



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(5)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
25.08.2015

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 20.08.2015

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)
BT–Drucksache 18/5372**

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	6
Abschätzung der finanziellen Auswirkungen	11
Einsparpotenziale	13
II. Stellungnahme zum Gesetz	14
Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).....	14
§ 1 Abs. 1 KHG – Grundsatz	14
§ 6 Abs. 1a KHG – Krankenhausplanung und Investitionsprogramme	15
§ 8 Abs. 1a bis 1c KHG – Voraussetzungen der Förderung.....	17
§ 10 Abs. 1 und 2 KHG – Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung.....	19
§§ 12 bis 14 KHG – Strukturfonds	20
§ 17a Abs. 3 Satz 10 KHG – Finanzierung von Ausbildungskosten	25
§ 17b Abs. 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	26
§ 17b Abs. 1a KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	30
§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	32
§ 17b Abs. 3 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	33
§ 17b Abs. 4 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	34
§ 17b Abs. 5 Satz 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	35
§ 17b Abs. 6 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	36
§ 17b Abs. 7 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	37
§ 17b Abs. 8 und 9 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	38
§ 17b Abs. 10 Satz 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser	39
§ 17c KHG – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	40
§ 17d KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	42
Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)	43
Anpassung der Inhaltsübersicht.....	43
§ 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG – Anwendungsbereich	44

§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 KHEntgG – Krankenhausleistungen	45
§ 2 Abs. 2 KHEntgG – Krankenhausleistungen	46
§ 4 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	47
§ 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009.....	48
§ 4 Abs. 2a KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	49
§ 4 Abs. 2b KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	50
§ 4 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009.....	53
§ 4 Abs. 6 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	54
§ 4 Abs. 8 und 9 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	55
§ 4 Abs. 10 und 11 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	56
§ 4 Abs. 8 (neu) KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	57
§ 4 Abs. 9 (neu) Satz 5 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009.....	60
§ 5 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen	61
§ 5 Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen	62
§ 5 Abs. 3 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen	65
§ 5 Abs. 3a bis 3c KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen	67
§ 5 Abs. 6 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen.....	71
§ 6 KHEntgG – Vereinbarung sonstiger Entgelte.....	72
§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen	73
§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 und Abs. 4 KHEntgG – Berechnung der Entgelte.....	74
§ 8 Abs. 10 KHEntgG – Berechnung der Entgelte.....	75
§ 9 Abs. 1 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene	76
§ 9 Abs. 1a KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene	77
§ 9 Abs. 1b KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene	82
§ 9 Abs. 1c KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene.....	83
§ 9 Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene	84
§ 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene	85
§ 10 Abs. 3 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	86
§ 10 Abs. 4 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	91
§ 10 Abs. 6 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	92
§ 10 Abs. 8 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	95
§ 10 Abs. 10 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	98
§ 10 Abs. 12 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	99
§ 10 Abs. 13 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene.....	100
§ 11 KHEntgG – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	105
§ 15 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG – Laufzeit	106
§ 21 Abs. 1 und 2 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten	107
§ 21 Abs. 3 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten	108
§ 21 Abs. 3a KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten	109
Anlage 1 KHEntgG	111
Artikel 3 – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	112

§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHEntgG	112
Artikel 4 – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	113
§ 10 Abs. 9 und 11 KHEntgG	113
Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)	114
Inhaltsübersicht.....	114
§ 1 Abs. 1 Satz 1 BPfIV – Anwendungsbereich	115
§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 BPfIV – Krankenhausleistungen	116
§ 5 BPfIV – Vereinbarung von Zu- und Abschlägen	117
§ 8 Abs. 4 BPfIV – Berechnung der Entgelte	118
§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BPfIV – Vereinbarung auf Bundesebene	119
§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPfIV – Vereinbarung auf Bundesebene	120
§ 9 Abs. 1 Satz 2 BPfIV – Vereinbarung auf Bundesebene.....	121
§ 10 Abs. 2 Satz 1 BPfIV – Vereinbarung auf Landesebene	122
§ 14 Abs. 1 Satz 1 BPfIV – Genehmigung	123
§ 18 Abs. 2 BPfIV – Übergangsvorschriften	124
Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).....	125
§ 65c Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und Abs. 8 Satz 1 SGB V – Klinische Krebsregister.....	125
§ 81 Abs. 3 Nr. 2 SGB V – Satzung	126
§ 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	127
§ 87a Abs. 5 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	128
§ 91 Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss.....	129
§ 92 Abs. 7f Satz 1 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	130
§ 92a Abs. 4 Satz 1 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	131
§ 109 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	132
§ 110 Abs. 1 und 2 SGB V – Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern ..	133
§ 110a SGB V – Qualitätsverträge	134
§ 113 Abs. 4 SGB V – Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung	136
§ 115b Abs. 1 Satz 3 SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus	137
§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen.....	138
§ 135a SGB V – Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung	139
§§ 135b bis 137 SGB V – Neustrukturierung der bestehenden §§ 136 bis 137 SGB V.....	140
§ 137a SGB V – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	151
§ 137b SGB V – Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a	153
§ 137e Abs. 2 Satz 3 SGB V – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	154

§ 140f Abs. 2 Satz 5 SGB V – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	155
§ 221 Abs. 2 und 3 SGB V – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	156
§ 271 Abs. 2 SGB V – Gesundheitsfonds	157
§ 275a SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst	158
§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V – Zusammenarbeit	160
§ 276 Abs. 4a SGB V – Zusammenarbeit	163
§ 277 Abs. 1 SGB V – Mitteilungspflichten	164
§ 281 SGB V – Finanzierung und Aufsicht	165
§ 285 Abs. 1 Nr. 6 SGB V – Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen	166
§ 299 SGB V – Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	167
§ 303e Abs. 1 Nr. 14 SGB V – Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung ..	168
Artikel 7 – Änderung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze.....	169
Artikel 8 – Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes	170
Artikel 9 – Inkrafttreten.....	171
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	172
§ 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG – Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID in der Datenübermittlung	172
§ 136e SGB V – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung	173
§ 137a Abs. 3 SGB V – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	175
§ 293a SGB V (neu) – Krankenhausstandort-Identifikationsnummer	176
§ 301 Abs. 4 SGB V – Datenaustausch mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen...	178

I. Vorbemerkung

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes finden sich im Gesetzentwurf zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) zukunftsweisende Ansätze, aber das Gesamtergebnis ist durchaus kritisch zu sehen.

Der wesentliche Mangel ist die ungelöste Problematik rückläufiger Investitionsfinanzierung der Länder. Beim Start der sog. „dualen Finanzierung“ (Länder zahlen die Investitionen, Krankenkassen die Betriebskosten) betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch über 20 Prozent; inzwischen finanzieren die Länder weniger als fünf Prozent. Da dies weit unter dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt, wird die DRG-Fallpauschalenvergütung inzwischen – entgegen der gesetzlichen Vorgabe – allenthalben zur Investitionsfinanzierung genutzt. Bemerkenswert ist, dass mit der zunehmenden Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen keineswegs zusätzliche Mitspracherechte einhergehen. Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, sind die Folge.

Es ist zu begrüßen, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Handlungsbedarf in puncto Kapazitätsplanung erkannt hat und nun ein Strukturfonds eingerichtet werden soll, um den anstehenden Umstrukturierungsprozess voranzubringen. Der GKV-Spitzenverband hatte sich in seinen „14 Positionen für 2014“¹ für einen solchen Fonds ausgesprochen.

Positiv zu bewerten ist die Qualitätsorientierung. Ähnlich wie es auch der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier gefordert hat (vgl. „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes“²), soll unterschiedliche Qualität Konsequenzen haben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Qualitätsorientierung, warnt aber davor, von diesen Absichtserklärungen kurzfristig eine völlig veränderte Versorgungsrealität zu erwarten. Deutlich muss auf die Ausgabenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hingewiesen werden. Die finanzielle Mehrbelastung durch dieses Gesetz ist beitragsatzrelevant. Die gesetzlich induzierten Mehrausgaben könnten bereits im Zeitraum von 2016 bis 2018 um insgesamt 4,1 Mrd. Euro steigen.

Der Einzelkommentierung seien die folgenden grundsätzlichen Bemerkungen vorangestellt.

¹ Vgl. GKV-Spitzenverband: 14 Positionen für 2014. Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 04.09.2013. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_1414_Reform_Krankenhausversorgung_web_barrierefrei.pdf.

² Vgl. GKV-Spitzenverband: Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung. Positionen des GKV-Spitzenverbandes, beschlossen vom Verwaltungsrat am 03.09.2014. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_QualitaetsorientierteVersorgungssteuerung.pdf.

1 Strukturfonds: Konstruktionsmängel

Der geplante Strukturfonds wird begrüßt und kann ein Startschuss für ein erfolgreiches Programm zur Strukturbereinigung und Einleitung von Konzentrationsprozessen von stationären Versorgungsangeboten sein. Dieses Ziel wird dann erreicht, wenn vorrangig der Abbau oder die Umwidmung von stationären Versorgungskapazitäten in nicht akutstationäre Versorgungsangebote und die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten förderungswürdig ist. Die Bundesländer kommen ihrer Verantwortung in der Landeskrankenhausplanung immer weniger nach. Problematisch ist daher, dass die Länder sowohl als Antragsteller für die Auswahl von förderungsfähigen Vorhaben zuständig sein sollen als auch die zweckentsprechende Mittelverwendung überprüfen sollen. Die Kontrolle der Mittelverwendung sollte daher beim Bundesversicherungsamt (BVA) und nicht bei den Ländern liegen. Die vorgesehene Regelung birgt sonst die Gefahr der Zweckentfremdung von Beitragsgeldern zur Kompensation unterbliebener Investitionen.

2 Negativ: PKV nicht verpflichtend beteiligt

Die Mittel für die Strukturbereinigung werden gemäß vorliegendem Gesetzentwurf aus Mitteln des Gesundheitsfonds und damit allein von den gesetzlich Versicherten aufgebracht. Die private Krankenversicherung (PKV) hat die Möglichkeit, freiwillig diese Mittel aufzustocken. Es ist grundsätzlich unverständlich, warum die PKV nicht ebenfalls einen Pflichtbeitrag zur Finanzierung des Strukturfonds leisten muss.

3 Kritisch: Tendenz zur hausbezogenen Steuerung

Die Mengensteuerung erfolgt künftig über einen Fixkostendegressionsabschlag auf Hausebene. Getauscht wird eine dauerhafte basiswirksame Berücksichtigung von Mehrleistungen im Landesbasisfallwert gegen einen in der Regel fünfjährigen Fixkostendegressionsabschlag in unbestimmter Höhe und mit Ausnahmetatbeständen. Die Regelung wird in absehbarer Zeit zu unbegründeten Ausgabensteigerungen in Milliardenhöhe führen.

Der GKV-Spitzenverband sieht im vorliegenden Gesetzentwurf eine grundsätzlich falsche Weichenstellung: Das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“, das handlungsleitend bei der DRG-Einführung war, wird nun zugunsten hausbezogener Basisfallwerte aufgegeben. Mengen der Vergangenheit entscheiden über die Preise und nicht die aktuelle Leistung der Häuser. Zudem ist absehbar, dass die Krankenhausvergütung zum zweiten Mal in eine „Divergenzfalle“ läuft: Die Hausbasisfallwerte werden unterhalb der Landesbasisfallwerte liegen und der Ruf nach Abschaffung der jetzigen Regelungen ist schon jetzt absehbar.

4 Landesbasisfallwerte: Keine überzeugende Korridorlösung

Die Fehler der Landesbasisfallwertkonvergenz werden durch die angestrebten Anpassungen des Korridors nicht gelöst. Im Gegenteil: Die einseitige Belastung der Kostenträger durch die Konvergenz wird verstärkt. Um das bestehende Ungleichgewicht beseitigen zu können, müssen ab 2016 insbesondere folgende Kriterien unverzüglich umgesetzt werden: Ein symmetrischer Bundesbasisfallwertkorridor, eine den Landesbasisfallwertverhandlungen nachgelagerte Bundesbasisfallwertermittlung und die Streichung der Meistbegünstigungsklausel beim Veränderungswert.

Die Ausweitung des Verhandlungstatbestandes der Wirtschaftlichkeitsreserve um Produktivität im Landesbasisfallwert wird begrüßt. Entscheidend wird aber sein, ob es gelingt, die „allgemeine Produktivität“ gesetzlich und messbar zu operationalisieren (bspw. Verweildauerrückgang) bzw. von anderen Tatbeständen abzugrenzen.

5 Wichtiger Schritt: Qualitätsorientierung

Begrüßenswert ist die durchgängige Qualitätsorientierung des Gesetzentwurfes. Oft konnte in der Vergangenheit zwar mangelhafte Qualität festgestellt werden, es fehlte aber an Möglichkeiten, adäquat auf Qualitätsdefizite zu reagieren und in der Krankenhausplanung und der Vergütung Konsequenzen folgen zu lassen. Hierzu ist es notwendig, dass die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zukünftig konsequenter kontrolliert und durchgesetzt wird. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird bei der Überprüfung von Qualitätsvorgaben zukünftig eine wichtige Rolle spielen. Diese Prüfungen stellen einen wichtigen Bestandteil des Konzeptes zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsvorgaben des G-BA dar, ohne die eine qualitätsbasierte Planung und Vergütung nicht denkbar ist. Kritisch zu sehen sind allerdings die zahlreichen Ausnahmeregelungen im Gesetzentwurf; sie bergen die Gefahr, dass die Qualitätssicherung weiterhin ohne Konsequenzen bleibt.

6 Keine Finanzierung von „unzureichender“ Qualität!

Unbefriedigend sind die Gesetzesformulierungen zu Abschlägen bei „unzureichender“ Qualität. Die Unterschreitung von Mindestanforderungen darf nicht mit Abschlägen erfolgen. Krankenhäuser, die diese Vorgaben nicht erfüllen, dürfen die Leistungen zum Schutz der Patienten nicht mehr erbringen und sie dürfen nicht mehr von den Krankenkassen vergütet werden. Es sollte vielmehr klar geregelt werden, dass Krankenhäuser, die Leistungen unzureichender Qualität erbringen, von der Versorgung ausgeschlossen werden. Für unzureichende Leistungen unterhalb vorgegebener Qualitätsstandards sollte es keine Zahlungspflicht der GKV geben.

Neben dem Ausschluss unzureichender Qualität sollten sich qualitätsorientierte Zu- und Abschläge nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes auf „gute“ Qualität einerseits und „mindere“ Qualität im unteren Toleranzbereich andererseits beziehen. Die GKV will dabei nicht, dass Kassen „an schlechter Versorgung“ ihrer Versicherten verdienen und präferiert deshalb ein Modell, bei dem eine Umschichtung der finanziellen Mittel von den Leistungserbringern am unteren Rand des Toleranzbereichs zu den Leistungserbringern am oberen Rand oder denen, die sich stark verbessert haben ermöglicht.

7 Sektorenübergreifende Qualitätstransparenz noch nicht geregelt

Durch die alleinige Schwerpunktsetzung auf das Krankenhaus wird allerdings die sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschwächt. Die neuen Möglichkeiten gelten allesamt nicht für die ambulant tätigen Vertragsärzte, sodass insbesondere bei sektorenübergreifender Qualitätssicherung keine sektorenübergreifende Transparenz hergestellt wird (vgl. die jüngste G-BA-Richtlinie zu Herzkatheter-Eingriffen). Deshalb sind die analogen Schritte auch für die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit vergleichbaren Instrumenten und Regelungen nachzuvollziehen.

Um die Veröffentlichung von Qualitätsdaten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei Vertragsärzten (einschließlich Belegärzten) in gleicher Weise wie im Krankenhaus zu ermöglichen, hat der GKV-Spitzenverband bereits einen entsprechenden Gesetzesvorschlag für das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) eingebracht. Ergänzend sollte für den vertragsärztlichen Bereich eine Regelung geschaffen werden, die eine unabhängige und aussagekräftige Überprüfung der Einhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen durch Vertragsärzte ermöglicht.

Ein Teil der Leistungen wird im Krankenhaus von Belegärzten nach § 121 SGB V erbracht. Diese werden – da es sich um Vertragsärzte handelt – jedoch nicht durch die neuen Regelungen für die Qualitätssicherung im Krankenhaus einbezogen. Erfolgt hier keine Änderung, wird ein Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen zukünftig nicht unter die im KHSG vorgesehenen Regelungen fallen.

8 Abrechnungsprüfung: Fakultatives Schlichtungsverfahren

Mit den Änderungen zum Schlichtungsverfahren auf Landesebene werden die durch Krankenhäuser und Krankenkassen mehrfach aufgezeigten Probleme bei der Umsetzung des beabsichtigten außergerichtlichen Konfliktlösungsmechanismus behoben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gesetzgeber auf die gemeinsamen Bemühungen der Beteiligten auf Landes- und Bundesebene reagiert. Mit der fakultativen Ausgestaltung des Schlichtungsverfahrens wird die Voraussetzung geschaffen, bei deutlich geringerem Verwaltungsaufwand eine Einigung in Abrechnungstreitigkeiten herbeizuführen und damit Klageverfahren möglichst zu vermeiden.

