriften auch in der vertragsärztlichen und der selektivvertraglich geregelten Versorgung verpflichtend angewendet werden. Nur so kann die Transparenz-Asymmetrie zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden.

Zu Nr. 7:

Die Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln und die allgemein verständliche Information über deren Aussagekraft wird begrüßt. Das Institut sollte mehr Transparenz über den Gehalt der unterschiedlichen Zertifikate schaffen.

Änderungsvorschlag:

5. auf der Grundlage geeigneter Daten, ~~die in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht werden~~, einrichtungsbezogen vergleichende Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung auch sektorenübergreifend zu erstellen und diese in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen in die vergleichenden Übersichten einbezogen werden,
6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage nach Kodiervorschriften erhobener geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen;

Änderung § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 (letzter Satz):

Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vom Institut nach § 137a im Internet zu veröffentlichen.

Änderung von § 137 Abs. 3 Satz 4:

Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände kann das Institut nach § 137a Krankenhäuser, Ärzte und Versicherte auf der Basis der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Nummer 4 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale von Ärzten und Krankenhäusern informieren und Empfehlungen aussprechen.

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 4 SGB V):

(4) Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, das Bundesministerium für Gesundheit und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Institut unmittelbar mit Untersuchungen und Handlungsempfehlungen zu den Aufgaben nach Absatz 3 für den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen. Das Institut kann sich auch ohne Beauftragungen mit Fragestellungen der Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand nach Absatz 2 ist hierüber unverzüglich zu informieren. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Satz 3 sind dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Bundesministerium für Gesundheit vor der Veröffentlichung vorzulegen.

Stellungnahme:

Die Beauftragung des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen durch die Träger des G-BA und die Patientenvertreter in der Form eines Antrags an den G-BA entspricht der bisher üblichen Vorgehensweise und ist richtig. Eine Übersteuerung des G-BA durch direkte Beauftragung des Institutes durch das BMG sollte nur in begründeten Fällen erfolgen. Aus Gründen der Kapazität und des sparsamen Umgangs mit Ressourcen sollte eine Befassung des Institutes mit Aufgaben ohne Beauftragung durch den G-BA nur in vom Vorstand genehmigten Fällen erfolgen. Für die Kontrollfunktion des Vorstandes reicht hier eine reine Informationspflicht nicht aus, sondern es muss für den Vorstand auch eine aktive Handlungsmöglichkeit zur strategischen Prioritätensetzung bestehen.

Änderungsvorschlag:

Satz 3 wird wie folgt geändert:

Das Institut kann sich auch ohne Beauftragungen mit Fragestellungen der Aufgaben nach Absatz 3 befassen; der Vorstand nach Absatz 2 **ist hierüber unverzüglich zu informieren muss dies zuvor genehmigen.**

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 5 SGB V):

(5) Zur Erledigung der Aufgaben nach Absatz 3 kann das Institut im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss Forschungs- und Entwicklungsaufträge an externe Sachverständige vergeben.

Stellungnahme:

Die Regelung ist sinnvoll insbesondere zur Einbindung von Spezialkenntnissen und bei Erreichen von Kapazitätsgrenzen.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 6 SGB V):

(6) Bei der Entwicklung der Inhalte nach Absatz 3 sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer, die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sowie der oder die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten zu beteiligen.

Stellungnahme:

Die Regelung ist sinnvoll, um zu vermeiden, dass die Abwicklung von Aufträgen aufgrund von Missverständnissen nicht in der vom Auftraggeber beabsichtigten Weise erfolgt. Eine regelmäßige Kommunikation zwischen dem Institut nach § 137a und dem G-BA auch in der Phase der Abarbeitung des Auftrages hat sich in der Vergangenheit bewährt.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 7 SGB V):

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut nach Absatz 1 oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, auf Antrag die im Rahmen der verpflichtenden Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten auszuwerten und die Auswertungsergebnisse für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in anonymisierter Form zu übermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt hierfür in der Verfahrensordnung unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften und des Gebots der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie Bestimmungen zur Erstattung der aufgrund des Antrags entstandenen Kosten einschließlich der zu zahlenden Vorschüsse. § 91 Absatz 5a gilt entsprechend. Das Verfahren nach Satz 2 beinhaltet insbesondere die Prüfung des berechtigten Interesses des Antragstellers an den Auswertungsergebnissen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgabe nach Satz 1 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.

Stellungnahme:

Es ist sinnvoll, den beim Institut gesammelten Datenschatz auch für die wissenschaftliche Forschung und die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung anonymisiert zur Verfügung zu stellen. Die Beauftragung hierzu durch den G-BA nach einem reglementierten Verfahren stellt sicher, dass die Qualität der Forschungsprojekte gewährleistet ist. Die regelmäßige Überprüfung des zugehörigen Datenschutzkonzeptes gewährleistet Datenschutz und Datensicherheit.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Geplante Gesetzesformulierung (§ 137a Abs. 8 SGB V):

(8) Für die Finanzierung des Instituts nach Absatz 1 gilt § 139c entsprechend.