9 Ausgabenprognose geschönt

Nicht nachzuvollziehen ist das Finanztableau zum Gesetzentwurf. So spricht der Text von Einsparpotenzialen „in dreistelliger Millionenhöhe“, ohne dass auch nur ansatzweise plausibel wäre, woher diese Einsparungen kommen. Auch fehlt der Hinweis, dass die Kassen aufgrund der GKV-VSG-Regelungen für Mehrausgaben im Bereich von Hochschulambulanzen in einer Größenordnung von 265 Mio. Euro (vgl. Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe) jährlich belastet werden sollen. Zudem werden die Mehrkosten aufgrund der Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Hausebene anders als im Eckpunktepapier ebenfalls nicht mehr ausgewiesen. Die beitragsatzrelevanten Mehrbelastungen des Gesetzes sollten den gesetzgebenden Entscheidungsträgern vollständig transparent gemacht werden.

Insgesamt begrüßt die GKV die Reformansätze. Sie werden allerdings nicht ausreichen, um die Problematik fehlender Investitionsmittel der Länder zu lösen. Die finanziellen Auswirkungen seien im Folgenden gesondert dargestellt.

Abschätzung der finanziellen Auswirkungen

Im Gesetzentwurf werden Belastungen für die GKV bis zum Jahr 2020 in Höhe von 5,3 Mrd. Euro angeführt. Im Vergleich zu 2015 steigen die Ausgaben für 2016 um 0,5 Mrd. Euro, für 2017 um 0,9 Mrd. Euro, 2018 um 1,2 Mrd. Euro, 2019 um 1,3 Mrd. Euro und 2020 um 1,4 Mrd. Euro.

Die wesentlichen Mehrbelastungen resultieren aus den folgenden Regelungen:

- Für den Strukturfonds zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 500 Mio. Euro entnommen.
- Das Pflegestellen-Förderprogramm führt im Jahr 2016 zu Mehrbelastungen in Höhe von 100 Mio. Euro, die bis 2018 auf 300 Mio. Euro ansteigen. Kumuliert bedeutet dies Mehrausgaben von 600 Mio. Euro bis 2018.
- Zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren entstehen ab 2017 Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 180 Mio. Euro jährlich. Für das Jahr 2016 ist mit 90 Mio. Euro Mehrausgaben zu rechnen.
- Über Sicherstellungszuschläge wird die GKV ab 2017 mit jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rd. 90 Mio. Euro belastet.
- Durch die Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Beschlüssen des G-BA entstehen für die Krankenkassen ab 2016 zusätzliche Ausgaben in Höhe von 90 Mio. Euro jährlich. Hierin sind die Kosten der Nachfinanzierung der Umsetzung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des G-BA noch nicht berücksichtigt.
- Die Regelungen zur Fortführung der Konvergenz der Landesbasisfallwerte führt zu Mehrausgaben von rd. 70 Mio. Euro im Jahr 2016, rd. 60 Mio. Euro im Jahr 2017, rd. 50 Mio. Euro im Jahr 2018, rd. 45 Mio. Euro im Jahr 2019 und rd. 40 Mio. Euro im Jahr 2020.
- Die neu einzuführenden Qualitätszu- und -abschläge werden ab 2018 zu jährlichen Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 54 Mio. Euro führen.
- Die Absenkung des Investitionskostenabschlags für Krankenhausambulanzen führt zu jährlichen Mehrausgaben ab dem Jahr 2016 in Höhe von 40 Mio. Euro.
- Die Ausweitung klinischer Sektionen belastet die GKV ab 2017 mit jährlichen Mehrausgaben in Höhe von 18 Mio. Euro. In Abhängigkeit von der angestrebten Zielquote kann der Betrag jedoch deutlich höher ausfallen.

Allerdings werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wesentliche Bereiche in der Schätzung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) außen vorgelassen:

- Die Mehrkosten für Hochschulambulanzen in Höhe von jährlich 265 Mio. Euro (vgl. Eckpunkt Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe) wurden nicht berücksichtigt, da diese Änderungen bereits im GKV-VSG umgesetzt wurden. Dennoch sind diese Teil der Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe und damit der Krankenhausreform.
- Zudem wurden die Mehrkosten aufgrund der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene anders als im Eckpunkt Papier der Bund-Länder-

Arbeitsgruppe nicht mehr ausgewiesen. Im Rahmen der Eckpunkte wurden diese noch mit basiswirksamen 140 Mio. Euro ab 2017 veranschlagt. Dieser Posten ist nun ohne Begründung entfallen. Eine kostenneutrale Umsetzung der Verlagerung der Degressionswirkung ist aber aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich.

- Sollte beim Orientierungswert die Meistbegünstigungsklausel nun trotz einer Vereinbarung im Eckpunktepapier nicht gestrichen werden, wird dies zu weiteren basiswirksamen Mehrausgaben führen. Allein in 2015 verursacht dieser Effekt unberechtigte Mehrausgaben in Höhe von 700 Mio. Euro.
- Im Rahmen der prognostizierten Finanzwirkungen wird im Bereich der Mehrkosten aufgrund von Beschlüssen des G-BA und für die weitere Konvergenz der Landesbasisfallwerte von nicht basiswirksamen Mehrkosten ausgegangen. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht.

Wenn diese Aspekte mit in die Abschätzung der Mehrausgaben einbezogen werden, steigen die Ausgaben anders als vom BMG prognostiziert bereits bis 2018 nicht um 2,6 Mrd. Euro, sondern um 4,1 Mrd. Euro. Diese Steigerungen fallen zusätzlich zu den regulären jährlichen Ausgabesteigerungen in Höhe von mehr als 2 Mrd. Euro an.

Maßnahme	Krankenhausreform (KHSG und weitere Maßnahme der BLAG) GKV-Schätzung (nur GKV)				
	Finanzwirkung (in Mio. Euro)				
	2016	2017	2018	2019	2020
Qualitätszu- und -abschläge	0	0	54	54	54
Sicherstellungszuschläge	0	90	90	90	90
Zentrumszuschläge	90	180	180	180	180
Mehrkosten von GBA-Beschlüssen*	90	180	270	360	450
Landesbasisfallwert-Konvergenz	70	130	180	225	265
Mengenberücksichtigung: von Landes- auf die Hausebene		140	280	420	560
Pflegestellenförderprogramm	100	200	300	300	300
Begrenzung Investkostenabschlag für KH-ambulanzen	40	40	40	40	40
Strukturfonds	100	200	200		
klinische Sektionen	0	18	18	18	18
<i>Hochschulambulanzen**</i>	<i>265</i>	<i>265</i>	<i>265</i>	<i>265</i>	<i>265</i>
Gesamt	755	1.443	1.877	1.952	2.222

* noch nicht enthalten sind die Kosten der Nachfinanzierung der Umsetzung der G-BA Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

**Maßnahme beschlossen im Rahmen der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform, Umsetzung im GKV-VSG

Einsparpotenziale

In dem Gesetzentwurf wird zudem ausgeführt, dass den Mehrausgaben Einsparpotenziale in dreistelliger Millionenhöhe gegenüberstehen. Diese sollen durch Struktureffekte wie z. B. die neuen Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätsorientierung, die zielgenauere Ausgestaltung der Mengensteuerung oder den Strukturfonds realisiert werden. Diese optimistische Sichtweise wird nicht vom GKV-Spitzenverband geteilt.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 1

§ 1 Abs. 1 KHG – Grundsatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das KHG regelt künftig nicht nur die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten, sondern auch um eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung zu garantieren.

B) Stellungnahme

Es ist überfällig, das Kriterium einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung auch im KHG zu verankern. Die Gesetzesänderung ist notwendig, um Qualitätssicherung und Landeskrankenhausplanung wirksam zu verknüpfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 2

§ 6 Abs. 1a KHG – Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhausplanung und Qualität

Die Empfehlungen des G-BA zu planungsrelevanten Indikatoren werden Bestandteil der Krankenhauspläne, es sei denn, die jeweilige Landesregierung oder deren oberste Landesbehörde schließen dies durch Landesrecht aus. Die Länder können weitere Qualitätsanforderungen in den Krankenhausplänen definieren.

B) Stellungnahme

Krankenhausplanung und Qualität

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 15

Es wird begrüßt, dass die Empfehlungen des G-BA zunächst Konsequenzen für die Krankenhauspläne haben sollen. Überzeugender wäre es, wenn dem G-BA in diesem Punkt eine Richtlinienkompetenz zugesprochen würde, um die Indikatoren tatsächlich verbindlich zu machen.

Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund länderspezifischer Versorgungssituationen Abweichungen zugelassen werden sollen. Solche Ausnahmen sollten sich jedoch nur auf konkrete Fragestellungen bzw. Versorgungssituationen beziehen. Planungsrelevante Indikatoren grundsätzlich nicht zu akzeptieren, so wie es die im Gesetzentwurf formulierte Möglichkeit zulässt, eine generelle Ausschlussklausel im Landesrecht vorzusehen, wird dem Patientenschutz hingegen in keiner Weise gerecht. Wenn die Länder in Ausnahmefällen von den Qualitätsvorgaben der Bundesebene abweichen, muss dies begründungspflichtig sein. Hilfreich wäre die Definition klarer Kriterien, in welchen Fällen ein Abweichen von den Qualitätsvorgaben zulässig sein soll.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1a wird „Die Empfehlungen“ ersetzt durch „Die Richtlinien“.

In Absatz 1a wird in Satz 2 „Landesrecht“ ersetzt durch „Landeskrankenhausgesetz“.

In Absatz 1a wird in Satz 2 gestrichen: „ganz oder teilweise ausgeschlossen“.

In Absatz 1a wird nach Satz 2 angefügt: „Eine Einschränkung ist nur bei Unterversorgung zulässig. Die Nichtanwendung der Qualitätsanforderungen ist an geeigneter Stelle zu veröffentlichen.“

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 3

§ 8 Abs. 1a bis 1c KHG – Voraussetzungen der Förderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhausplanung und Qualität

Die Absätze 1a und 1b verknüpfen die Krankenhausplanung mit den Qualitätsvorgaben des G-BA, um „dem hohen Schutzgut des Allgemeinwohls“ (vgl. Gesetzesbegründung) gerecht zu werden. Absatz 1c formuliert die Option, dass die Länder nach § 6 Abs. 1a davon abweichen können.

Weichen Krankenhäuser nicht nur vorübergehend von den planungsrelevanten Indikatoren ab und weisen sie in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität auf, dürfen sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden bzw. müssen aus diesem per Feststellungsbescheid herausgenommen werden, wenn es sich bereits um Plankrankenhäuser handelt. Letzteres gilt auch, wenn wiederholt Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a KHEntgG vereinbart wurden.

Darüber hinaus wird die Qualität als vorrangiges Kriterium gegenüber der Vielfalt der Krankenhausträger festgelegt.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Nr. 2 und zu Artikel 6 Nr. 15

Es wird begrüßt, dass ein erster Schritt zu einer verbindlicheren Verknüpfung von Qualitätsvorgaben des G-BA nach § 136c Abs. 2 SGB V mit der Landeskrankenhausplanung unternommen wird. Die Formulierung enthält jedoch unverbindliche Rechtsbegriffe: Was ist eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität? Bedeutet „wiederholt“ in Bezug auf die Qualitätsabschläge zwei Jahre in Folge oder sogar mehrere Jahre? Diese aufweichenden bzw. unkonkreten Begriffe lassen befürchten, dass Qualität über den Krankenhausplan nur halbherzig umgesetzt werden soll. Gleiches gilt für die in Absatz 1c formulierte Aufweichregelung.

Zuzustimmen ist der Regelung, dass Qualität vor der Vielfalt der Krankenhausträger gilt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1a ist „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen“ zu ersetzen durch „länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen“.

Absatz 1b ist folgendermaßen zu formulieren: „Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen, oder für die länger als ein Jahr Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a KHEntgG vereinbart sind, ist der Versorgungsauftrag zu entziehen.“

Absatz 1c wird gestrichen.

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 4

§ 10 Abs. 1 und 2 KHG – Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung wird vorgegeben, dass für die Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Abs. 2 entsprechend der Vorgaben nach § 17b Abs. 3 Sätze 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen ist. Ähnlich wie bei den Kalkulationen der Entgeltsysteme nach § 17b und § 17d ist dies bislang nicht gewährleistet. So beteiligen sich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen z. B. Krankenhäuser in privater Trägerschaft bislang nicht. Durch eine repräsentative Kalkulationsgrundlage soll entsprechenden Mängeln begegnet werden. Dabei ist davon auszugehen, dass eine repräsentative Kalkulationsgrundlage nicht in einem Schritt, sondern erst nach und nach realisiert werden kann. Im Falle der Nichteinigung auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage (inkl. Maßnahmen zu seiner effektiven Umsetzung) wird die Anrufung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 eröffnet.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7b

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7b

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 5

§§ 12 bis 14 KHG – Strukturfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den neuen §§ 12 bis 14 wird für die Jahre 2016 bis 2018 auf Bundesebene ein Fonds errichtet (Strukturfonds), aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Es werden einmalig GKV-Mittel von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Die PKV hat die Möglichkeit, freiwillig diese Mittel aufzustocken. Vorhaben werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag zusätzlich leisten. Insgesamt steht damit ein Betrag von bis zu 1 Mrd. Euro zur Verfügung. Der Betrag wird nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Damit wird festgelegt, in welcher Höhe jedem Land Mittel zur Abrufung aus dem Strukturfonds zur Verfügung stehen. Bedingung für die Förderung von Vorhaben ist, dass das Land im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittliche Höhe ihrer Mittel zur Investitionsförderung der Jahre 2012 bis 2014 beibehält. Wird der einem Land zustehende Anteil durch diese Anträge nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Mittel von anderen Ländern abgerufen werden.

Aus dem Fonds können neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben. Gefördert werden dürfen nur neue Vorhaben. Die Länder haben aber die Möglichkeit, den Träger der Einrichtung, der gefördert werden soll, an der Finanzierung des Vorhabens zu beteiligen. In diesem Fall ist der Finanzierungsanteil des Trägers auf den Anteil des Landes anzurechnen.

Das Nähere über die Kriterien der Förderung und das Verfahren zur Vergabe wird vom BMG durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bestimmt. Die Entscheidung darüber, welche Vorhaben gefördert werden sollen, trifft das Land im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Das Land kann andere Institutionen in den Abstimmungsprozess für die Förderentscheidung einbeziehen. Es besteht kein Anspruch auf Förderung aus dem Strukturfonds.

Das BVA gibt in Abstimmung mit dem BMG und dem Bundesministerium der Finanzen eine Auswertung in Auftrag. Zwischenberichte sind den beiden Ministerien jährlich vorzulegen.

B) Stellungnahme

Der geplante Strukturfonds wird begrüßt und kann ein Startschuss für ein erfolgreiches Programm zur Strukturbereinigung sein. Angesichts von Überkapazitäten muss nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein sozialverträglicher und geregelter Marktaustritt ermöglicht werden. Ebenfalls ist die Förderung von bedarfs- und qualitätsorientierten Konzentrationsprozessen sinnvoll. Es ist gut, dass zu diesem Zweck ein Bundesfonds eingerichtet werden soll. Ausgehend von der Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds ist es folgerichtig, die Krankenkassen auf Landesebene an der Entscheidung über die Förderung von Maßnahmen zu beteiligen.

Die Bundesländer kommen ihrer Verantwortung in der Landeskrankenhausplanung immer weniger nach. Bedauernswert ist, dass das problematische Auseinanderfallen von Krankenhausplanung durch die Länder und schleichender monistischer Finanzierung durch die Krankenkassen nicht gelöst wird. Der Strukturfonds kann demnach dazu beitragen, Überkapazitäten abzubauen, wird aber die zugrunde liegende Ursache nicht beseitigen. Die Bundesländer können auch weiterhin Überkapazitäten planen und den Versicherten der GKV die Folgekosten übertragen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind im Gesetzgebungsverfahren insbesondere folgende, kritische Punkte zu adressieren:

PKV-Beteiligung sicherstellen

Die PKV profitiert in gleichem Maße vom Abbau der Überkapazitäten und ist demnach entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen verpflichtend an dem Strukturfonds zu beteiligen. Die PKV sollte vor diesem Hintergrund die Mittel des Strukturfonds um einen Betrag in Höhe von 50 Mio. Euro erhöhen. Die Beteiligung der PKV sollte direkt an das BVA (wie auch bei der Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Abs. 2 SGB V) oder durch einen Zuschlag auf die Leistungsentgelte erfolgen; die Mittel sind in diesem Fall von den Krankenhäusern an das BVA abzuführen.

Förderzweck: Vorrang für Standortschließung

Ferner muss klargestellt werden, dass vorrangig die Schließung oder Umwandlung von kompletten Krankenhausstandorten oder Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungsangebote sowie die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten förderungswürdig ist. Zur Einleitung von Konzentrationsprozessen kann auch die Schließung von Fachabteilungen gefördert werden. Es muss jedoch ausgeschlossen werden, dass ein Bundesland einen kompensatorischen Aufbau der Kapazitäten vornimmt, die im Einzugsgebiet des Standortes stehen. Nur so können Mitnahmeeffekte und Fehlanreize ausgeschlossen

werden. Mitnahmeeffekte sind auch auszuschließen, indem keine bereits beschlossenen Krankenhausschließungen gefördert werden.

Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung

Problematisch ist, dass die Länder sowohl als Antragssteller für die Auswahl von förderungsfähigen Vorhaben zuständig sein sollen als auch die zweckentsprechende Verwendung überprüfen sollen. Damit werden elementare Regeln zur Vermeidung von Interessenskonflikten verletzt. Stattdessen sollte vorgesehen werden, dass das BVA zweckentsprechende Mittelverwendung verantwortet.

Investitionsquoten einhalten

Zumindest müssen die jetzt schon zu niedrigen Investitionsquoten künftig weiterhin erfüllt werden. Begrüßenswert ist daher, dass eine Förderbedingung formuliert wurde, die vorsieht, dass die Länder auch weiterhin die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2012 bis 2014 über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten. Fraglich ist, ob eine Selbstverpflichtung der Länder ausreicht. Es sollte daher klargestellt werden, dass das BVA einmal jährlich prüft, ob die Bundesländer die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2012 bis 2014 weiterhin über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten.

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die inhaltlichen Ausführungen sehen ein Volumen von 500 Mio. Euro für den Strukturfonds vor. Die Fortsetzung des Fonds nach 2018 ist noch offen. Kurzfristige Einsparungen durch den Abbau von Überkapazitäten sind nicht quantifizierbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 12 ist wie folgt anzupassen:

§ 12 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Mio. Euro errichtet (Strukturfonds). ~~Im Fall einer Die finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an der Förderung nach Satz 1 erhöhen die Mittel des Strukturfonds um 50 Mio. Euro; die Mittel sind über den Verband der privaten Krankenversicherung einzuziehen und an das Bundesversicherungsamt abzuführen sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag.~~ Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäu-

serten in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; **stationäre Hospize** ~~palliative Versorgungsstrukturen~~ sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 5 und nach § 14 Satz 3, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 01.01.2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind.

(2) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 1 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2016 ~~noch nicht~~ **weder** begonnen hat **noch beschlossen worden ist**,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - 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 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht,
 - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen,
4. die in Absatz 3 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Abs. 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nr. 2 und auf die in den Jahren 2016 bis 2018 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nr. 3 Buchstabe a angerechnet werden. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge, ~~und~~ weist die Mittel zu **und prüft die zweckentsprechende Verwendung der Mittel**. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzahlen, ~~wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist~~. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere das Nähere

1. zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,

2. zur Verteilung der nicht ausgeschöpften Mittel nach Absatz 1 Satz 5,
3. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1,
4. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

§ 13 ist wie folgt anzupassen:

§ 13 Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Die Krankenhausträger können beim Land Anträge auf Förderung von Vorhaben stellen. Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann Antrag auf Förderung beim Bundesversicherungsamt gestellt werden soll. **Die Ablehnung einer Kofinanzierung von Vorhaben, für die von Krankenhausträgern beim Land ein Antrag eingereicht wurde, ist vom Land zu begründen und gegenüber dem Antragsteller darzulegen.** ~~Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen.~~ Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. ~~Die Länder~~ **Das Bundesversicherungsamt prüft** ~~prüfen~~ die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.

§ 14 ist wie folgt anzupassen:

§ 14 Auswertung der Wirkungen der Förderung

Das Bundesversicherungsamt gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm oder der beauftragten Stelle von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, erstmals zum 31. Juli 2017 vorzulegen. Die Aufwendungen für die Auswertung werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Auf der Grundlage der Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vor.“

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 6

§ 17a Abs. 3 Satz 10 KHG – Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Neustrukturierung der Zu- und Abschläge des § 17b Abs. 1a.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7a

§ 17b Abs. 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absenkung der Bewertungsrelationen/Sinkende Sachkosten

Da die Vertragsparteien auf Bundesebene bislang nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gezielt abzusenken oder (in Abhängigkeit von der Fallzahl) abzustufen, wird diese Option nun verbindlich vorgegeben.

Mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zum Abbau der Übervergütung vereinbart werden. Dies kann durch eine möglichst sachgerechte Abbildung der Kostenverhältnisse gelingen. Um dies zu gewährleisten, wurden die Anforderungen an die Qualität der zu übermittelnden Kostendaten und die hierfür erfolgenden Plausibilisierungsprüfungen sukzessive während des Entwicklungsprozesses des Entgeltsystems ausgebaut. Zudem werden zusätzlich zu den regulären Datenlieferungen der Kalkulationshäuser ergänzende Daten erhoben.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis spätestens zum 30.06.2016 ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der kalkulierten DRG-Fallpauschalen zu vereinbaren. Das Konzept ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickeln. Gelingt eine Einigung nicht, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 die ausstehenden Entscheidungen.

Besondere Einrichtungen: Palliativstationen

Durch die vorgesehene Ergänzung wird für Palliativstationen oder -einheiten die Option zur Verhandlung von krankenhausespezifischen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalisierten Entgelten gestärkt. Dazu wird diesen gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausespezifische Entgelte vereinbaren möchten.

B) Stellungnahme

Absenkung der Bewertungsrelationen/Sinkende Sachkosten

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Bemühungen, eine bessere Abbildung der Sachkosten im DRG-System sicherzustellen. Er hat wiederholt auf die negativen Anreize zur ökonomisch

induzierten Mengenausweitung hingewiesen („Der Preis macht die Menge“). Gleichzeitig ist bei sachkostenintensiven Leistungen ein starker Preisverfall zu beobachten. Die der Kalkulation zugrunde liegenden zwei Jahre alten Kostendaten sind somit in vielen Fällen überhöht. Darüber hinaus werden Krankenhäuser nicht auf Basis ihrer Durchschnittskosten vergütet, sondern mit dem Landesbasisfallwert, der deutlich über den durchschnittlichen Kosten liegt. Die so bei sachkostenintensiven Leistungen entstehenden Deckungsbeiträge sorgen für aus ökonomischen Gründen steigende Leistungsmengen. Um diesen Effekten entgegenzuwirken, ist eine schnellere Anpassung der Kalkulation an aktuelle Preisdaten sinnvoll. Insbesondere sollten dabei auch die in Euro kalkulierten Zusatzentgelte einer intensiven Betrachtung unterzogen werden. Auch hier muss eine Absenkung des Eurobetrages ermöglicht werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte mit dieser Regelung verstärkt auf das bereits im Rahmen der Kalkulation durch das InEK genutzte Instrument der „ergänzenden Datenbereitstellung“ zurückgegriffen werden. Die schnelle, gesonderte Erhebung tatsächlicher Sachkostenpreise ist ein wichtiger Beitrag zur sachgerechten Vergütung der Krankenhäuser ohne Fehlanreize.

Um dem InEK ausreichend Zeit einzuräumen, die Vereinbarung in der Kalkulation des DRG-Katalogs zu berücksichtigen, erscheint eine Vereinbarung zum 31.03.2017 sachgerecht.

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die beabsichtigte Regelung sorgt für eine Umverteilung der Mittel und ist kostenneutral. Da der Gesamtcasemix in der Kalkulation zwischen zwei DRG-Katalogen unverändert bleibt („konstanter nationaler Casemix“), kommt es durch die Maßnahme zu Verschiebungen zwischen den Relativgewichten. Durch die neuen Relativgewichtsrelationen verändern sich jedoch die Deckungsbeiträge der einzelnen DRGs. Die hierdurch entstehenden Mengeneffekte sind nicht quantifizierbar.

Besondere Einrichtungen: Palliativstationen

Im Krankenhausbereich erfolgt die Finanzierung der Palliativstationen derzeit entweder im Rahmen des DRG-Systems über bundesweit einheitliche Zusatzentgelte für die palliativmedizinische Komplexbehandlung (neben den jeweiligen Fallpauschalen) oder krankenhausspezifisch im Rahmen von sog. „Besonderen Einrichtungen“ über tagesgleiche Pflegesätze. Änderungen der maßgeblichen „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE)“ sind diesbezüglich seitens der Selbstverwaltungspartner derzeit nicht geplant.

Der momentan existierende Mechanismus der jährlichen Vereinbarung der Ausnahmen aus dem DRG-System im Rahmen der VBE ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sinnvoll und entspricht dem Grundgedanken eines lernenden Vergütungssystems. Die Weiterentwicklungen der Vergütungssystematik hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch weitere Be-

reiche, von denen es klassischerweise nicht erwartet wird, immer besser über die DRG-Systematik abgebildet werden konnten und grundsätzliche Ausnahmen nicht länger notwendig waren (Beispiel Kinderkliniken).

Auch im Rahmen der Palliativversorgung sind Weiterentwicklungen nicht unüblich. So wurde die DRG-Vergütungssystematik zuletzt in 2014 mit einem neuen Zusatzentgelt für eine „Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ weiter ausdifferenziert. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Abbildung dieses Leistungsbereiches in den kommenden Jahren entwickelt.

Mit der Finanzierung über das DRG-System werden daneben direkte Anreize für eine qualitativ gute palliativmedizinische Versorgung gesetzt. Es gibt über die in den entsprechenden OPS-Kodes festgeschriebenen Struktur- und Leistungsanforderungen einen direkten Bezug zu qualitativ hochwertiger Leistungserbringung und deren Vergütung.

Vor diesem Hintergrund gibt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine Notwendigkeit, von der bisherigen Vereinbarungslösung über die VBE 2015 abzuweichen und eine gesetzliche Wahlmöglichkeit festzuschreiben. Durch die Schaffung dieses Präzedenzfalls, dem ggf. weitere Leistungsbereiche folgen könnten, würde hingegen die Akzeptanz von Vereinbarungslösungen der Selbstverwaltungspartner und des DRG-Systems insgesamt unnötig geschwächt.

Bei einer Beibehaltung der Neuregelung ist zusätzlich eine umfassendere Vorgabe von strukturellen Voraussetzungen, insbesondere in Form von Mindestqualifikationsstandards für das Personal einer Palliativstation durch den G-BA vorzusehen. Die vorzuhaltende Strukturqualität für eine Behandlung in einer Palliativstation muss dabei wenigstens den Mindestmerkmalen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Code 8-982) entsprechen.

Daneben sollte den Kostenträgern gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, unangekündigt die vorgehaltene Personalausstattung vor Ort im Krankenhaus zu überprüfen. Sollte den Kostenträgern keine Möglichkeit der Überprüfung der vereinbarten Personalvorhaltungen zugestanden werden, besteht das Risiko, dass das zur Verbesserung der palliativen Versorgung bereitgestellte Geld zweckentfremdet wird.

C) Änderungsvorschlag

Absenkung der Bewertungsrelationen/Sinkende Sachkosten

In Absatz 1 Satz 6 werden die Fristen angepasst, hierzu werden die Wörter „30. Juni 2016“ durch „31. März 2017“ und „für das Jahr 2017“ durch „für das Jahr 2018“ ersetzt.

In Absatz 1 Satz 6 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „oder der Eurobeträge für Zusatzentgelte“ eingefügt.

Besondere Einrichtungen: Palliativstationen

Streichung der Neuregelung

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7a

§ 17b Abs. 1a KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Qualitätszu- und -abschläge, Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte des pauschalierenden Vergütungssystems einbezogen sind, können Zu- oder Abschläge vereinbart werden. Neu ist hier die Nennung der Qualitätszu- und -abschläge und der Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse. Nach Absatz 1a Nr. 3 kann es diese für außerordentlich gute oder unzureichende Qualität geben, nach Nr. 4 für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen der Qualitätssicherung wie Fehlermeldesystemen, nach Nr. 5 als befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA.

B) Stellungnahme

Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d und Artikel 6 Nr. 15

Es wird begrüßt, dass in Absatz 1a Nr. 3 den Krankenkassen und Krankenhäusern ein weiteres Instrument an die Hand gegeben wird, um das pauschalierte Vergütungssystem mit der Qualitätssicherung zu verknüpfen.

Neben dem Ausschluss unzureichender Qualität sollten sich qualitätsorientierte Zu- und Abschläge nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes aber auf „gute“ Qualität einerseits und „mindere“ Qualität im unteren Toleranzbereich andererseits beziehen. Grundvoraussetzung für eine Vergütung ist allerdings, dass die Qualität der Leistung nicht unzureichend ist.

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d, Nr. 9a und Nr. 10c

Befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Beschlüssen des G-BA – sofern sie noch nicht bei der DRG-Kalkulation und den Zusatzentgelten berücksichtigt werden konnten – sind durch die bestehenden Regelungen im Krankenhausfinanzierungsrecht bereits abgegolten.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a Nr. 5 ist zu streichen.

Hilfsweise Absatz 1a Nr. 5 belassen, sofern eine Korrektur in § 10 KHEntgG unter Artikel 2 Nr. 10 erfolgt.

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7b

§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Neustrukturierung der Zu- und Abschläge des § 17b Abs. 1 und 1a.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7c

§ 17b Abs. 3 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kalkulationen der stationären Entgeltsysteme nach § 17b und § 17d basieren auf Istkos- tendaten und Istleistungsdaten von Krankenhäusern. Da die Entgeltsysteme auf einer freiwilligen Kalkulationsbeteiligung beruhen, können derzeit einzelne Trägergruppen oder Leistungs- bereiche in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert sein oder sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen. Die bestehende freiwillige Stichprobe soll durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser oder andere geeignete Maß- nahmen ergänzt werden, um eine sachgerechte und repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen. Die Selbstverwaltungspartner werden verpflichtet, auf der Grundlage eines vom InEK zu erarbeitenden Vorschlags ein Umsetzungskonzept zu entwickeln und bis zum 31.12.2016 zu vereinbaren. Die Selbstverwaltungspartner erhalten in diesem Kontext die Be- fugnis, geeignete Krankenhäuser mit verbindlicher Wirkung zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, eine verpflichtende Kalkulationsteil- nahme effektiv durchzusetzen, z. B. durch spürbare Sanktionsmaßnahmen im Falle von Kal- kulationsverweigerung oder eingeschränkt nutzbaren Kalkulationsdaten. Im Konfliktfall ent- scheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt und begegnet der Problematik angemessen. Ent- scheidend ist, dass die im Paragrafenteil und Gesetzesbegründung vorgesehenen Maßnah- men zur effektiven Durchsetzung der verpflichtenden Kalkulationsteilnahme verankert wer- den bzw. durch die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene zu vereinbaren sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7d

§ 17b Abs. 4 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschriften zur optionalen Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 werden rechtsberichtigend gestrichen.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7e

§ 17b Abs. 5 Satz 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass mit dem DRG-Systemzuschlag alle Kalkulations- und Entwicklungsaufgaben im Zusammenhang mit den stationären pauschalisierten Entgeltsystemen abgedeckt sind, einschließlich der auf der Bundesebene erfolgenden Entwicklung und Kalkulation von Zu- und Abschlägen. Bei Bedarf ist zur Deckung der zusätzlichen Entwicklungs- und Kalkulationsaufgaben der DRG-Systemzuschlag von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend zu erhöhen.

B) Stellungnahme

Die geplante Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7f

§ 17b Abs. 6 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7g

§ 17b Abs. 7 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Falle der Nichteinigung auf ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der DRG-Bewertungsrelationen nach Absatz 1 Satz 6 oder auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage (inkl. Maßnahmen zu seiner effektiven Umsetzung) nach Absatz 3 Satz 6 wird die Anrufung der Bundesschiedsstelle eröffnet.

B) Stellungnahme

Die strukturelle Neuordnung der Regelungen des § 17b in den Absätzen 1 und 1a und die damit verbundene Stärkung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG als Konfliktlösungsmechanismus wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Insofern ist es sachgerecht, dass für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf ein Konzept zur sachgerechten Korrekturen des Sachkostenanteils in den DRG-Bewertungsrelationen oder auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage einigen, die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG entscheidet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7h, i

§ 17b Abs. 8 und 9 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 7j

§ 17b Abs. 10 Satz 1 KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 17b Abs. 1 KHG.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 8

§ 17c KHG – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 c SGB V und die Bildung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene wird der bislang auf die jeweils erstmalige Vereinbarung begrenzte Konfliktlösungsmechanismus generell ermöglicht.

Das Schlichtungsverfahren auf Landesebene wird in Absatz 4 neu gefasst, anstelle der Landesschlichtungsausschüsse können nun unabhängig vom Streitwert auf freiwilliger Basis unabhängige Schlichtungspersonen entscheiden. Es findet nur eine eingeschränkte sozialgerichtliche Kontrolle statt. Eine Kostenregelung wurde ergänzend aufgenommen. Die Anpassung des Absatzes 4b ist eine Folgeänderung zur Neufassung des Absatzes 4.

Mit der Streichung des Absatzes 4a entfällt die Verpflichtung, auf Bundesebene ein Prüfverfahren zur sekundären Fehlbelegung auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG modellhaft zu erproben.

B) Stellungnahme

Durch das Beitragsschuldengesetz wurden mit Wirkung zum 01.08.2013 diverse Neuregelungen zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern in das KHG aufgenommen und bereits durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) geändert. Die nun vorgeschlagenen Änderungen zum Schlichtungsverfahren auf Landesebene werden ausdrücklich begrüßt. Das Schlichtungsverfahren wird als freiwilliges Verfahren der Beteiligten angelegt, die bisherige Grenze von 2.000 Euro für die zwingende Durchführung des Schlichtungsverfahrens entfällt folgerichtig. Der mit der Einrichtung der Landesschlichtungsausschüsse verbundene Verwaltungsaufwand kann damit entfallen. Die Regelung der gemeinsamen Kostentragung für die Schlichtungsperson durch die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien dient der Klarstellung und wird ebenfalls begrüßt.