Stellungnahme:

Die Finanzierung analog dem IQWiG ist folgerichtig. Sie befreit die Auftragsvergabe von direkten Finanzierungsabhängigkeiten.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Geplante Gesetzesformulierung:

Artikel 14 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(3) Artikel 1 Nummer 1 und Artikel 13 treten am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Stellungnahme:

Ein möglichst frühzeitiges Inkrafttreten wird begrüßt, da damit die zeitnahe Gründung des Institutes für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen möglich wird. Aus der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass der Gesetzgeber damit rechnet, dass das AQUA-Institut im Rahmen einer Übergangsregelung noch bis Ende 2016 tätig sein soll. Eine entsprechende Verlängerung des Vertragswerkes zwischen dem G-BA und AQUA müsste ausgehandelt werden. Die Arbeiten des G-BA an einer Ausschreibung des Institutes nach altem Recht sind damit obsolet.

Änderungsvorschlag:

Keiner.

c) Weiterer Regelungsbedarf im Zusammenhang mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

1. Evaluation der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA:

Nach § 137b SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten. Die Evaluation der in den Richtlinien zur Qualitätssicherung vorgegebenen Maßnahmen sollte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen übernehmen, da dieses Institut aufgrund seines Datenbestandes hierzu in besonderem Maße geeignet ist.

Änderungsvorschlag (§ 137a Abs. 3):

6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen; ~~so~~
wie
7. Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren **sowie**

8. eine Evaluation der in den Richtlinien des G-BA vorgegebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen.

2. Finanzierung der durch die Richtlinien des G-BA hervorgerufenen Bürokratiekosten und des aus den Richtlinien erwachsenden Erfüllungsaufwandes

Die DKG fordert mit Nachdruck, die gesetzlichen Grundlagen bis Mitte des Jahres 2014 zu schaffen, sodass die durch G-BA-Richtlinien verursachten Kosten spätestens in den Krankenhausbudgets für das Jahr 2015 berücksichtigt werden können. Als systemkonforme Lösung wird die Einführung eines Zuschlages für den durch den G-BA veranlassten Mehraufwand vorgeschlagen.

Nach der Systematik des DRG-Systems gehen Veränderungen der Kosten in den Krankenhäusern trotz jährlicher Weiterentwicklung des Entgeltkataloges erst mit einem Zeitverzug von mindestens zwei Jahren in die Bewertungsrelationen der Fallpauschalen ein. Da bei der Katalogentwicklung zur Vermeidung von reinen Katalogeffekten durch die Umstellung auf eine neue Version die Summe der Bewertungsrelationen über alle Krankenhäuser konstant gehalten wird, wirken sich Kostenentwicklungen nur auf das Verhältnis der Bewertungsrelationen untereinander aus. Zusätzliche Finanzmittel werden durch die Katalogentwicklung grundsätzlich nicht bereitge-

stellt. Entsprechend der Systematik des DRG-Systems und der diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen sind Kostenentwicklungen über die Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen.

Damit der Mehraufwand für die fristgerechte Umsetzung von G-BA-Richtlinien zeitnah finanziert werden kann, sind als Soforthilfe nach Verabschiedung einer Richtlinie Zuschläge für die betroffenen Krankenhäuser erforderlich. Den Vertragsparteien auf der Ortsebene muss die Möglichkeit eröffnet werden, über den krankhauspezifischen Mehrbedarf zu verhandeln. Sobald sich die Kostensteigerungen in den Bewertungsrelationen abbilden, können die entsprechenden Zuschlagsanteile entfallen. Das nicht mehr erforderliche Zuschlagsvolumen muss jedoch aufgrund der oben beschriebenen Systematik des DRG-Finanzierungssystems zeitgleich in die Landesbasisfallwerte überführt werden. Die praktische Umsetzung der Überführung sollte zwischen den Verhandlungsparteien auf der Landesebene abgestimmt werden.

Auch eine Regelung für den Geltungsbereich der BPfIV ist erforderlich, da die Anforderungen des G-BA grundsätzlich auch für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen gelten.

Änderungsvorschlag:

1. Gesetzliche Verankerung eines G-BA-Zuschlages im KHEntgG:

Neuer Absatz 7 in „§ 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen“:

(7) Zur Finanzierung des Mehraufwandes zur Umsetzung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 Zuschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.

2. Regelung zur Überführung in den Landesbasisfallwert (KHEntgG):

Neue Nr. 7 in Abs. 3 des § 10 KHEntgG „Vereinbarung auf Landesebene“:

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

...

7. erhöhend die Summe der Anteile der Zuschläge nach § 5 Absatz 7, die nach Abbildung des Mehraufwandes zur Umsetzung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in den Entgeltkatalogen nicht mehr durch die Vertragsparteien nach § 11 vereinbart werden.