Die Streichung der modellhaften Erprobung von Auffälligkeitsprüfungen auf Basis von Daten nach § 21 KHEntgG wird begrüßt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene stimmen überein, dass auf dieser Datenbasis kein relevanter Erkenntnisgewinn zu erwarten ist.

Es handelt sich damit um sinnvolle und notwendige Anpassungen der gesetzlichen Regelungen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 41 von 179

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 9

§ 17d KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Bereich des pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen soll entsprechend der Vorgaben nach § 17b Abs. 3 Sätze 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufgebaut werden. Soweit die von den Selbstverwaltungspartnern zu treffenden Entscheidungen nicht zustande kommen, hat nach Absatz 6 Satz 6 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 die ausstehenden Entscheidungen auf Antrag einer Vertragspartei treffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Vgl. Artikel 1 Nr. 7b

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 1

Anpassung der Inhaltsübersicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Bereinigung der Inhaltsübersicht

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 2

§ 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG – Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 17b und § 17d KHG

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 3a

§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 KHEntgG – Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neuregelung des Entlassmanagements nach einer Krankenhausbehandlung in § 39 Abs. 1a SGB V durch das GKV-VSG.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 3b

§ 2 Abs. 2 KHEntgG – Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zentrumsbegriff und die besonderen Aufgaben von Zentren werden neu gefasst. Zentren sollen sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden. Die Zentren sind im Krankenhausplan oder durch eine gleichartige Festlegung im Einzelfall auszuweisen. Besondere Aufgaben können nur Leistungen sein, die nicht bereits durch Fallpauschalen, sonstige Entgelte des KHEntgG oder nach Regelungen des SGB V, z. B. § 65c SGB V (klinische Krebsregister), vergütet werden. Weiter wird klargestellt, dass besondere Aufgaben auch Leistungen umfassen können, die nicht in der unmittelbaren stationären Patientenversorgung bestehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt. Es ist bereits seit vielen Jahren eine Forderung der GKV gewesen, dass Zentren und Schwerpunkte einer planungsrechtlichen Verankerung bedürfen. Insofern begrüßt es der GKV-Spitzenverband, dass die besonderen Aufgaben einer Festlegung im Krankenhausplan oder durch Einzelfestlegungen bedürfen. Die Klarstellung, dass als besondere Aufgaben nur Leistungen gelten, die nicht bereits durch anderweitige Finanzierungsregelungen vergütet werden, ist ebenfalls sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4a

§ 4 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Bereinigung des Jahresbezuges

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4b

§ 4 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass das von den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbarende Erlösbudget nicht Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V umfasst. Eine entsprechende Regelung ist bereits Bestandteil der Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4c

§ 4 Abs. 2a KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene im Jahr 2017 wird die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft. Zur Vermeidung von Fehlanreizen unterliegen auch die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag. Für das Jahr 2017 und die Folgejahre neu vereinbarte zusätzliche Leistungen unterliegen dem neuen Fixkostendegressionsabschlag.

B) Stellungnahme

Die Weiterführung des dreijährigen Mehrleistungsabschlages für die vereinbarten Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4d

§ 4 Abs. 2b KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Fixkostendegressionsabschlag

Ab dem Jahr 2017 werden auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses Fixkostendegressionsabschläge nach § 10 Abs. 13 KHEntgG für zusätzliche Leistungen vereinbart. Die auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe und die fünfjährige Dauer gelten dabei als Mindesthöhe und -dauer. Nicht in die Ermittlung der Abschlagssumme einzubeziehen sind die zusätzlich vereinbarten Leistungen, die durch den von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegten Ausnahmenkatalog ausgenommen sind.

Bei Krankenhäusern, die z. B. aufgrund der Schließung eines anderen Krankenhauses in der Umgebung oder aufgrund guter Qualität zusätzliche Patientinnen und Patienten gewinnen, ist für die durch entsprechende Leistungsverlagerungen begründeten Leistungszuwächse nur der halbe Fixkostendegressionsabschlag zu erheben.

Da der Mehrleistungsabschlag zum Jahresende 2016 grundsätzlich abgeschafft wird, aber zur Vermeidung von Fehlanreizen für Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 der Mehrleistungsabschlag auch noch dreijährig anzuwenden ist, ist nach Satz 6 das entsprechende Mehrleistungsabschlagsvolumen in den Jahren 2017 und 2018 bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag auf die DRG-Fallpauschalen umzusetzen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10h

Im Rahmen des ab 2017 zu erhebenden Fixkostendegressionsabschlages soll gemäß § 9 Abs. 1 Satz 6 KHEntgG auf Bundesebene ein eng begrenzter Katalog an Ausnahmen vereinbart werden. Es ist unverständlich, warum in § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG ein Ausnahmetatbestand im Gesetz benannt wird und für bestimmte, durch Verlagerungen induzierte Leistungszuwächse nur der halbe Fixkostendegressionsabschlag zu erheben ist. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die eng begrenzten Ausnahmetatbestände entsprechend der Gesetzeslogik auf Bundesebene vereinbart werden. Dieser Tatbestand sollte vor diesem Hintergrund hier gestrichen werden.

Zum Umgang mit Leistungsschwankungen sieht der § 4 Abs. 2b Satz 6 KHEntgG vor, dass bei der Ermittlung des Abschlags neben den gegenüber dem Vorjahr vereinbarten Leistungen auch die eingetretenen Veränderungen der abgerechneten Entgelte einzubeziehen sind. Das Abstellen auf die „Ist-Leistungen“ bei Ermittlung der Abschlagshöhe ist nicht zielführend und konterkariert den bestehenden Mehr- und Mindererlösausgleichsmechanismus, der bisher die Schwankungen zwischen Vereinbarung und Ist ausgleicht.

Der in 2015 vereinbarte dreijährige Mehrleistungsabschlag wird auch noch in 2016 und 2017 wirken und korrespondiert mit dem Versorgungszuschlag, welcher an die Krankenhäuser im Jahr 2015 fließt. Der dann in 2016 auslaufende dreijährige Mehrleistungsabschlag wird auch noch in 2017 und 2018 wirken und korrespondiert mit dem Versorgungszuschlag, welcher an die Krankenhäuser im Jahr 2016 fließen wird (vgl. Erstes Pflegestärkungsgesetz (PSG I), 2014). Es ist sachgerecht, dass der auslaufende Mehrleistungsabschlag in 2017 und 2018 erhöhend auf den Fixkostendegressionsabschlag angerechnet wird.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung unter Verweis auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10h

Hilfsweise:

Streichung des § 4 Abs. 2b Satz 4

Anpassung des § 4 Abs. 2b Satz 6 KHEntgG: „Für die Ermittlung des Abschlags sind neben den nach Satz 1 zusätzlich vereinbarten Leistungen auch die gegenüber den Vorjahren, die nach dem Jahr 2016 liegen, eingetretenen Veränderungen der **vereinbarten** Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einzubeziehen, soweit dies unter Berücksichtigung der maßgeblichen Abschlagsdauer erforderlich ist **und die Leistungen im aktuellen Jahr weiterhin vereinbart werden.**“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4e

§ 4 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass die für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse vom Krankenhausträger vorzulegende, durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse auch die Erlöse für krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 zu umfassen hat. Die Regelung ist erforderlich, damit Krankenkassen und Krankenhäuser eine gemeinsame Ausgangsbasis für die Erlösausgleiche haben.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 54 von 179

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4f

§ 4 Abs. 6 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 17b

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 55 von 179

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4g

§ 4 Abs. 8 und 9 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 4

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4h

§ 4 Abs. 10 und 11 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 4.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4i

§ 4 Abs. 8 (neu) KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2016 bis 2018 soll ein Pflegesonderprogramm zur Zusatzfinanzierung der „Pflege am Bett“ aufgelegt werden. Eine Expertenkommission erarbeitet Vorschläge für die Folgeregelung.

B) Stellungnahme

Politisch scheint mittlerweile keinerlei Vertrauen mehr in das Krankenhausmanagement zu bestehen, das offensichtlich immer mehr zum reinen Erlösmanagement verkümmert ist und die pflegerische Qualität vernachlässigt hat.

Das beabsichtigte Pflegestellenförderprogramm ist das nunmehr dritte Sonderprogramm im nichtärztlichen Bereich, das durch hausindividuelle Zuschläge zusätzliche Finanzen bereitstellt. Bisherige Sonderprogramme (Pflege, Hygiene) wurden durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte dauerhaft fortgeführt. Die Mängel solcher Ansätze sind mittlerweile bekannt. Wer besonders stark Personal abgebaut hat und nun mit Fremdmitteln wieder aufbaut, der wird belohnt. Jene, die immer ausreichend Personalqualität und -stärke garantiert haben, die also jetzt keinen Aufstockungsbedarf haben, gehen leer aus. Der Grundansatz dieses Pflegesonderprogramms kann nicht befriedigen. Bei der Umsetzung der Regelungen sollten daher die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- Vorgesehen werden sollte nicht nur die Rückzahlung der zusätzlichen Mittel bei nicht nachgewiesener Mittelverwendung; die Gewährung weiterer Mittel sollte vielmehr von der Nachweisführung über das Vorjahr abhängig sein. Ebenso sollte der Personalbestand des alten Pflegesonderprogramms eine Rolle spielen. Nur wer die bereits geförderten Personalstellen nicht wieder abgebaut hat, sollte auf die volle Förderung zugreifen können. Alle anderen sind solange von der vollen Förderung ausgeschlossen, bis der bereits geförderte Personalbestand wieder erreicht wurde; bis dahin sollten diese Kliniken einen höheren Eigenanteil leisten.
- Eine explizite Verknüpfung zwischen Pflegestellenförderprogramm und Arbeitsergebnis der avisierten Expertenkommission ist dringend anzuraten. Andernfalls führt die mögliche Einrechnung der kumulierten Beträge in die Landesbasisfallwerte wie auch die entfallende Nachweisführung über die Mittelverwendung erneut zu einer teilweisen Egalisierung tatsächlicher Personalaufstockungen. Auch wenn die Berücksichtigung der hochaufwendig-

gen Pflege im DRG-System durch den Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) dazu geführt hat, dass diese Leistungen besser vergütet werden, so wurde nur ca. die Hälfte der Mittel des Pflegesonderprogramms darüber gezielt verteilt. Eine Garantie, dass ausreichend Pflegepersonal beschäftigt wird, ist damit allerdings nicht gegeben. Der angegebene Zeitrahmen sieht für die Implementierung einer Anschlussregelung eine lediglich einjährige Überschneidung vor (31.12.2017: Vorschläge der Expertenkommission, 31.12.2018: Ende der hausindividuellen Zusatzfinanzierung). Es sollte überdacht werden, inwiefern ein Jahr ausreicht, die Kommissionsvorschläge zu diskutieren und den letztlich ausgewählten Vorschlag praxistauglich auszuarbeiten. In Abhängigkeit von der Art der gewählten Anschlussregelung sind evtl. zeitaufwendige Prozesse, ggf. unter Einbindung von G-BA, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), InEK usw. vor der Implementierung erforderlich. Die Mittel des Pflegestellenförderprogramms sollten nur in dem Umfang in die Regelversorgung überführt werden, wie nachgewiesen ist, dass diese Mittel der Pflege auf bettenführenden Abteilungen zugutekommt.

- Des Weiteren sollte der MDK im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Mittelverwendung überprüfen dürfen (vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 22, § 275a SGB V neu).

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die Finanzwirkung summiert sich bis 2018 auf 660 Mio. Euro und beläuft sich damit auf die Hälfte des Vorgängerprogramms von 2009 bis 2011. Eine Langzeitbetrachtung der Finanzwirkung ist aufgrund der noch fehlenden Anschlussregelung nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

Unterschiedliche Förderprozentsätze

In § 4 Abs. 8 Satz 1 (neu) werden hinter den Worten „zu 90 Prozent finanziell gefördert“ die Wörter „sofern der Pflegepersonalbestand vom 31. Dezember 2011 nicht unterschritten wurde; zu 45 Prozent finanziell gefördert bis zum Erreichen des Pflegepersonalbestands vom 31. Dezember 2011.“ eingefügt.

Keine neuen Mittel vor Rückzahlung

Nach § 4 Abs. 8 Satz 9 (neu) wird der Punkt gelöscht und folgender neuer Halbsatz angefügt: „; bis zur Rückzahlung der Finanzierungsanteile ist eine zusätzliche finanzielle Förderung nach Satz 1 ausgeschlossen.“

Anschlussregelung

In § 4 Abs. 8 Satz 12 (neu) sind nach den Wörtern „gestellt werden“ folgende Wörter einzufügen „und in welchem Umfang Maßnahmen zur Überführung des Finanzierungsvolumens in die Regelversorgung vorhanden sind“.

Nach § 4 Abs. 8 Satz 12 ist folgender Satz 13 anzufügen: „Sind bis zum 31. Dezember 2018 nicht ausreichend Maßnahmen zur Überführung des bis dahin finanzierten Volumens in die Regelversorgung vorhanden, verlängert sich der Förderzeitraum der am 31. Dezember 2018 nach diesem Programm geförderten Maßnahmen bis zu dessen vollständiger Überführung in die Regelversorgung.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 60 von 179

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 4j

§ 4 Abs. 9 (neu) Satz 5 KHEntgG – Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung und Rechtsbereinigung

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 5a

§ 5 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung in Folge des neu geschaffenen Absatzes 1a KHEntgG

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung in Absatz 1 ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 5b

§ 5 Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sicherstellungszuschläge

Der G-BA legt bis zum 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest (vgl. § 136c Abs. 3 SGB V). Die Landesregierungen können im Rahmen von Rechtsverordnungen von diesen Vorgaben abweichen. Die zuständige Landesbehörde prüft, ob die Vorgaben erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist. Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, vereinbaren die Vertragspartner vor Ort auf Basis der Vorgaben des G-BA und des Landes einen Sicherstellungszuschlag. Bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags haben die Vertragsparteien insbesondere die Höhe des Zuschlags festzulegen. Dabei bemisst sich die krankenspezifisch zu vereinbarenden Höhe des Zuschlags nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der Leistungseinheiten bzw. Abteilungen, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung erforderlich sind, und nicht nach dem Gesamtdefizit des Krankenhauses. Wie bisher ist der Sicherstellungszuschlag jährlich neu zu vereinbaren.

Für Krankenhäuser, die bereits vor dem 01.01.2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart haben, sollen die Zuschläge übergangsweise bis Ende 2017 unter den bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.

Soweit Sicherstellungszuschläge auf den vom G-BA zu definierenden Kriterien beruhen, sollen diese nicht länger absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden (vgl. § 10 Abs. 3 Nr. 6).

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Konkretisierung der Sicherstellungszuschläge nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Ist ein Krankenhaus für die Sicherstellung der Versorgung notwendig, das Patientenaufkommen aber nicht groß genug, um ein Krankenhaus wirtschaftlich betreiben zu können, so lässt sich die Vorhaltung nicht über bundeseinheitliche Fallpauschalen oder den Landesbasisfallwert finanzieren. In diesen Fällen greift ein Sicherstellungszuschlag. Die in § 5 Abs. 2 i. V. m. § 136c Abs. 3 SGB V gemachten gesetzlichen Vorgaben sind grundsätzlich geeignet und zur Gewährung eines Sicherstellungszuschlags unabdingbar. Hinsichtlich des lediglich für ein

Jahr vorliegenden negativen Betriebsergebnisses sollte allerdings eine Ausweitung auf drei Jahre vorgesehen werden, zumindest aber eine Quantifizierung hinsichtlich der Mindesthöhe des Defizits (ggf. als Anteil am Umsatzvolumen). Ebenfalls sollte bei der Betrachtung von großen Krankenhausketten eine Konkretisierung hinsichtlich des Defizits einzelner Standorte vorgenommen werden. Ein Sicherstellungszuschlag sollte in diesen Fällen nicht gewährt werden.

Dass die vereinbarten Sicherstellungszuschläge künftig nicht mehr regelhaft über eine entsprechende Absenkung der Landesbasisfallwerte ausgabenneutral gegenfinanziert werden sollen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes falsch. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass nun die zuständige Landesbehörde prüfen und entscheiden soll, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist. Da in der Vergangenheit und auch aktuell die ländliche Versorgung gewährleistet ist, sind die gegenwärtigen Mittel der Sicherstellung bereits durch die GKV finanziert, müssen allerdings noch zielgenauer verteilt werden. Dass mindestens aber abweichende Vorgaben der Bundesländer, die zu Mehrkosten führen, in einer Absenkung des Landesbasisfallwertes resultieren sollen, wird begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10b, § 10 Abs. 3 KHEntgG).

Wesentlich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist, dass das Instrument der Sicherstellungszuschläge auch weiterhin lediglich bei einer Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgung als absolute Ausnahme sparsam Anwendung findet, da man andernfalls Gefahr läuft, Unwirtschaftlichkeit und nicht bedarfsgerechte Strukturen zu finanzieren und die Leistungsorientierung des DRG-Systems zu untergraben. Da eine Lösung der Investitionsfinanzierung durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht gelang, sollte die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen an die Aufrechterhaltung einer Mindestinvestitionsquote gekoppelt werden, um eine direkte Quersubventionierung zu vermeiden.