3. Gesetzliche Verankerung eines G-BA-Zuschlages in der BPfIV:

Ergänzung in § 3 Abs. 2 der BPfIV „Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2013 bis 2016“ (bzw. für die Dauer der budgetneutralen Phase):

(2) Ab dem krankenhausesindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2016 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Ab-

satz 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 als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt und der Mehraufwand zur Umsetzung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen ist;

Die erforderlichen Anpassungen der BPfIV ab Eintritt in die Konvergenz müssen noch zu einem späteren Zeitpunkt geregelt werden.

4. Gesetzliche Verpflichtung des G-BA zur Schätzung des Erfüllungsaufwandes im SGB V:

Neufassung des § 91 Abs. 10 SGB V „Gemeinsamer Bundesausschuss“

„(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens ab dem 1. September 2014 den infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Erfüllungsaufwand zu ermitteln und stellt diesen in der Begründung des jeweiligen Beschlusses nachvollziehbar dar. Die Ermittlung des Erfüllungsaufwandes richtet sich nach den §§ 2 und 8 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates in Verbindung mit dem Leitfaden des Statistischen Bundesamtes zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwandes in Regelvorhaben der Bundesregierung in seiner jeweils gültigen Fassung und umfasst auch die Ermittlung der infolge der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erwartenden Bürokratiekosten. Das Nähere zur Ermittlung des Erfüllungsaufwandes regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

II. Zu Änderungsantrag 5 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.5)

a) Zum Schlichtungsausschuss auf Landesebene

Geplante Gesetzesformulierung:

Artikel 16a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17c KHG

Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

Absatz 4:

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft die näheren Einzelheiten zum Verfahren des Schlichtungsausschusses **sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben. Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei. Wenn bis zum 31. August 2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben von Satz 3 einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.**

Stellungnahme:

Die gesetzliche Vorgabe zur Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene muss ersatzlos gestrichen werden.

Die grundlegenden Probleme der Neuregelung des § 17c Abs. 4 sowie des Abs. 4b KHG sind bereits in zwei gemeinsamen Schreiben des GKV-Spitzenverbandes und der DKG an das BMG (02.08.2013 sowie 08.04.2014) dargelegt worden. Als kostengünstigste, effektivste und am schnellsten umzusetzende Lösung haben beide Spitzenverbände vorgeschlagen, die Regelung zu den Landeschlichtungsausschüssen ersatzlos zu streichen.

Die Spitzenverbände haben in ihren Schreiben dargelegt, warum bisher keine Schlichtungsausschüsse auf Landesebene errichtet worden sind. Ein ordnungsgemäßes Funktionieren der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene erfordert ein erhebliches Potenzial an personellen und sachlichen Mitteln. Gehe man von 18,6 Mio. stationären Fällen, einer durchschnittlichen Prüfquote von 12 % und einem sozialgerichtlichen Potenzial von 8,7 % (Quelle: Frühjahrsumfrage 2013 von medinfoweb.de), ergeben sich nahezu 195.000 potenzielle Streitverfahren pro Jahr. Da der durchschnittliche Streitwert aktuell bei 1.295 € und damit unterhalb des Schwellen-

wertes von 2.000 € liegt, muss ein Großteil dieser ca. 195.000 Streitverfahren zwingend zunächst ein Verfahren vor einem Schlichtungsausschuss auf Landesebene durchlaufen. Neben den erheblichen organisatorischen Problemen, der schwierigen Rekrutierung qualifizierten Personal etc. wird auch die Sinnhaftigkeit dieser Regelung angezweifelt. Die Aufgabe der Streitschlichtung aus dem Einzelfall den Landesverbänden zu übertragen, bedeutet, diese mit dem Tagesgeschäft und der regulativen Abwicklung dieses Streitpotenzials zu betrauen. Diese Aufgaben sind dort sachfremd angesiedelt, da nur übergeordnete Landesinteressen von den Landesverbänden wahrgenommen werden sollen.

Die aus den dargestellten Gründen nachvollziehbare, flächendeckende Nichtexistenz von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ist aus verfassungsrechtlichen Gründen besonders heikel. Da § 17c Abs. 4b S. 3 KHG vorschreibt, dass Klagen zur Geltendmachung von aufgrund einer MDK-Prüfung festgestellten Forderungen bis zu einer Höhe von 2.000 € zwingend die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens auf Landesebene voraussetzen, eine Klage ansonsten unzulässig ist, ist es einer anspruchsberechtigten Partei momentan nicht möglich, zur Durchsetzung eines ihr zustehenden Anspruchs wirksam eine Klage vor einem Sozialgericht zu erheben. Dies bedeutet, dass in dem weit überwiegenden Teil der Streitverfahren den Krankenhäusern momentan der Rechtsweg zu den Sozialgerichten verbaut ist. Dies ist mit der durch Art. 19 Abs. 4 GG gewährleisteten Rechtsweggarantie nicht zu vereinbaren.