Um eine funktionsfähige Umsetzung zu ermöglichen, ist die Einführung und Verwendung einer Standortidentifikationsnummer zwingend erforderlich (vgl. Stellungnahme unter III. Ergänzender Änderungsbedarf).

Finanzielle Auswirkung

Bisher liegen die Ausgaben für Sicherstellungszuschläge deutschlandweit bei ca. 5 Mio. Euro. Ab dem Jahr 2017 sollen gemäß dem Finanztableau jährlich 100 Mio. Euro über das Instrument der Sicherstellungszuschläge an die Krankenhäuser fließen.

C) Änderungsvorschlag

Defizitregelung

In § 5 Abs. 2 Satz 4 (neu) werden die Wörter „für das Kalenderjahr“ durch die Wörter „oder der Krankenhauskonzern, der Krankenhausverbund oder die Krankenhausträgergruppe für die Kalenderjahre“ ersetzt und nach den Wörtern „vor der Vereinbarung“ die Wörter „seit drei Jahren“ eingefügt.

Hilfsweise Defizitregelung

Hilfsweise sollte in § 5 Abs. 2 Satz 4 (neu) nach dem Wort „ausweist“ die Wörter „, das mindestens 15 vom Hundert des Erlösbudgets gemäß § 4 KHEntgG beträgt“ eingefügt werden.

Vgl. III. Ergänzender Änderungsbedarf, „Krankenhausstandort-ID“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 5c

§ 5 Abs. 3 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zentrumszuschläge

Die Regelung stellt klar, dass die Vertragsparteien die konkreten Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 (Zentren und Schwerpunkte) für das einzelne Krankenhaus vor Ort vereinbaren. Die Zuschläge sind auf der Grundlage der näheren Maßgaben und Festlegungen in der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1a Nr. 2 festzulegen.

Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 01.01.2016 Zentrumszuschläge vereinbart haben, sollen die Zuschläge übergangsweise bis Ende 2017 unter den bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Der Verweis auf den neuen § 9 Abs. 1a Nr. 2 zur Klarstellung, welche Voraussetzungen die besonderen Aufgaben von Zentren erfüllen sollen, wird durch den GKV-Spitzenverband begrüßt. Allerdings sind in dem neuen § 9 Abs. 1a Nr. 2 einige Anpassungen vorzunehmen, die der Konkretisierung der Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit der besonderen Aufgaben von Zentren dienen. Hierbei wird auf die Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 2 Nr. 9, § 9 Abs. 1a (neu), Nr. 2 Zentrumszuschläge, verwiesen.

Die Fristverlängerung um zwei Jahre bis Ende 2017 ist nicht sachgerecht. Für alle Zentren, die bis Ende 2015 Zentrumszuschläge vereinbart haben, gilt die bisherige Rechtsgrundlage fort. Im § 2 Abs. 2 KHEntgG neu werden Doppelfinanzierungen ausgeschlossen (z. B. Finanzierung durch Krebsregister). Durch die Übergangsfristen und die Aufhebung der Artikel 2 und 3 Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) wären die Vertragsparteien weiterhin an die Doppelfinanzierung bis Ende 2017 gebunden.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG ist zu streichen.

Hilfsweiser Änderungsvorschlag:

In § 5 Abs. 3 KHEntgG wird folgender Satz 3 angefügt: „Die Übergangsfrist gilt nicht, soweit die Zentrumsfunktionen anderweitig finanziert sind.“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 5d

§ 5 Abs. 3a bis 3c KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3a – Qualitätszu- und -abschläge

Der neue Absatz 3a ermöglicht den Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität Zu- und Abschläge zu vereinbaren. Diese fallen leistungs- oder leistungsbereichsbezogen in einem von den Vereinbarungspartnern festgelegten Zeitfenster für Aufnahmen ins Krankenhaus an. Krankenhausbesonderheiten sind zu berücksichtigen.

Qualitätsabschläge dürfen bei anhaltendem Qualitätsmangel nur dann erhoben werden, wenn dem Krankenhaus ein Jahr Zeit gegeben wurde, festgestellte Mängel zu beheben. Für einen Zeitraum von zwölf Monaten ist der Qualitätsabschlag dann in doppelter Höhe zu erheben.

Absatz 3b – Klinische Sektionen

Für klinische Sektionen gemäß den nach § 9 Abs. 1a Nr. 3 bundeseinheitlich zu vereinbarenden Anforderungen der Vertragspartner auf Bundesebene sind für das einzelne Krankenhaus zukünftig Zuschläge zu berechnen. Da klinische Sektionen eine Qualitätssicherungsmaßnahme darstellen, von der alle Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses profitieren, ist der Betrag, der sich aus der Summe der Kosten für klinische Sektionen in einer Klinik ergibt, auf alle voll- und teilstationären Behandlungsfälle eines Krankenhauses umzurechnen.

Absatz 3c – Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen vereinbaren nach Absatz 3c befristete krankenspezifische Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten für personelle und sachliche Mittel aufgrund von Richtlinien und Beschlüssen des G-BA, die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten. Für Krankenhäuser, die die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen, dürfen nur dann Zuschläge vereinbart werden, wenn der G-BA keine entsprechenden zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat. Die Regelung gilt auch für den zurückliegenden Beschluss des G-BA zu den Früh- und Reifgeborenen für die Finanzierung von personellen und sachlichen Mitteln, die ab dem 01.01.2014 eingesetzt wurden.

B) Stellungnahme

Absatz 3a – Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7, Artikel 2 Nr. 9 und Artikel 6 Nr. 15

Es muss klar geregelt werden, dass Krankenhäuser, die Leistungen unzureichender Qualität im Sinne der Unterschreitung der Mindestanforderungen erbringen, von der Versorgung ausgeschlossen werden. Die Unterschreitung von Mindestanforderungen darf nicht mit Abschlägen erfolgen. Krankenhäuser, die diese Vorgaben nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen.

Gibt es jedoch weniger gute oder mindere Qualität, sollte geprüft werden, ob mit Qualitätsabschlägen Anreize zur Qualitätsverbesserung gesetzt werden. Neben der grundsätzlichen Zustimmung zu der Möglichkeit, Qualitätszu- und -abschläge zu vereinbaren, ist wenig einleuchtend, weshalb außerordentlich gute Qualität unmittelbar zu Zuschlägen führt, während Qualitätsabschläge erst nach einer Frist für Verbesserungen fällig werden. Wenn man den Krankenhäusern Verbesserungszeiten bei minderer Qualität einräumt, sollten komplementär bei außerordentlich guter Qualität erst nach einer einjährigen Bewährungszeit Zuschläge gezahlt werden. Die vorgeschlagene „Pay for Performance“-Regelung ist für die gesetzlichen Krankenkassen nicht kostenneutral. Bei anhaltend minderer Qualität wird im ersten Jahr nach der Verbesserungsfrist zwar der Abschlag in doppelter Höhe fällig. Die Krankenhäuser, die sich verbessert haben, werden jedoch für das Jahr mit minderer Qualität keine Abschläge hinnehmen müssen. Demgegenüber sind Qualitätszuschläge jedoch in jedem Jahr nach Vereinbarung zu zahlen. Gefordert wird daher eine kostenneutrale, komplementäre Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge.

Absatz 3b – Klinische Sektionen

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9a, § 9 Abs. 1a Nr. 3 (neu)

Absatz 3c – Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 9a und Nr. 10c

Nach § 135a Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Nach § 2 Abs. 1 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.

Der G-BA beschließt nur dann Richtlinien zur Qualitätssicherung, wenn Qualitätsmängel in der Krankenhausversorgung beobachtet wurden. Er reagiert auf unzureichende Qualität und schreibt den ohnehin geltenden medizinischen Standard in seinen Richtlinien fest. Konkret

handelt es sich um Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Einrichtungen, die diese Mindestanforderungen nicht erfüllen können oder wollen, sollten die betreffende Leistung nicht mehr erbringen dürfen.

Die Leistungen der Krankenhäuser werden über die leistungsorientierten, pauschalierten Entgeltsysteme vergütet. Per Gesetz muss erwartet werden, dass es sich um Leistungen handelt, die dem medizinischen Standard auch hinsichtlich ihrer Qualität entsprechen. Jährlich fließen enorme Mittel ohne jegliche Zweckbindung bzw. sind begründeter Teil der Forderungen im Rahmen der „Allgemeinen Kostensteigerungen“ in den Landesbasisfallwertverhandlungen. So ist zwischen 2005 und 2014 das abgerechnete Casemixvolumen um mehr als 20 Prozent gestiegen. Hinzu kommen spezielle Entgelte, wie beispielsweise die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Das heißt, über die Entgeltsysteme werden die Leistungen dem medizinischen Standard entsprechend bereits vergütet.

Bleiben Krankenhäuser hinter dem zu erwartenden Qualitätsniveau zurück, um das pauschalierte Entgeltsystem zur Erhöhung des individuellen Deckungsbetrages auszunutzen, muss klar sein, dass sie mit der Fixierung des medizinischen Standards in einer G-BA-Richtlinie von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Es darf nicht darum gehen, Standorte mit zusätzlichen Mitteln auszustatten, um in einem Leistungsbereich tätig zu bleiben oder sogar erst tätig zu werden. Kommt es zu der im Gesetzesentwurf formulierten Regelung, besteht die Gefahr eines Fehlanreizes: Erst wenn es eine G-BA-Richtlinie gibt, über die mittelbar zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, kümmert man sich um angemessene Qualität. Krankenhäuser, die sich von Anfang an um die Erfüllung des medizinischen gebotenen qualitativen Standards bemühen, würden quasi bestraft. So ist überhaupt nicht nachvollziehbar, weshalb nach Satz 2 Krankenhäuser, die die Anforderungen „nicht“ erfüllen, zusätzliche Mittel für etwas, das sie nicht erfüllen, erhalten können sollten. Hier wird das Prinzip „Das Geld folgt der Leistung“ verlassen. Darüber hinaus konterkariert Absatz 3c die Bemühungen, anspruchsvolle Leistungen auf bestimmte Krankenhäuser mit Experten zu konzentrieren. Vielmehr besteht die Gefahr, weiter in überversorgte Leistungsbereiche zu investieren.

Aufgrund des pauschalierenden Ansatzes der Vergütungssysteme wird es in vielen Fällen unmöglich sein, zu quantifizieren, in welchem Ausmaß die in G-BA-Richtlinien festgeschriebenen qualitativen Anforderungen in der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt wurden. Zwangsläufig wird diese Regelung daher zu erheblichen Veränderungen in der Kalkulation des InEK führen mit den entsprechenden Konsequenzen für die Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation beteiligen. Anders wird die bevorstehende Doppelvergütung nicht in den Griff zu bekommen sein.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3a Satz 1 wird das Wort „unzureichender“ ersetzt durch „minderer“, in Satz 4 das Wort „unzureichende“ durch „mindere“.

In Absatz 3a wird die zweite Hälfte von Satz 5 gestrichen: „; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben“.

In Absatz 3a wird nach Satz 5 eingefügt: „Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 außerordentlich gute Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die außerordentlich gute Qualität innerhalb des folgenden Jahres beizubehalten ist; in dieser Zeit sind keine Qualitätszuschläge zu zahlen. Nur wenn die außerordentlich gute Qualität ein weiteres Jahr beibehalten wird, ist der Qualitätszuschlag zu leisten, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Zahlung weiterhin vorliegen.“

Absatz 3c ist zu streichen.

Hilfsweise ist in Absatz 3c der Satz 2 zu streichen: „~~Die Vereinbarung [...] Einschränkungen vorgegeben hat.~~“ Vgl. Streichung in dieser Stellungnahme unter Artikel 2 Nr. 10c.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 71 von 179

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 5e

§ 5 Abs. 6 KHEntgG – Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung aufgrund Zeitablaufs

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 6a–d

§ 6 KHEntgG – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung aufgrund der Änderungen im § 17b und aufgrund des Zeitablaufs

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 7a-c

§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung von § 17b Abs. 1 KHG sowie zur Einführung von neuen Zu- und Abschlägen

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 8a, b

§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 und Abs. 4 KHEntgG – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen in Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 Satz 1 handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

Mindestmengen

Es wird in Absatz 4 ein zweiter Satz eingefügt, der die Mindestmengenregelung des G-BA operationalisiert. Werden entsprechende Vorgaben nicht erfüllt und können keine Ausnahme- oder Übergangsregelungen geltend gemacht werden, so darf eine Leistungserbringung unterhalb der Mindestmenge nicht vergütet werden.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen in den Absätzen 2 und 4 sind nachvollziehbar.

Mindestmengen

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 11 und Artikel 6 Nr. 15

Die Neuregelung eröffnet erstmals die Chance, dass die Mindestmengenregelungen des G-BA verbindlich umgesetzt werden. Allerdings greift die Formulierung in Absatz 4 Satz 2 zu kurz: Es sollten auch keine Entgelte bezahlt werden dürfen, wenn Struktur- und Prozessvorgaben des G-BA nicht erfüllt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender dritter Satz angefügt: „Die Regelung gilt entsprechend für Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 8c

§ 8 Abs. 10 KHEntgG – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Versorgungszuschlag ist für Patientinnen und Patienten in Höhe von 0,8 Prozent in Rechnung zu stellen, die bis zum 31.12.2016 voll- oder teilstationär aufgenommen werden. Mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene ab dem Jahr 2017 wird zum Ende des Jahres 2016 die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft, wobei zur Vermeidung von Fehlanreizen die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils noch dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag unterliegen (siehe dazu Änderung von § 4 Abs. 2a Satz 8, vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 4c).

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Es versteht sich von selbst, dass bei einer Streichung des Mehrleistungsabschlages der Versorgungszuschlag gestrichen werden muss. Neben einer Streichung wäre es sinnvoll, einen Ausgleichsmechanismus für die zu viel gezahlten GKV-Mittel der vergangenen Jahre einzuführen. Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum PSG I hat der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass die über den Versorgungszuschlag an die Krankenhäuser gezahlten Mittel deutlich über den vereinbarten Mehrleistungsabschlagsvolumina liegen.

C) Änderungsvorschlag

Zusätzlich sollte in § 8 Abs. 10 KHEntgG der Satz 4 wie folgt geändert werden: „Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren für das Jahr 2017 einen einheitlichen Abschlag als Fehlschätzungsausgleich für die in 2013 bis 2016 bundesweit einheitlich festgesetzten Versorgungszuschläge.“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 9a

§ 9 Abs. 1 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine Neustrukturierung des bisherigen Absatzes 1 wird vorgenommen. Der neue Absatz 1 regelt dabei Tatbestände, die die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren haben. Der bisherige Absatz 1 wird inhaltsgleich übernommen und durch die Regelungen der Nummer 6 ergänzt.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach Nummer 6 erstmals bis zum 30.09.2016 einen engen Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen für zusätzliche Leistungen zu vereinbaren, die nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen. Neben den Ausnahmen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die näheren Einzelheiten zur Umsetzung eines Fixkostendegressionsabschlages, insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Fall von Leistungsverlagerungen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist schiedsstellenfähig.

B) Stellungnahme

Grundsätzliche Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes zum Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG und zu der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene finden sich in der Stellungnahme unter Artikel 2 Nr. 10h.

Unabhängig von der grundsätzlichen Ablehnung der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene wird es begrüßt, dass die Ausnahmetatbestände und das Nähere zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages auf Bundesebene vereinbart werden sollen.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG: Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10h: Streichung der Neuregelung und Beibehaltung der Degression im Landesbasisfallwert

Hilfsweise: Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 9a

§ 9 Abs. 1a KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1a beinhaltet ergänzende Regelungen zu den Zu- und Abschlägen, sowohl in inhaltlicher als auch in zeitlicher Hinsicht.

Nummer 1 – Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Nach Absatz 1a Nr. 1 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA zu vereinbaren.

Nummer 2 – Zentrumszuschläge

Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, bis zum 31.03.2016 das Nähere zu den Zuschlägen für besondere Aufgaben zu vereinbaren. Dabei werden auch die Anforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren konkretisiert. Diese können sich insbesondere ergeben aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, der Erforderlichkeit der besonderen Vorhaltung und der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten. Des Weiteren wird klargestellt, dass es sich dabei nur um Aufgaben handelt, die nicht bereits durch Entgelte des KHEntgG oder nach dem § 65c SGB V vergütet werden.

Nummer 3 – Klinische Sektionen

Um klinische Sektionen zu stärken, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt bis zum 31.12.2016 u. a. die Anforderungen an die Durchführung von Sektionen zu vereinbaren, die zur Qualitätssicherung benötigt werden (z. B. medizinische, organisatorische und technische Vorgaben). Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen auch die Berechnungsmodalitäten zur Ermittlung der Zuschlagshöhe für die Krankenhäuser festlegen. Um eine angemessene Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion auf Bundesebene ermitteln zu können, ist das InEK mit der Kalkulation zu beauftragen.

Nummer 4 – Qualitätszu- und -abschläge

Nach Absatz 1a Nr. 4 sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30.06.2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen auf Grundlage der Vorgaben des G-BA vereinbaren.

Nummer 5 – Notfallversorgung

Die Vertragspartner auf Bundesebene haben die Höhe der Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf der Grundlage des Stufensystems zu vereinbaren, dass der G-BA bis zum 31.12.2016 zu entwickeln hat. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zuschläge und der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist bis zum 30.06.2017 zu schließen. Sie haben sich vom InEK bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge und der Abschläge unterstützen zu lassen, soweit die Daten hierfür vorliegen.

B) Stellungnahme

Nummer 1 – Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Es wird hier geregelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere die Dauer für die befristeten Zuschläge in Folge der Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA zu vereinbaren haben. Dies greift viel zu kurz und wird dem Hauptproblem der neuen Regelung nicht gerecht: Es geht um die Finanzierung von Mehrkosten für personelle und sachliche Mittel aufgrund von Richtlinien und Beschlüssen des G-BA, die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten. Daher muss von den Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere festgestellt werden, ob es solche Leistungen gibt und welche das sind. Dies geht nicht ohne aufwendige Recherchen und neue Datenerhebungen des InEK. Ebenso wird es von der Experteneinschätzung der Mitarbeiter des InEK abhängen, wie die Fristen zu setzen sind.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 10c.

Nummer 2 – Zentrumszuschläge

Die Definition des Zentrumsbegriffs nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu in der Regelung festgelegten Vorgaben werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt. Entgegen der gewählten Vereinbarungslösung und der Konfliktlösung über die Bundesschiedsstelle sollte, wie auch bei den anderen Zu- und Abschlagstatbeständen, eine Definition der Kriterien im G-BA vorgesehen werden.

Bei der beabsichtigten Regelung gibt es allerdings einen Überschneidungsbereich zu anderen Vergütungsformen wie z. B. § 116b SGB V mit der Gefahr einer Doppelvergütung. (vgl. Nr. 3, § 2 Abs. 2). Die Regelung sieht als Kriterium für besondere Aufgaben die überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgabenwahrnehmung vor. Das Kriterium einer „Ausgabenwahrnehmung“ sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes durch den Begriff „überregional“ ersetzt werden, um die besondere Bedeutung des Zentrums für die Versorgung in der Region deutlicher hervorzuheben. Des Weiteren ist vorgesehen, dass nur Leis-

tungen zuschlagsfähig sein dürfen, die nicht über DRGs oder andere Entgelte vergütet werden können, weil der Tatbestand nicht in jedem Haus vorliegt oder sich nicht über spezielle Entgelte vergüten lässt. Diese wichtige Voraussetzung erfordert, dass die Vertragspartner eine entsprechende Information vom InEK einholen. Um sicherzustellen, dass das InEK über die entsprechenden Daten verfügt, muss gewährleistet sein, dass es über die getroffenen Vereinbarungen, einschließlich der der Vergütung zugrundeliegenden Kalkulationen, informiert wird. Wichtig ist ebenfalls, dass ein Zentrum immer in einem Netzwerk, bestehend aus hochspezialisierten Diagnostik- und Behandlungseinrichtungen, eingebunden ist. Hierdurch wird eine interprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten gefördert. Allerdings ist sicherzustellen, dass der Zentrumszuschlag dabei nicht, wie in der Vergangenheit geschehen, zur Infrastrukturförderung genutzt wird.

Es besteht die Gefahr, dass die Bundesländer in großem Umfang zusätzliche Zentren definieren werden, um Mittel der GKV für die Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes zu erhalten und Strukturen finanziell zu alimentieren. Unklar bleibt auch, was passiert, wenn Länder im Widerspruch zu den bundesweiten Kriterien Zentren ausweisen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss klargestellt werden, dass die bundesweit festgelegten Kriterien verbindlich sind.

Für das Jahr 2016 werden zusätzliche Ausgaben in Höhe von 90 Mio. Euro erwartet, ab dem Jahr 2017 steigen die Ausgaben auf 180 Mio. Euro jährlich an. Diese Summen liegen mehr als 100 Prozent über dem, was die Krankenkassen im Jahr 2013 an Zentrumszuschlägen finanziert haben (knapp 80 Mio. Euro). Die tatsächlichen Kosten werden stark von den Kriterien abhängen, die Gesetz und Vereinbarungspartner definieren, und davon, wie stark die Bundesländer von ihrem Recht Gebrauch machen, weitere Zentren zu definieren.

Nummer 3 – Klinische Sektionen

Klinische Sektionen sind, sofern richtig eingesetzt, ein anerkanntes Instrument der medizinischen Qualitätssicherung. Aktuell werden in Deutschland (laut Gesetzesbegründung im Referentenentwurf) ein Prozent der Todesfälle obduziert. Im Durchschnitt der europäischen Länder mit verfügbaren Daten wurden 2006 rund 17,5 Prozent aller Sterbefälle obduziert. Allerdings sind die im internationalen Vergleich niedrigen Sektionsraten in Deutschland nicht ausschließlich durch fehlende Einzelvergütung erklärbar. Die Angehörigen der oder des Verstorbenen müssen einer klinischen Sektion zustimmen. Die Darstellung einer "Obduktionspauschale" in der Öffentlichkeit ist problematisch und es sind unerwünschte Anreizwirkungen zu befürchten. Deshalb muss vermieden werden, dass es im Bereich der klinischen Sektionen zur Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen kommt, um die vereinbarte Sektionsrate zu erreichen. Krankenhäuser mit wenigen Sterbefällen werden weiterhin keine Sektionen vor-

nehmen, weil sie eine bundesweit vorgegebene Sektionsrate voraussichtlich nicht erreichen können. Es ist daher sehr wichtig, dass klare Kriterien, wann eine Sektion erforderlich ist, festgelegt werden. Daraus sind Qualitätsverbesserungsmaßnahmen auf Basis von veröffentlichten Ergebnissen abzuleiten. Es stellt zudem sich die leistungsrechtliche Frage der Leistungserbringung an Verstorbenen zulasten der GKV. Insbesondere Versicherungen (private Krankenversicherungen, Lebensversicherungen, Berufsgenossenschaften etc.) haben ein vitales finanzielles Interesse an den Obduktionsergebnissen, die der Verbesserung der Behandlungsqualität in den Krankenhäusern dienen sollen. Die Qualitätssicherung tritt dann in den Hintergrund. Problematisch ist auch, wenn die Ergebnisse der klinischen Sektionen neben der Qualitätssicherung der klinischen Forschung oder der Materialgewinnung für die pharmazeutische Industrie dienen. Die konkrete Kostenermittlung durch das InEK bleibt aufgrund fehlender (Kodier-)Daten zudem schwierig.

Nummer 4 – Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 15

Nummer 5 – Notfallversorgung

Die vorgesehene Konkretisierung der Notfallstrukturen nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 15, § 136c Abs. 4 SGB V). Die darauf aufbauende Finanzierungsregelung, die differenzierte Zu- und Abschläge für eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung vorsehen, wird ebenfalls begrüßt. Grundsätzlich ist eine ausgaben-neutrale Umsetzung vorgesehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass es in Abhängigkeit von dem G-BA-Beschluss zu den strukturellen Mindestvoraussetzungen der künftigen gestuften Notfallversorgung zu Mehrbelastungen kommen kann (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 10c). Diese können zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden.

C) Änderungsvorschlag

Nummer 1 – Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Absatz 1a Nr. 1 ist zu streichen.

Hilfsweise ist Abs. 1a Nr. 1 wie folgt zu fassen: „1. Vorgaben, insbesondere zu den Leistungen und zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses;“

Nummer 2 – Zentrumszuschläge

In § 9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2a ist das Wort „überörtlich“ durch „überregional“ zu ersetzen.

An § 9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2 werden die folgenden Sätze angefügt: „Wird ein Zentrumszuschlag vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der besonderen Aufgabe zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 9 informieren das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelmäßig über die übermittelten Vereinbarungen.“

Nummer 3 – Klinische Sektionen

Keiner

Nummer 4 – Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 15

Nummer 5 – Notfallversorgung

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 9a

§ 9 Abs. 1 b KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung, dass die Vertragspartner auf Bundesebene für die bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3, Empfehlungen für die Verhandlung durch die Vertragspartner auf Landesebene abgeben können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Umstrukturierung des § 9. Die Regelungen wurden nahezu inhaltsgleich aus dem bisherigen § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a und Satz 2 übernommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 9a

§ 9 Abs. 1c KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1c macht zeitliche Vorgaben für die von den Vertragsparteien auf Bundesebene bei Leistungen mit Anhaltspunkten zu in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen zu treffenden gezielten Absenkung oder Abstufung der Bewertung von Leistungen, damit diese Vorgaben noch bei der Kalkulation des jeweils nächstjährigen DRG-Systems berücksichtigt werden können.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die notwendigen Vorgaben bis zum 31.05.2016 zu vereinbaren. Gelingt bis zu diesem Termin eine Einigung nicht, gilt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG als angerufen.

B) Stellungnahme

Die Schaffung der Möglichkeit zur Absenkung und Abstufung von Bewertungsrelationen bei wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen wird begrüßt – sie existiert allerdings schon seit Einführung des DRG-Systems. Neu ist nur die Befristung und Schiedsstellenfähigkeit der Regelung. Die Absenkung von Bewertungsrelationen stellt einen normativen Eingriff in das DRG-System dar, der nur mit äußerster Vorsicht vorgenommen werden sollte, um dem empirisch basierten DRG-System keinen Schaden zuzufügen. Bevor eine solche Maßnahme zur Anwendung kommt, sollten die geplanten Veränderungen der Kalkulation der Sach- und Personalkosten bzw. der repräsentativen Kalkulationsstichprobe in ihrer Wirkung abschätzbar sein. Eine Anwendung der Regelungen bereits für den DRG-Katalog 2017 erscheint insofern problematisch. Sachgerecht erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine erstmalige Absenkung oder Abstufung der Bewertungsrelationen für den DRG-Katalog 2018 (vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a, § 17b KHG). Um dem InEK ausreichend Zeit einzuräumen, die Vereinbarung in der Kalkulation des DRG-Katalogs 2018 zu berücksichtigen, erscheint eine Vereinbarungsfrist zum 31.03.2017 angemessen.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird das Datum „31. Mai 2016“ durch das Datum „31. März 2017“ ersetzt.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 9b

§ 9 Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Konfliktlösung durch eine Ersatzvornahme des BMG wird auf die Entgeltkataloge und damit auf den Kernbestand der Entgeltsysteme begrenzt. Auch für die Vereinbarung von Abrechnungsbestimmungen für Zu- und Abschläge ist zukünftig eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG möglich. Damit wird der Konfliktlösungsmechanismus wieder auf die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zurück verlagert und deren Verantwortung gestärkt.

Kommen Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene über die Höhe differenzierter Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und den Abschlag für die Nichtteilnahme nicht zustande, kann die Schiedsstelle durch das BMG angerufen werden.

Sofern den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31.05.2016 eine Einigung auf Vorgaben zur Absenkung oder Abstufung der Bewertung von Leistungen nicht gelingt, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, trifft nach Ablauf der Frist die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf der Grundlage vorliegender Vorschläge innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Stärkung von Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene wird begrüßt. Eine Ausweitung auf den Bereich der BpflV ist angezeigt.

C) Änderungsvorschlag

Ausweitung der Schiedsstellenkompetenz auch auf den Bereich der BpflV

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10a

§ 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Umbenennung von Anlage 1 Abschnitt B2 in Abschnitt B1 sowie Rechtsbereinigung, wodurch eine Regelung gestrichen wird, die durch Zeitablauf nicht mehr relevant ist.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10b

§ 10 Abs. 3 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

LBFW-Verhandlung: Streichung der Degression im LBFW

Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert (LBFW) wird mit Wirkung für den LBFW 2017 aufgehoben. Damit werden betriebswirtschaftliche Vorteile zusätzlicher Leistungen (Fixkostendegression) zukünftig im Rahmen des Fixkostendegressionsabschlages gemäß § 10 Abs. 13 KHEntgG beim einzelnen Krankenhaus angesiedelt. Dieser Abschlag entspricht im Grundsatz der bisher vorzunehmenden absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen im LBFW.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen und Besondere Einrichtungen Palliativ (Streichung)

Es wird klargestellt, dass Ausgaben in anderen Leistungsbereichen nur dann absenkend bei der Verhandlung des LBFW zu berücksichtigen sind, wenn diese nicht bereits bei der Verhandlung anderweitig absenkend berücksichtigt werden.

Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung werden zudem die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die von der Option Gebrauch machen, als besondere Einrichtung die Vergütung ihrer Leistungen krankenhausesindividuell zu vereinbaren, ausdrücklich nicht absenkend berücksichtigt.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen Notfallversorgung, Sicherstellungszuschläge, Mehrkosten G-BA, Qualitätszu- und -abschläge

Zuschläge führen zu einer Umverteilung der Vergütung, z. B. zwischen Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, und solchen, die hieran nicht teilnehmen. Da der Aufwand hierfür aber bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des LBFW zu berücksichtigen.

Es wird klargestellt, dass, falls für bestimmte Aufgabenstellungen zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden, diese Zuschläge nicht im LBFW abgezogen werden dürfen.

Sicherstellungszuschläge sind zukünftig nur insoweit absenkend bei der Verhandlung des LBFW zu berücksichtigen, als sie auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben der Länder zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beruhen. Sicherstellungszuschläge, die dagegen auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben des G-BA vereinbart werden, sind nicht absenkend zu berücksichtigen.

Damit die Mittel für Krankenhausleistungen im Land durch die Erhebung von Abschlägen für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nicht gekürzt werden, ist die Summe der entsprechenden Abschläge erhöhend bei der Vereinbarung des LBFW zu berücksichtigen.

Befristete Zuschläge für Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen wirken nicht LBFW-absenkend. Zudem ist die landesweite Summe der zusätzlichen Mittel für befristete Zuschläge zur Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, die die allgemeinen Krankenhäuser betreffen, insoweit bei der Vereinbarung des LBFW erhöhend zu berücksichtigen, als die Zuschläge nicht mehr vom einzelnen Krankenhaus erhoben werden und die zusätzlichen Mittel oder ein Teil der zusätzlichen Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt wurde.

Ebenso wie für Zuschläge für außerordentlich gute Qualität keine Absenkung des LBFW vorzunehmen ist, wirken Abschläge für Leistungen, die in unzureichender Qualität erbracht werden, dementsprechend auch nicht erhöhend auf den LBFW.

Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Der Tatbestand der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird präzisiert. Vorgegeben wird, dass bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere auch die Entwicklung der Produktivität (z. B. die allgemeine Verweildauerentwicklung), die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und das Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

LBFW-Verhandlung: Streichung der Degression im LBFW

Die Streichung der Mengendegression im LBFW wird abgelehnt. Grundsätzliche Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes zu der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene und zum Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG finden sich in der Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10h.

Sollte es bei der Streichung der Mengendegression für die LBFW ab dem Jahr 2017 bleiben, bedarf es einer Klarstellung, dass diese Änderung keine Auswirkungen auf Vereinbarungen der LBFW 2016 und die Berichtigung des LBFW 2016 bei der Verhandlung des LBFW 2017 hat

(die Klarstellung ist vor allem relevant für nicht-prospektive, verspätete Vereinbarungen des LBFW 2016 aufgrund des Inkrafttretens der Regelung zum 01.01.2016).

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen und Besondere Einrichtungen Palliativ (Streichung)

Es ist unverständlich, warum die Erlöse für Palliativstationen oder –einheiten, die von der Option Gebrauch machen, als Besondere Einrichtung die Vergütung ihrer Leistungen krankhausindividuell zu vereinbaren, nicht absenkend berücksichtigt werden sollen. Einerseits wirkt die Überführung von Besonderen Einrichtungen in das Fallpauschalensystem LBFW-erhöhend, andererseits soll nun der entgegengesetzte Weg aus dem Fallpauschalensystem in eine Besondere Einrichtung nicht LBFW-absenkend wirken. Diese Ausnahmeregelung wird abgelehnt, da dies der Finanzierungslogik widerspricht und zu einer Doppelfinanzierung der Strukturen führen würde.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen: Notfallversorgung, Sicherstellungszuschläge

Da die stationäre Notfallversorgung auch schon bislang finanziert ist, ist es richtig, dass Zuschläge absenkend auf den LBFW wirken und Abschläge erhöhend wirken.

Dass die vereinbarten Sicherstellungszuschläge künftig nicht mehr regelhaft über eine entsprechende Absenkung der LBFW ausgabenneutral gegenfinanziert werden sollen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes falsch. Da in der Vergangenheit und auch aktuell die ländliche Versorgung gewährleistet ist, sind die gegenwärtigen Mittel der Sicherstellung bereits durch die GKV finanziert, müssen allerdings noch zielgenauer verteilt werden. Dass mindestens aber abweichende Vorgaben der Bundesländer, die zu Mehrkosten führen, in einer Absenkung des LBFW resultieren sollen, wird begrüßt (vgl. Artikel 2 Nr. 5b, § 5 Abs. 2 KHEntgG).

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen: Mehrkosten G-BA, Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d

Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Die Ausweitung des Verhandlungstatbestandes der Wirtschaftlichkeitsreserve um Produktivität, Fehlbelegungen und Verlagerungspotenzial wird begrüßt. Entscheidend wird aber sein, ob es gelingt, die „allgemeine Produktivität“ gesetzlich und messbar zu operationalisieren. Gemeinsame, bundesweite Empfehlung der Selbstverwaltungspartner zu einzelnen LBFW-Tatbeständen sind aufgrund der unterschiedlichen Interessenlage nicht zielführend und wären auch bereits bisher möglich.