Die mitberatenden Ausschüsse des Bundesrates empfehlen dem Bundesrat für seine Sitzung am 23.05.2014 zudem ebenfalls die ersatzlose Streichung der Vorschrift.

b) Zur Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems

Geplante Gesetzesformulierung:

Artikel 16a Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems
Änderungen zu Nr. 2 a und b

Artikel 16b Änderung der Bundespflegeverordnung

Verlängerung der Optionsphase des Psych-Entgeltsystems
Änderungen zu Nr. 1 bis 8

Stellungnahme:

(Da es sich überwiegend um Änderungen der Jahreszahlen aufgrund der Verlängerung der Options- und Anpassung der folgenden Einführungsphasen handelt, wird von einer paragraphenbezogenen Stellungnahme Abstand genommen.)

Verlängerung der Optionsphase und Anpassung der folgenden Einführungsphasen:

Die DKG begrüßt die Verlängerung der Optionsphase und eine Verschiebung der verpflichtenden budgetneutralen- und Konvergenzphase um zwei Jahre.

Nach aktueller Rechtslage ist die Scharfschaltung des Systems mit dem Eintritt in die Konvergenzphase zum 01. Januar 2017 vorgesehen. Allerdings führt bereits die – nach den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben – für den 01. Januar 2015 vorgesehene budgetneutrale Phase zu Erlösauswirkungen (budgetneutral bedeutet nicht erlösneutral). Aus der neuen Vergütungssystematik ergeben sich schwer zu kalkulierende Risiken, die sich auch auf den Erlös auswirken können und den Krankenhäusern nicht ausreichend ausgeglichen werden. Ein Start in die verpflichtende budgetneutrale Phase hätte zudem bedeutet, dass alle circa 570 psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und Fachabteilungen ihre Budgets und ca. 1 Mio. Behandlungsfälle auf Basis der neuen, komplizierten Vergütungsregelungen und auf Basis eines in seinen Grundlagen nahezu vollständig überarbeiteten Kataloges im Herbst 2014 verhandeln müssten. Dies kann die überwiegende Zahl der Krankenhäuser definitiv nicht leisten. Die Gründe hierfür liegen in der Problematik der prospektiven Leistungsplanung für 2015, insbesondere für die neuen „Elemente“ und Anforderungen und dem dafür zur Verfügung stehenden Zeitfenster und lassen sich u. a. an folgenden Punkten festmachen:

- Die externen Voraussetzungen werden frühestens im November 2014 vorliegen.

- Die erstmalige Überführung der bisher vereinbarten Leistungen in das neue PEPP-System ist von weitreichender Bedeutung für die Budgets der kommenden Jahre und muss daher entsprechend zuverlässig sein.
- Die OPS-Dokumentation für eine gesonderte Abrechnung (neue Anforderung an die Dokumentation) der Intensiv- und 1:1 Betreuungstage ist ggf. noch nicht ausreichend.
- Die Abbildung des bisherigen Leistungsspektrums auf Grundlage der Daten 2013/2014 im neuen System und die Auswirkungen der neuen Regelungen auf die Leistungsentwicklung im Jahr 2015 ist vielfach schlecht einschätzbar.
- Im Vergleich zum PEPP-Katalog 2014 führen die neuen Regelungen für 2015 zu einer grundlegenden Neubewertung der Leistungen eines Krankenhauses (Patientenstruktur, Kurz-/Langlieger, Entlassungstage, Intensivtage etc.).
- Auch die bereits optierenden Einrichtungen müssen eine grundlegend neue Leistungsplanung durchführen. Hier kommt auch noch die bislang ungelöste Problematik der Jahresüberlieger aus dem PEPP-System 2014 hinzu.

Mit der Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG vom 01.04.2014 haben sich die Selbstverwaltungsparteien auf grundlegende Änderungen der Katalogentwicklung verständigt. Dieses ist im Rahmen der Systementwicklung ein wichtiger aber nur ein erster Schritt. Das InEK ist weiterhin grundsätzlich zur Prüfung und sachgerechten Weiterentwicklung des Entgeltkataloges von den Selbstverwaltungspartnern beauftragt. Dabei sind weitere Leistungen, die ergänzend zu den Tagespauschalen gesondert zu finanzieren sind, zu identifizieren. Insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Psychosomatik aber auch weitere Leistungen der Psychiatrie müssen darüber hinaus geeignete Beschreibungen entwickelt bzw. die vorhandenen Leistungsbeschreibungen angepasst werden. Diese erforderlichen Weiterentwicklungen können sich aufgrund der zeitlichen Abhängigkeiten frühestens im PEPP-Katalog für das Jahr 2017 widerspiegeln.

Der Neustart der Katalogentwicklung sowie die bestehenden Anpassungsbedarfe in den nächsten Jahren macht die im Gesetzentwurf geplante Verschiebung der verpflichtenden budgetneutralen Phase um zwei Jahre auf den 01. Januar 2017 erforderlich. Die gewonnene Zeit sollte genutzt werden, um grundlegende Fragen wie z. B. zur regionalen Versorgungsverpflichtung zu klären. Für die Akzeptanz des Systems spielt dies eine große Rolle.

Änderung des § 3 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung Möglichkeit der Vereinbarung eines Gesamtbetrages in zweifacher Höhe der im Jahr 2015 und 2016 geltenden Obergrenze

Die Möglichkeit für die Optionshäuser, gemäß § 3 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung einen Gesamtbetrag in zweifacher Höhe der im Jahr 2015 und 2016 geltenden

Obergrenze mit den Kostenträgern zu vereinbaren, bietet einen guten Anreiz für einen frühzeitigen Umstieg in das neue System. Zu begrüßen ist hierbei, dass Fachkrankenhäuser oder Fachabteilungen an allg. Krankenhäusern, die bereits in den Jahren 2014 oder 2015 optiert haben, in diese Regelung einbezogen sind.

In Vorbereitung auf die Systemumstellung stehende Krankenhäuser und Fachabteilungen wird damit gesetzlich die Möglichkeit gegeben, die, durch den Umstieg notwendigen Mehrkosten für Personal (Medizincontroller, Dokumentationsassistenten u. ä.), Organisations- und Dokumentationsveränderungen, EDV-Aufwand etc. auszugleichen.

Geplante Gesetzesformulierung:

Artikel 16 c Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl I S. 1613) wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.'

Stellungnahme:

Die DKG begrüßt diese Folgeänderung der zeitlichen Anpassung der Aufhebung der Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV) an die Verlängerung der Einführungsphase des neuen Entgeltsystems.

Da die Budgetverhandlungen in der budgetneutralen Phase noch auf der Grundlage der BpflV in der alten Fassung zu führen sind, ist die Anwendung der Psych-PV bis einschließlich des Jahres 2018 zwingend.

Darüber hinaus ist es aus Sicht der DKG für das Gesamtsystem wesentlich, dass spätestens bis zum Eintritt in die Konvergenzphase die Umsetzung und Refinanzierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gesichert ist, um nicht bereits mit einer Unterfinanzierung in das neue Finanzierungssystem zu starten.

Im Anschluss an die budgetneutrale Phase muss im Rahmen einer gesetzlichen Anschlussregelung zudem gewährleistet werden, dass auch die zukünftige Entwicklung der Personalkosten in voller Höhe refinanziert wird. Dazu muss insbesondere die aus dem DRG-System bekannte „doppelte Degression“ mit dem preissenkenden Effekt zusätzlicher Leistungsbedarfe ausgeschlossen werden. Zusätzlich erforderliche Behandlungsleistungen dürfen nicht nur anteilig bzw. zu Lasten der übrigen Einrichtungen finanziert werden. Dies trifft auch für die Bewertung der zusätzlichen Leistungen in der Konvergenzphase zu, die deutlich unter dem derzeitigen Niveau liegt.

Diese Anpassungen der gesetzlich vorgegebenen Finanzierungsregelungen sind für die Akzeptanz des Systems und die Sicherung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsqualität unbedingt notwendig.

c) Weiterer Regelungsbedarf im Zusammenhang mit der Verschiebung der Aufhebung der Psychiatrie Personalverordnung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung:

Stellungnahme:

Nach § 137 Abs. 1c Satz 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss die von ihm festzulegenden Maßnahmen und Empfehlungen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bis spätestens zum 01.01.2017 umzusetzen. Dies beinhaltet Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich.

In der Begründung zum Gesetzentwurf des PsychEntG vom 12.03.2012 wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Maßnahmen und Empfehlungen mit Beginn der Konvergenzphase des Psych-Entgeltsystems zum 01.01.2017 einzuführen sind.

Mit der Verschiebung des Beginns der Konvergenzphase und der Aufhebung der PsychPV auf den 01.01.2019, ist eine entsprechende Folgeänderung des § 137 Abs. 1c Satz 3 SGB V zielführend.

Änderungsvorschlag (§ 137 Abs. 1c Satz 3):

Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar ~~2017~~ **2019** einzuführen.

Es fehlt in diesem Zusammenhang bisher für entsprechende Mehrkosten, die durch die „Empfehlungen“ des G-BA für die Ausstattung der Einrichtungen mit therapeutischem Personal und den Vorgaben für eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entstehen, eine gesetzliche Refinanzierungsgrundlage. Aus Sicht der DKG ist in einer Anschlussregelung insbesondere die Finanzierung der Umsetzung der vorgesehenen Personalvorgaben des G-BA verbindlich festzulegen, damit eine auskömmliche Finanzierung gewährleistet ist. Die derzeitige Ausgestaltung des § 137 Abs. 1c steht zunächst auch in einem grundsätzlichen Widerspruch zur Systematik eines pauschalierenden, leistungsorientierten Finanzierungssystems, da dieses bisher eine freie Verfügbarkeit der Finanzierungsmittel vorsieht, und damit eine auf die jeweilige Situation angepasste Personalplanung ermöglicht. Aufgrund der indirekt entstehenden Zweckbindung von Finanzierungsmitteln bedarf es zumindest einer Veränderung des bestehenden Finanzierungssystems.