Langfristig ist zu überlegen, ob anstelle von Scheinverhandlungen des LBFW, überlagert von Orientierungswert, Bundesbasisfallwertkonvergenz und nicht operationalisierten Produktivitätsargumenten, die Entwicklung der LBFW aus der dann repräsentativen Kalkulationsstichprobe empirisch abgeleitet werden sollte. Der so ermittelte „Fundamentalwert“ der durchschnittlichen Kosten der Krankenhäuser könnte in den Verhandlungen zum LBFW Berücksichtigung finden und würde so auf tatsächlichen Entwicklungen basieren. Unabwendbare Kostensteigerungen wären ebenso berücksichtigt wie allgemeine Produktivitätsfortschritte. Auch der Grundsatz, dass die Versicherten an den Effizienzgewinnen der Krankenhäuser teilhaben, würde berücksichtigt. Der LBFW als der durchschnittliche Preis für Krankenhausleistungen muss als zentraler Referenzwert für Abrechnung und Zu- und Abschläge in der Höhe stimmen; diese Voraussetzung wäre bei der geplanten Umsetzung verletzt.

C) Änderungsvorschlag

LBFW-Verhandlung: Streichung der Degression im LBFW

Beibehaltung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen und BE Palliativ (Streichung)

Streichung des geplanten Zusatzes in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5: ~~„und die Erlöse für Palliativstationen oder –einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtung vereinbaren“~~

LBFW-Absenkende Berücksichtigung des Sicherstellungszuschlags im Landesbasisfallwert

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5b, § 5 Abs. 2 KHEntgG

In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 sollten nach dem Wort „sind“ die Wörter ~~„oder die Zuschläge auf ergänzende oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen“~~ gestrichen werden.

Hilfsweise absenkende Berücksichtigung im Landesbasisfallwert

Nach § 5 Abs. 2 Satz 4 (neu) sollte folgender neuer Satz 5 eingefügt werden: „Unterschreitet das Land die gemäß § 12 Absatz 2 Nummer 3a Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgewiesene Mindesthöhe der Investitionsförderung, so sind die Sicherstellungszuschläge gemäß § 10 Absatz 3 Nummer 6 absenkend zu berücksichtigen.“

In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 (neu) sind nach den Wörtern „des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2“ die Wörter „oder aufgrund des Unterschreitens der Mindesthöhe der Investitionsförderung nach § 5 Absatz 2 Satz 5“ einzufügen.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Mehrkosten G-BA, Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d

Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Im § 10 Abs. 3 Satz 2 wird vor dem Wort „Berücksichtigung“ das Wort „absenkenden“ eingefügt; nach dem Wort Produktivitätsentwicklung werden die Wörter „(z. B. allgemeiner Verweildauerrückgang)“ eingefügt.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10c

§ 10 Abs. 4 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Werden die Zuschläge in Folge von Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA nicht mehr krankenhausindividuell erhoben, so werden sie in die Landesbasisfallwerte (LBFW) eingerechnet.

In Absatz 4 Satz 4 wird festgelegt, dass die im LBFW erhöhend zu berücksichtigenden, befristeten Zuschläge für Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA bei deren Wegfall den Veränderungswert dominieren.

Die Änderung in Absatz 4 Satz 1 ist redaktionell.

B) Stellungnahme

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 9a

Maximal angemessen wäre eine Zwischenfinanzierung der in G-BA-Richtlinien fixierten Qualitätsanforderungen, bis sie sich zwei Jahre später dezidiert in den Relativgewichten der jeweiligen Leistungen niederschlagen. Eine Überführung in den LBFW führt zu einer inakzeptablen Mehrfachvergütung.

Die redaktionelle Änderung in Absatz 4 Satz 1 ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 ist der Satz 4 zu streichen.

In Absatz 3 Satz 1 Nr. 7 ist zu streichen: ~~„und die befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden“.~~

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10d

§ 10 Abs. 6 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Orientierungswert für Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes soll weiterentwickelt werden (voraussichtliche Anwendung des weiterentwickelten Wertes: 2018). Daneben soll geprüft werden, ob der volle Orientierungswert als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte (LBFW) (und der Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen) Anwendung findet und insoweit der anteilige Orientierungswert oder die Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als Obergrenze für die Veränderung der LBFW künftig unberücksichtigt bleiben.

B) Stellungnahme

Die Weiterentwicklung und Verfeinerung des Orientierungswertes ist grundsätzlich zu begrüßen. Es darf allerdings bezweifelt werden, ob die Nachbesserungen im Detail den Vorstellungen der Krankenhäuser zur „gefühlten“ Kostenentwicklung gerecht werden. Sowohl der derzeitige Orientierungswert als auch die Entwicklung der Bezugsgröße der Kalkulationsstichprobe weisen ähnliche Veränderungsdaten auf. Der tatsächliche Kostenanstieg je Casemixpunkt liegt derzeit im Bereich von ca. 1,5 Prozent. Der tatsächliche Erlöszuwachs je Casemixpunkt (die LBFW-Entwicklung) liegt demgegenüber bei ca. 2,6 Prozent. Auch das Statistische Bundesamt belegt, dass die Betriebskostensteigerungen in der Vergangenheit durch die GKV vollständig finanziert wurden. Die Defizite der ungelösten Investitionsfinanzierungsproblematik durch die Bundesländer werden vom Orientierungswert allerdings nicht erfasst.

Weiterentwicklung „Kosten je Casemixpunkt“

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Orientierungswertes sollte darüber nachgedacht werden, nicht nur die einzelnen Kostenbestandteile im Orientierungswert verbessert abzubilden, sondern auch die Produktivitätssteigerungen mit in die Betrachtung einzubeziehen und den Orientierungswert als Entwicklung der Kosten je Casemixpunkt auszuweisen. Dem LBFW als „Erlös je Casemixpunkt“ würde dann die entsprechende Entwicklung der Kosten als „Kosten je Casemixpunkt“ gegenübergestellt werden. Der oft von Leistungserbringern zitierte Vergleich der Entwicklung der LBFW mit der Tarifentwicklung ist falsch und irreführend. Der Veränderungswert sollte auf Basis der vom Statistischen Bundesamt auszuweisenden „Kostensteigerung je Casemixpunkt“ festgesetzt werden. Der Grundsatz, dass die Versicherten an den Effizienzgewinnen der Krankenhäuser teilhaben, sollte nicht verlassen werden. Argumentations-

muster im Hinblick auf die „doppelte Degression“ greifen dabei nicht, da die tatsächlichen Kostensteigerung der Krankenhäuser auch die Obergrenze des tatsächlichen Vergütungsanstiegs im LBFW sein sollten.

Kein voller Orientierungswert

Die unveränderte Anwendung des vollen Orientierungswertes als Veränderungswert ist abzulehnen. Der volle Orientierungswert wäre ein Schritt zurück zur Selbstkostendeckung. Insbesondere ein einfaches Durchreichen von Tarifsteigerungen im Rahmen der Tarifverhandlungen oder durch etwaige neue „Tarifveränderungsraten“ zulasten der Beitragszahler darf es nicht geben. Tarifverhandlungen würden zukünftig zulasten der Beitragszahler geführt. Eine Streichung der Regelung und die damit verbundene Einführung des vollen Orientierungswertes bergen hohe finanzielle Risiken für die GKV.

Meistbegünstigungsklausel streichen

Gemäß dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sollte im Rahmen der Weiterentwicklung des Orientierungswertes auch die sog. Meistbegünstigungsklausel (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher als der Orientierungswert ist) abgeschafft werden. Die Streichung dieser Meistbegünstigungsklausel fehlt im nun vorliegenden Gesetzentwurf. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der dadurch in den vergangenen Jahren verursachten unbegründeten Mehrausgaben vollkommen unverständlich. Allein in 2015 hat die Anwendung dieser Klausel zu 700 Mio. Euro basiserhöhenden Mehrausgaben geführt. Die Meistbegünstigungsklausel ist fachlich nicht begründet und eine Streichung mehr als überfällig; die Abweichung zu dem Eckpunktepapier ist nicht akzeptabel.

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Da diese Maßnahmen frühestens ab 2018 greifen, sind im Finanztableau, das bis zum Jahr 2018 die Mehrkosten ausweist, keinerlei Finanzwirkungen angeführt. Dies ist falsch. Die Einführung des vollen Orientierungswertes birgt genauso wie die Beibehaltung der Meistbegünstigungsklausel hohe finanzielle Risiken für die GKV. Eine finanzielle Abschätzung dieses Tatbestandes ist schwierig. Ein um ein Prozent zu hoher Veränderungswert führt zu einer Ausgabensteigerung von 650 Mio. Euro.

C) Änderungsvorschlag

Die Meistbegünstigungsklausel ist zu streichen.

In Absatz 6 ist der Satz 5 „Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate.“ zu ersetzen und wie folgt zu fassen: „Unterschreitet der Orientierungs-

wert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert.“

Hilfsweise Änderung:

Hilfsweise ist die Meistbegünstigungsklausel ab 2018 zu streichen.

In Absatz 6 ist der Satz 5 „Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate.“ zu ersetzen und wie folgt zu fassen: „Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert ab dem Jahr 2018 dem Orientierungswert.“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10e

§ 10 Abs. 8 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2016 wird die Konvergenz der Landesbasisfallwerte (LBFW) an einen einheitlichen Korridor auf Bundesebene fortgesetzt. Der asymmetrische Korridor wird verengt, d. h. die untere Korridorgrenze wird auf 1,02 Prozent – statt bisher 1,25 Prozent – festgesetzt, wobei die obere Grenze bei 2,5 Prozent bestehen bleibt. Eine sechsjährige Konvergenzphase soll die Basisfallwerte an die obere Korridorgrenze heranführen. Die LBFW unterhalb des Korridors werden im Jahr 2016 in einem Schritt auf die untere Korridorgrenze angehoben, während die LBFW oberhalb des Korridors (voraussichtlich nur Rheinland-Pfalz) in sechs gleichen Schritten bis zum Jahr 2021 an die obere Korridorgrenze angeglichen werden. Fehlschätzungsausgleiche und -berichtigungen sind nach Abschluss der unterschiedlichen Angleichungsverfahren nur insoweit durchzuführen, als die untere bzw. obere Korridorgrenze dadurch nicht unter- bzw. überschritten wird.

Im Saldo sollen daraus Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 70 Mio. Euro im Jahr 2016, rd. 60 Mio. Euro im Jahr 2017, rd. 50 Mio. Euro im Jahr 2018, rd. 45 Mio. Euro im Jahr 2019 und rd. 40 Mio. Euro im Jahr 2020 resultieren.

Berücksichtigung von Sicherstellungs- und Notfallversorgungszuschlägen in der Konvergenz

Eine Unterschreitung der unteren Korridorgrenze ist möglich, 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 LBFW zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Die Fehler der LBFW-Konvergenz werden durch die angestrebten Anpassungen des Korridors nicht gelöst. Im Gegenteil: Die einseitige Belastung der Kostenträger durch die Konvergenz wird verstärkt. Es gibt keinen fachlichen Grund, den Korridor asymmetrisch fortzuführen und lediglich die untere Korridorgrenze anzuheben. Stattdessen wäre ein Korridor, der eine ausgabenneutrale Umverteilung im Rahmen der Konvergenz ermöglicht, der richtige Weg. Folgt man den Empfehlungen des Gutachtens des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI 2013) zur unterschiedlichen Höhe der LBFW, so macht eine Angleichung der LBFW ohne Angleichung der Investitionsquoten der Bundesländer keinen Sinn. Auch die Einführung einer sechsjährigen Konvergenz für das Bundesland Rheinland-Pfalz ist

nicht nachvollziehbar. Die ersatzlose Streichung der Kappung und die damit verbundene sofortige Heranführung des rheinland-pfälzischen LBFW an die obere Korridorgrenze wären hingegen sachgerecht. Alternativ wäre es denkbar, die Konvergenzbeträge als Zuschläge zur oberen Korridorgrenze auszuweisen. Zudem wäre bei einer Verengung des Korridors eine symmetrische Ausgestaltung der Korridor Grenzen auf + 1,76 Prozent und – 1,76 Prozent der in dem Gesetzentwurf vorgeschlagenen Lösung vorzuziehen. Die jetzigen Regelungen zur Anhebung der unteren Korridorgrenze stellen lediglich einen Finanztransfer der Versicherten an die Bundesländer ohne fachlichen Hintergrund dar.

Es ist unverständlich, dass Fehlschätzungsausgleiche und –berichtigungen nach Abschluss der unterschiedlichen Angleichungsverfahren nur insoweit durchzuführen sind, als die untere bzw. obere Korridorgrenze dadurch nicht unter- bzw. überschritten wird.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass ein Preisniveau am unteren Korridorrand nichts über die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser oder gar den Finanzbedarf derselben aussagt. Eine empirische Ermittlung der absoluten Höhe der Kosten der Krankenhäuser und deren Entwicklung auf Basis der zukünftig repräsentativen Kalkulationsstichprobe zur Erhöhung der Transparenz über die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser wäre mehr als angezeigt. Bereits heute wird für den Standardfall selbst einem „Durchschnitts“-Krankenhaus ein Aufschlag auf die Kosten von ca. 10 Prozent für jede Leistung gezahlt!

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die weitere Annäherung der LBFW führt laut Finanztableau in 2016 zu GKV-Mehrausgaben in Höhe von 70 Mio. Euro (2017: 60 Mio. Euro, 2018: 50 Mio. Euro, 2019: 45 Mio. Euro, 2020: rd. 40 Mio. Euro). Die hier angesetzte Höhe der Mehrausgaben in 2016 ist nachvollziehbar. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird aber bei der Betrachtung der finanziellen Auswirkungen für die Folgejahre die Basiswirkung der Konvergenz außer Acht gelassen.

Vgl. Stellungnahme zu den finanziellen Auswirkungen im Einleitungsteil dieser Stellungnahme.

Berücksichtigung von Sicherstellungs- und Notfallversorgungszuschlägen in der Konvergenz

Es wird begrüßt, dass im LBFW eine absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen erst nach der Angleichung an die untere Korridorgrenze erfolgt. Dies ist notwendig, da die absenkende Berücksichtigung in Ländern an der unteren Korridorgrenze ansonsten keine Wirkung entfalten würde und es zu einer Ungleichbehandlung zwischen Ländern an der unteren Korridorgrenze und Ländern innerhalb des Korridors käme.

C) **Änderungsvorschlag**

Streichung der im Gesetzentwurf angestrebten Änderungen im § 10 Abs. 8

Die Regelung sollte stattdessen wie folgt gefasst werden:

Symmetrische Ausgestaltung des Bundesbasisfallwertkorridors (bei gleichzeitiger Verengung):
In § 10 Abs. 8 Satz 1 ist der Wert + 2,5 Prozent zu streichen und durch + 1,76 Prozent zu ersetzen. Zudem ist in § 10 Abs. 8 Satz 1 der Wert - 1,25 Prozent zu streichen und durch - 1,76 Prozent zu ersetzen.

Streichung der bisherigen Kappingsregelung des § 10 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG

§ 10 Abs. 8 Satz 8 KHEntgG: Streichung des Satzteils nach dem Semikolon

Konvergenzregelung zur Angleichung an den oberen Grenzwert als Zuschlagsbetrag

§ 10 Abs. 8 Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den oberen Grenzwert angeglichen. Der für das Jahr 2016 ermittelte Angleichungsbetrag wird als Zuschlag auf den Landesbasisfallwert wie folgt ermittelt: für 2016 in Höhe von 75 Prozent, für 2017 in Höhe von 50 Prozent, für 2018 in Höhe von 25 Prozent des ermittelten Angleichungsbetrages.“

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10f

§ 10 Abs. 10 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit der ab dem 01.01.2020 erfolgenden Umstellung auf einen nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten (LBFW) ermittelten bundeseinheitlichen Basisfallwert und dessen Korridor Grenzen setzt die Regelung die Rahmenbedingungen für eine möglichst frühzeitige Vereinbarung der LBFW. Ab dem Jahr 2020 läuft das Schiedsstellenverfahren dann automatisch an, d. h. ohne Antrag einer Vertragspartei, wenn der Landesbasisfallwert nicht bis zu dem gesetzlich vorgegebenen Termin am 30.11. vereinbart worden ist. Die Schiedsstelle hat den LBFW in diesem Fall innerhalb von sechs Wochen festzusetzen. Die Regelung wirkt verzögerten Verhandlungen der LBFW entgegen und sorgt dafür, dass Krankenhäuser und Kostenträger frühzeitig Planungssicherheit für die Budgetverhandlungen erhalten. Die Regelung findet erstmals Anwendung für die im Jahr 2019 zu vereinbarenden LBFW, wenn diese nicht vor dem 01.01.2020 vereinbart wurden.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10g

§ 10 Abs. 12 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes (LBFW) 2017 zu überführenden Mittel des Hygieneförderprogramms auch die Mittel für die krankenhauserne Besetzung neu geschaffener Hygienestellen umfasst. Zudem wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 4 vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des § 10 Abs. 12 KHEntgG um die Klarstellung, dass ab 2017 auch die finanziellen Mittel für die krankenhauserne Besetzung neu geschaffener Stellen für Hygienefachkräfte in die Vereinbarung des LBFW einfließen, ist ebenso nachvollziehbar, wie die redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 4.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 10h

§ 10 Abs. 13 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Fixkostendegressionsabschlag:

Statt der absenkenden Berücksichtigung der Leistungsentwicklung (Degression) im Landesbasisfallwert (LBFW) werden ab 2017 zusätzliche Leistungen im Rahmen eines Fixkostendegressionsabschlages auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbart. Für die Vereinbarungen auf Krankenhausebene werden auf der Landesebene verbindliche Vorgaben zur Mindestabschlagshöhe und -dauer vereinbart.