III. Zu Änderungsantrag 3 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.3)

Geplante Gesetzesformulierung:

Artikel 1 Nummer 4b Änderung des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch

§ 134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe

§ 134a Abs. 1b und Abs. 1c SGB V (Versorgung mit Hebammenhilfe)

4b. § 134a wird wie folgt geändert:

c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze ab und 1c eingefügt:

(1b) Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. Die Auszahlung des Sicherstellungszuschlages erfolgt am Ende eines Abrechnungszeitraumes auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zu 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlages in Abhängigkeit von der Anzahl der betreuten Geburten und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten.

(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebamme zu zahlen ist.

Stellungnahme:

Inhalt der Neuregelung des § 134a Absatz 1b und 1c SGB V ist, dass Hebammen, die nur eine geringe Anzahl von Geburten vorweisen können, vom GKV-SV einen

Sicherstellungszuschlag erhalten, um die stark gestiegenen Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung zahlen zu können.

Die Problematik der stark gestiegenen Prämien für die Haftpflichtversicherung im Gesundheitswesen ist seit Längerem in der Diskussion. Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber für den Bereich der Hebammen dieses Problem lösen will.

Auch Krankenhäuser sehen sich mit stark steigenden Prämien für die Betriebshaftpflichtversicherung konfrontiert.

Festzustellen ist die Tendenz, dass trotz einer nahezu gleichbleibenden Anzahl gemeldeter Haftpflichtfälle in Krankenhäusern der von den Versicherern zu deckende Aufwand für den Ausgleich dieser Schäden überproportional um ca. 33 % angestiegen ist. Untersuchungen des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft e.V. haben ergeben, dass die Schadenaufwendungen je Krankenhaus um ca. 7 % pro Jahr gestiegen sind, was sich in einem Mehrbedarf für Versicherungsprämien von ca. 5 bis 10 % pro Jahr niederschlägt. Hauptgrund für die wesentliche Erhöhung der Haftpflichtsummen ist zum einen die sehr patientenfreundliche Rechtsprechung, die großzügigere Schadensersatzsummen zuspricht als in der Vergangenheit sowie die Tatsache, dass aufgrund des medizinischen Fortschrittes insbesondere Personenschäden in der Geburtshilfe aufgrund der wesentlich erhöhten Lebensdauer der geschädigten Personen einen erheblich größeren Umfang angenommen haben. Diese Aufwandsteigerung hat dazu geführt, dass sich mehrere Anbieter aus diesem Markt zurückgezogen haben und nur noch wenige Versicherungsgesellschaften übrig geblieben sind. Für die Krankenhäuser wird es immer schwieriger, neue Haftpflichtversicherungsverträge abzuschließen, Deckungssummen über 10 Mio. € sind im Neugeschäft kaum noch abzuschließen und wenn ja, dann nur zu exorbitanten Prämien.

Um den auf die Krankenhäuser zukommenden Mehrbelastungen zu entgehen, sind verschiedene Lösungsansätze vorstellbar, die in zukünftig anstehenden Gesetzgebungsvorhaben aufgegriffen werden müssen. Die DKG wird hierzu rechtzeitig Vorschläge in die Diskussion einführen, die entweder den Anstieg der Prämien für die Betriebshaftpflichtversicherung für Krankenhäuser wirksam begrenzt oder aber den Krankenhäusern die Finanzierung der gestiegenen Haftpflichtversicherungsprämien ermöglicht.

IV. Zu Änderungsantrag 4 (Ausschussdrucksache 18(14)0030.4)

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Neuregelung erweitert die Daten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs um die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen), um im Rahmen der Datentransparenz die Datenlage für die Versorgungsforschung zu verbessern.

Stellungnahme:

Die DKG begrüßt die Aufnahme eines Regionalkennzeichens in den Datensatz der Transparenzdaten gem. §§ 303a ff. SGB V als deutliche Verbesserung für die Belange einer regionalisierten Versorgungsforschung.

Diese Verbesserung ist jedoch nicht ausreichend, wenn die bekannten Defizite bei dem Kreis der Nutzungsberechtigten der Transparenzdaten bestehen bleiben. Der Datenbestand nach § 303a Abs. 2 SGB V muss die Nutzungsberechtigten u.a. in die Lage versetzen, ihren Beitrag zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse, zur Planung von Leistungsressourcen (z.B. Krankenhausplanung), zur Analyse und Entwicklung von sektorenübergreifenden Versorgungsformen etc. auf verbesserten Informationsgrundlagen wahrzunehmen.

Für den Krankenhausbereich kann ein Teil dieser Aufgaben sachgerecht nur durch Einbeziehung auch der Landeskrankenhausgesellschaften in den Kreis der Nutzungsberechtigten erfüllt werden. Gerade bei versorgungsplanerischen Auswertungen, stationär und ambulant z.B. zur Feststellung von Über-, Unter- und Fehlversorgungen, ist die Beteiligung der Landeskrankenhausgesellschaften unerlässlich. Ihre landesrechtlich verankerte Einbindung in die Krankenhausplanung, die Mitwirkung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V und ihr Austausch mit Kooperations- oder Vertragspartnern der zuständigen Ministerien, der Krankenkassen und der Vertragsärzte sichert die erforderliche landesspezifische Expertise zur sachgerechten Interpretation des Datenbestandes nach § 303a SGB V (vgl. § 303e Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Der Einführung eines Regionalkennzeichens sollte korrespondierend auch eine Daten-Nutzungsmöglichkeit der zuständigen Regionalorganisationen gegenüberstehen.

Änderungsvorschlag:

Aufnahme der Landeskrankenhausgesellschaften in den Kreis der Nutzungsberechtigten gem. § 303e Abs. 1 Nr. 18:

„18. der Deutschen Krankenhausgesellschaft **und den Landeskrankenhausgesellschaften**“

C) Weiterer Handlungsbedarf

I. Korrekturbedarf § 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Dringend weiterzuentwickeln sind auch die gesetzlichen Rahmenvorgaben für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Die gesetzliche Neukonzeption der ASV durch das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, das bislang zugelassene Leistungsspektrum insbesondere in der Onkologie auf schwere Fälle zu begrenzen. Leider müssen die Krankenhäuser im G-BA-Prozess beobachten, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bei der Definition des Leistungsspektrums sehr restriktiv sind. Dies wird dazu führen, dass Patientinnen und Patienten, die derzeit von Krankenhäusern ambulant behandelt werden, die eine 116b-Zulassung nach altem Recht haben, in Zukunft nicht mehr die Ambulanzen der Krankenhäuser zur Weiterbehandlung in Anspruch nehmen werden können. Zur Vermeidung derartiger Effekte, die in der Regel von den betroffenen Patientenselbsthilfegruppen vor Ort mit Protest aufgenommen werden, müssen die in § 116b SGB V hinsichtlich des Leistungsspektrums formulierten Restriktionen aufgehoben werden.

II. Hygieneförderprogramm: Erforderliche Ergänzungen und Änderungen

Mit dem „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ wurde ein Hygiene-Förderprogramm eingeführt (§ 4 Abs. 11 KHEntgG). Im Rahmen der Umsetzung haben die Diskussionen mit den Krankenkassen gezeigt, dass an mehreren Stellen noch Änderungs- bzw. Klarstellungsbedarf besteht.

Vorrangig ist aus unserer Sicht ein gesetzlicher Änderungsbedarf bzgl. folgender Punkte notwendig, damit das ursprüngliche Ziel der Gesetzesänderung – die Förderung der Kosten für die Einstellung oder Weiterbeschäftigung in neuer Funktion von krankenhausintern weitergebildetem ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal, das die Anforderungen der Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes erfüllt – durch die Kostenträger auch ermöglicht wird.

Stellungnahme:

Nach § 4 Abs. 11 Nr. 1 KHEntgG wird zusätzliches Hygienepersonal bei „Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen“ bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationen finanziell gefördert. So wird z.B. die Neueinstellung von qualifizierten Hygienefachkräften mit einem Finanzierungsanteil von 90 Prozent gefördert und somit ein Schwerpunkt der Förderung auf die Neueinstellung von Hygienefachkräften gelegt.

Im Regelfall wird das nach dem Infektionsschutzgesetz erforderliche Hygienepersonal jedoch aus dem Personalbestand des eigenen Krankenhauses generiert, indem dieses zur Fort- und Weiterbildung freigestellt wird. Dies gilt in besonderem Maße für Hygienefachkräfte. Dies ist auch insofern sinnvoll, da die betroffenen Personen das Krankenhaus bereits kennen und ihrerseits im Haus bekannt sind und der Arbeitgeber weiß, wen er für die verantwortliche Position der Hygienefachkraft weiterbildet.

Aus unserer Sicht ist es geradezu absurd, wenn nach Abschluss der Fort- und Weiterbildung eine Weiterbeschäftigung in neuer Funktion von der Förderung ausgeschlossen und stattdessen externes Personal eingestellt werden müsste. Auch die Weiterbeschäftigung in neuer Funktion muss als Neueinstellung gewertet werden.

Dementsprechend kommt aus unserer Sicht nur eine stellen-/funktionsbezogene Auslegung des Begriffs der „Neueinstellungen“ gemäß Nr. 1 in Betracht, damit das Förderprogramm nicht weitgehend ins Leere läuft. Für diese Auslegung spricht auch, dass in Satz 1 Nr. 1 neben den „Neueinstellungen“ auch von „Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen“ gesprochen wird; hier wird der Stellen-/Funktionsbezug direkt im Gesetz deutlich.

Die Schiedsstelle Baden-Württemberg hat in einer aktuellen Entscheidung vom 07.05.2014 den Begriff der Neueinstellung jedoch im Sinne der Krankenkassen so

ausgelegt, dass ausschließlich von extern neu eingestelltes, zusätzliches Hygienefachpersonal förderfähig ist. Somit kann nach Ansicht der Schiedsstelle kein Personal gefördert werden, welches durch interne Umbesetzungen dem Bereich der Hygiene „neu“ zugeordnet wird. Dies gilt selbst dann, wenn die freigewordene Stelle außerhalb des Hygienebereichs nachbesetzt und insgesamt sogar zusätzliches Personal beschäftigt wird. Ausschlaggebend für diese sehr enge Auslegung der Regelung war letztlich der Wortlaut der Regelung selbst.

Insbesondere vor diesem Hintergrund muss klargestellt werden, dass eine Stelle im Bereich der Hygiene auch dann neu geschaffen wird, wenn im Krankenhaus bereits vorhandenes Personal diese Funktion übernimmt – unabhängig davon, ob die freigewordene Stelle außerhalb der Hygienebereichs nachbesetzt wird.

Änderungsvorschlag:

§ 4 Abs. 11 KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

„Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert

1. bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von

a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten [...].“

In der Begründung wird klargestellt, dass der Begriff „Neueinstellung“ auch die Schaffung einer neuen Stelle/Funktion umfasst und somit auch interne Umbesetzungen, die dem Bereich der Hygiene „neu“ zugeordnet werden, förderfähig sind.

Stellungnahme:

Aufgrund der Verortung im Krankenhausentgeltgesetz finden die Regelungen zum Hygiene-Förderprogramm keine Anwendung für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung. Die Hygieneverordnungen der Bundesländer differenzieren jedoch nicht zwischen somatischen und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Krankenhäusern. Zudem ergibt sich auch aus der Risikoeinstufung von Maßnahmen und Patienten gemäß KRINKO-Empfehlung, dass auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte in der Pflege vorhalten müssen.

Änderungsvorschlag:

Schaffung einer gesetzlichen Regelung innerhalb der Bundespflegesatzverordnung, mit der auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in das Hygieneförderprogramm eingebunden werden.

III. Förderprogramm zur Umsetzung der G-BA Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL)

Der mit G-BA-Beschlüssen verbundene zusätzliche Ressourcenaufwand muss für Kliniken refinanzierbar sein. Insbesondere die aktuell überarbeitete Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) zeigt, dass eine Umsetzung der G-BA-Anforderungen ohne die Bereitstellung der notwendigen Mittel nicht erfolgen kann. Die neonatologischen Einrichtungen müssen bereits jetzt enorme Anstrengungen zur Gewinnung und Weiterbildung der erforderlichen Mitarbeiter unternehmen. Die DKG fordert daher mit Nachdruck, noch im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens die Grundlagen zur Finanzierung des erforderlichen Personals zu schaffen, damit die zusätzlichen Kosten spätestens in den Krankenhausbudgets für das Jahr 2015 berücksichtigt werden können.

Der G-BA Beschluss zur „1:1 Betreuung“ auf den neonatologischen Intensivstationen ist für die Kliniken mit Mehrkosten für Einstellung und Ausbildung von Personal verbunden. Eine Berücksichtigung dieser Kosten in den Bewertungsrelationen der neonatologischen Fallpauschalen über das DRG-Kalkulationssystem ist grundsätzlich erst möglich, wenn das erforderliche Personal tatsächlich in den Krankenhäusern vorhanden ist und sich die entsprechenden Personalkosten in der Kostenrechnung der Krankenhäuser wiederfinden. Erst danach können die höheren Personalkosten aufgrund der zeitlichen Abhängigkeiten des Kalkulationsprozesses frühestens zwei Jahren später in die Bewertungsrelationen einfließen. Zudem wird eine Bereitstellung der zusätzlich im System erforderlichen Finanzmittel durch die aktuellen Vorschriften zum Landesbasisfallwert nicht gewährleistet.

Die DKG fordert aufgrund der Dringlichkeit als Sofortmaßnahme für die Neonatologie ein zeitlich befristetes Förderprogramm für die Budgetjahre 2015 bis mindestens einschließlich 2018 aufzulegen, das im DRG-System systemkonform in Anlehnung an das Hygiene-Förderprogramm über einen Zuschlag und umgesetzt werden kann. Dabei muss bei der gesetzestechnischen Umsetzung beachtet werden, dass die zusätzlich bereitgestellten Finanzmittel nach Ablauf des Förderzeitraums durch Überführung in die Landesbasisfallwerte im DRG-Finanzierungssystem verbleiben.