Die in der Vereinbarung auf der Landesebene festgesetzte Mindestabschlagsdauer beträgt fünf Jahre. Die Mindestabschlagshöhe ist in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen zu vereinbaren. Für die Vereinbarung der Abschlagshöhe wird vorgegeben, dass gegenüber einer für das Jahr 2015 ausdrücklich oder implizit bei der Verhandlung des LBFW vereinbarten Absenkung bei einer Anwendung des Fixkostendegressionsabschlages durch die Vertragsparteien vor Ort keine Mehrausgaben entstehen dürfen. Die Vereinbarung auf der Landesebene ist mit Wirkung für die Vertragsparteien vor Ort bis zum 30.09., erstmals bis zum 30.09.2016, zu treffen. Damit ist im Herbst 2016 erstmals die Abschlagshöhe zusammen mit dem bundesweiten Ausnahmekatalog für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages bei den prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Da die absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen als Verhandlungstatbestand für die Verhandlung des LBFW aufgehoben wird, hat die Vereinbarung der Abschlagsquoten zukünftig inhaltlich unabhängig von der Verhandlung des LBFW zu erfolgen. Von der Vereinbarung auf der Landesebene unberührt bleibt die finanzielle Wirkung des von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden engen Katalogs von unverzichtbaren Ausnahmen.

Die Vertragsparteien vor Ort haben für Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression oder für Leistungen mit Anhaltspunkten zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen höhere Abschlagsquoten und -dauern zu vereinbaren (§ 4 Abs. 2b).

B) Stellungnahme

Die Verlagerung der Degression auf die Krankenhausebene ist neben der nicht gelösten Investitionsfinanzierung die zentrale Fehlentscheidung der skizzierten Krankenhausreform. Die Bemühungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Lösung der Mengenproblematik durch

Preissteuerung sind zwar anzuerkennen, werden aber in unzulässiger Weise mit Instrumenten der Preissteuerung vermengt. Die im LBFW verankerte Mengendegression war Teil der Preisbildung auf Landesebene, nicht der Mengensteuerung. Ziel war die Verhandlung eines für Krankenhausleistungen angemessenen Preises im Zusammenspiel mit der allgemeinen Kostensteigerung. Die Mengensteuerung hingegen wurde seit 2009 durch den Mehrleistungsabschlag auf der Krankensebene vorgenommen. Dieser sollte einen Anreiz setzen, zusätzliche Leistungen aus ökonomischen Gründen zu unterlassen. Der Mehrleistungsabschlag diente nicht der Preisbildung (weshalb er nur temporär wirkt und durch den Versorgungszuschlag in seiner Finanzwirkung mehr als ausgeglichen wurde). Die nun vorgesehenen Maßnahmen vermengen Preisbildung und Mengensteuerung sowohl auf den verschiedenen Verhandlungsebenen (Haus und Land) als auch hinsichtlich der Dauer der Wirkung. Das im Gesetzentwurf entworfene System ist in seiner Wirkung aus diesen Gründen nicht durchdacht und führt mittelfristig zu enormen basiswirksamen Mehrausgaben. Der Grundsatz, dass die Versicherten bei der Preisbildung an den Effizienzgewinnen der Krankenhäuser teilhaben, wird schwer beschädigt. Hauswerte, Landeswert und Bundeswert werden durch die Maßnahmen voneinander entkoppelt. Es ist nicht mehr erkennbar, welche Ebene für die Preisbildung im Krankenhausbereich verantwortlich zeichnet.

„Gleicher Preis für gleiche Leistung“ in Gefahr!

Anstatt die vermeintliche „doppelte Degression“ und die vermeintliche „Kollektivhaftung“ abzuschaffen, provoziert man neue, viel schwerwiegendere Dissonanzen und Intransparenz im System. Wollte man die „Kollektivhaftung“ im LBFW wirklich abschaffen, so müsste man konsequenterweise auch die für Krankenhäuser „positive Kollektivhaftung“ mit abschaffen. Durch den Anstieg des LBFW um die allgemeine Kostenentwicklung profitieren auch Krankenhäuser ohne diesen durchschnittlichen Kostenanstieg (Haus- und Notlagentarifverträge, Einkaufsverbände etc.). Verfolgt man die Abschaffung der vermeintlichen „Kollektivhaftung“ bis zum Ende, so bleibt nur die Selbstkostendeckung als vermeintlich gerechtestes aller Vergütungssysteme, da hier jedes Krankenhaus unberührt von der Umwelt seinen Preis bzw. seine Kosten erstattet bekommt. Ob es damit allerdings gerechter wird, sei dahingestellt. Die Einführung des DRG-Systems folgte den Prinzipien „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ und „Das Geld folgt der Leistung“. Diese Prinzipien wurden damals als gerecht empfunden und sie sind es auch heute noch. Wirtschaftliche Interdependenzen sind etwas ganz Alltägliches. Historisch gewachsene Budgets je nach vergangener Leistungsmengenentwicklung wurden und werden als ungerecht empfunden. Zwei fünfjährige für die Versicherten teure Konvergenzphasen später ist man auf dem Weg zurück in die Vergangenheit. Das so skizzierte System wird nur wenige Jahre ohne korrigierende Eingriffe funktionieren, weil Haus-, Landes- und Bundesebene nicht stimmig miteinander verbunden sind, die Ausgabenneutralität der Um-

stellung nicht gewährleistet ist und Hausbasisfallwerte auf der einen und Bundes- und Landesbasisfallwerte auf der anderen Seite auseinanderdriften werden.

Verlagerung der Degression

Grundsätzlich ist es nicht möglich, die basiswirksame Degression auf Landesebene durch einen zeitlich befristeten Fixkostendegressionsabschlag auf Krankenhausebene ausgabenneutral zu ersetzen. Ein Fixkostendegressionsabschlag ist gerechtfertigt, da Leistungssteigerungen nicht unmittelbar zu steigenden Aufwendungen beim Personal (Fixkosten) führen. Mehrkosten für die Krankenhäuser entstehen bspw. für Medizinprodukte oder Arzneimittel (variable Kosten). Somit führen steigende Leistungsmengen zu günstigeren krankenhausspezifischen Kostenstrukturen (Kostenvorteil). Die Grundkosten für die Infrastruktur sind bereits über das vereinbarte Krankenhausbudget finanziert. Es sollten nachfolgende Anforderungen an eine kostenneutrale Umsetzung gestellt werden.

Der neu auszugestaltende Fixkostendegressionsabschlag ist kein originäres Element der Preissteuerung, sondern gilt als Instrument der Mengensteuerung, indem er die Attraktivität der Mehrmengen reduziert. Durch die Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Hausebene sollen keine Mehrausgaben entstehen. Dies ist zwar begrüßenswert, kann aber in der derzeitigen Formulierung dazu führen, dass der Fixkostendegressionsabschlag mit null Prozent angesetzt werden muss. Ist der Mengenzuwachs auf der Landesebene im Saldo bspw. null, so ist der Fixkostendegressionsabschlag auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser ebenfalls null. Eine Mengensteuerung gibt es dann nicht. Durch den zeitlichen Versatz wird das Mengenproblem in den Folgejahren zyklisch immer wieder akut werden. Daher ist ein basiswirksamer, dauerhafter und zeitlich nicht begrenzter Abschlag mit fester Mindestabschlagsquote (bspw. 50 Prozent bis 65 Prozent) erforderlich. Die Mindestabschlagsquote ist vertretbar, da der Fixkostendegressionsvorteil auf Einzelhausebene anfällt, auch wenn die Leistungsveränderung im Land null beträgt. Den Krankenhäusern in diesem Fall den Fixkostendegressionsvorteil zu belassen, käme „positiver Kollektivhaftung“ gleich.

Bei der Umsetzung sollte weitgehend auf Ausnahmetatbestände verzichtet werden, damit die Zielsetzung der Mengensteuerung nicht gefährdet wird.

Aktuell wird für zusätzlich vereinbarte Fälle im Vergleich zum Vorjahr im Rahmen der LBFW-Verhandlungen auf Landesebene ein dauerhafter Abschlag in Höhe von durchschnittlich 50 Prozent erhoben. Der neu geschaffene Fixkostendegressionsabschlag muss eine effektive Mengensteuerung zum Ziel haben. Dies kann nur erreicht werden, wenn ein Mindestabschlag in Höhe von 50 Prozent bis 65 Prozent gesetzlich festgelegt wird. Zusätzliche Leistungen des Krankenhauses werden damit in Höhe der variablen Kosten (d. h. mindestens zu 35 Prozent) vergütet. Um bei der Verlagerung auf die Hausebene die geplante Kostenneut-

ralität sicherzustellen, sind die Abschläge unbefristet in Ansatz zu bringen, solange Mehrleistungen durch ein Krankenhaus erbracht werden. Ausgangspunkt ist dabei das vereinbarte Mengenvolumen des Jahres 2016, das als Basisjahr heranzuziehen ist. Hierdurch wird die Basiswirksamkeit des Fixkostendegressionsabschlages gewährleistet. Es wird ein dauerhafter Fixkostendegressionsabschlag für jeden geleisteten zusätzlichen Casemixpunkt erhoben.

„Divergenzproblematik“

Es ist absehbar, dass die vorgesehenen Maßnahmen zur Verlagerung der Kostendegression auf die Krankenhausebene nur unter Beachtung der oben ausgeführten Hinweise kostenneutral sein werden. Jedoch muss man sich auch der Tatsache bewusst sein, dass durch die Verlagerung der Mengendegression auf die Krankenhausebene der Preis auf der Krankenhausebene bei Mehrleistungen stagnieren oder sogar sinken wird. Da mit dem Degressionseffekt auf Landesebene der bisher wichtigste absenkend wirkende Verhandlungstatbestand entfällt, besteht die Gefahr, dass der LBFW in vielen Fällen um den vollen Veränderungswert steigt. Innerhalb kürzester Zeit wird sich eine zweite „Divergenz“ zwischen Krankenhauspreisen und Landespreis ausbilden, die sich Jahr für Jahr immer weiter aufbauen wird (ob nun auf fünf Jahre begrenzt oder dauerhaft). Ein ähnliches Phänomen gab es Ende 2009, als zusätzliche Leistungsmengen nur anteilig zum LBFW vergütet wurden („Divergente Basisfallwerte“). Es lässt sich vorhersehen, dass dieses System einer sich weitenden Lücke zwischen Hauswerten auf der einen und Landes- und Bundeswert auf der anderen Seite nicht kostenneutral funktionieren kann und Gerechtigkeitsprobleme evoziert. In dem im Entwurf skizzierten System wird sich nach gegenwärtigem Stand über fünf Jahre eine Divergenzlücke zwischen Hausbasisfallwerten und Landes- bzw. Bundesbasisfallwert aufbauen. Nach den fünf Jahren wird das System dauerhaft, basiswirksam teurer sein, als das bestehende.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung und Beibehaltung der Degression im Landesbasisfallwert

Hilfsweise ist § 10 Abs. 13 wie folgt zu fassen:

„(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden **unbefristeten** Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), **von mindestens 50 Prozent**. ~~wobei der Abschlag jeweils für fünf Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist 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 Anwen-~~

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 104 von 179

~~dung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 9
Absatz 1 Nummer 6 bleiben hiervon unberührt.“~~

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 11

§ 11 KHEntgG – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dem Abschnitt über die Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus wird als Maßgabe die Erfüllung von Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V ergänzt.

In Absatz 4 Satz 1 wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 8 und Artikel 6 Nr. 15. Die Ergänzung der Maßgabe der Erfüllung der Mindestmengen ist folgerichtig. Es fehlt jedoch die Maßgabe der Erfüllung der Struktur- und Prozessqualität.

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ die Wörter „, der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkatalogs nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Einhaltung der Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 12

§ 15 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG – Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Rechtsbereinigung. Die Regelung ist durch Zeitablauf nicht mehr relevant.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 13a, b

§ 21 Abs. 1 und 2 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Datensatz nach § 21 wird durch die Änderung zusätzlich zur Postleitzahl der Wohnort der Versicherten erhoben.

B) Stellungnahme

Nach bisheriger Rechtslage wird lediglich die Postleitzahl des Wohnorts der Patienten erhoben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Erweiterung des Datensatzes um den Wohnort des Versicherten. Insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Krankenhausplanung und Krankenhausstatistik ist dies eine sachgerechte Maßnahme. Auswertungen zeigen, dass ca. drei Prozent aller Fälle (rd. 600.000 Fälle) Kreisgrenzen überschreitende Postleitzahlen aufweisen.

Von ebenso großer Bedeutung für die Krankenhausplanung ist jedoch auch die eindeutige Zuordnung des Patienten auf einen Krankenhausstandort. Aktuell wird zur Identifikation des Krankenhausstandorts das Krankenhaus-Institutskennzeichen (IK) genutzt. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass das Krankenhaus-IK nicht ausreicht, um einen Krankenhausstandort hinreichend genau zu bestimmen. So verfügt z. B. der Berliner Krankenhauskonzern Vivantes mit seinen neun Kliniken nur über ein einziges Krankenhaus-IK. Der GKV-Spitzenverband hat ein Konzept für eine eindeutige Krankenhaus-Identifikationsnummer entwickelt, das dieses Problem behebt (vgl. III. Ergänzender Änderungsbedarf).

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen sind um die Einführung einer Krankenhaus-Identifikationsnummer (vgl. Stellungnahme unter III. Ergänzender Änderungsbedarf) zu ergänzen.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 13c

§ 21 Abs. 3 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bestimmt, dass Länder, die ihre Investitionsförderung auf der Grundlage von leistungsorientierten Investitionspauschalen nach § 10 KHG durchführen oder dies beabsichtigen, zusätzlich zu den bisher übermittelten Daten auch die Höhe der je Behandlungsfall abgerechneten Entgelte erhalten.

B) Stellungnahme

Länder, die ihre Investitionsförderung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen ermitteln, benötigen neben der Art der Leistung auch die konkret abgerechnete Entgelthöhe. Die Erweiterung des entsprechenden Datensatzes ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht.

Nach bisheriger Rechtslage erfolgt die Übermittlung zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ohne Patientenbezug. Insbesondere für Fragestellungen der Fallzusammenführung und sektorenübergreifenden Behandlung ist es jedoch notwendig, Bezüge zwischen verschiedenen Aufenthalten eines Patienten herstellen zu können. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist die Zuordnung von korrespondierenden stationären und ambulanten Behandlungen notwendig für die Vorbereitung und die Umsetzung des Prüfauftrages zur Einbeziehung ambulanter Krankenhausleistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen in das PEPP-Vergütungssystem. Die Belange des Datenschutzes werden durch die Pseudonymisierung des Patientenmerkmals berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen sind um die Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID zu ergänzen (vgl. Stellungnahme unter III. Ergänzender Änderungsbedarf).

In § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Daten nach Absatz 2 Nummer 1“ die Wörter „, Nummer 2 Buchstabe a in pseudonymisierter Form“ eingefügt.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 13d

§ 21 Abs. 3a KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Datennutzung zur Qualitätssicherung

Der Absatz 3a wird neu gefasst, so dass künftig der G-BA beschließt und verantwortet, welche Leistungsdaten zu Zwecken der Qualitätssicherung entweder vom Institut nach § 137a SGB V oder einer anderen beauftragten Stelle verwendet werden dürfen.

B) Stellungnahme

Datennutzung zur Qualitätssicherung

Die unter A) zusammengefasste Regelung gibt im Wesentlichen die Interpretation der Gesetzesbegründung wieder. Ob die Formulierung des Absatzes 3a in ihrer Aussage der Gesetzesbegründung entspricht, kann angezweifelt werden.

Da die bisherige Regelung in ihrer operativen Umsetzung problembehaftet war, ist eine Neufassung, die die wesentliche Entscheidungskompetenz an den G-BA gibt, einerseits nachvollziehbar. Andererseits gefährdet diese Regelung die fachliche Unabhängigkeit des wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Daher ist sicherzustellen, dass das Institut nach § 137a auch Daten zur Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und damit zu Forschungs- und Entwicklungszwecken erhalten kann. Im Zuge des Entwicklungsprozesses von Qualitätssicherungsmaßnahmen muss ggf. auf umfangreichere Datenbestände zurückgegriffen werden, als dies beim reinen Durchführen solcher Maßnahmen notwendig ist.

Problematisch könnte der in Absatz 3a Satz 3 formulierte Ermessensspielraum der DRG-Datenstelle bei der Beurteilung sein, ob es sich um eine „glaubhaft dargelegte Notwendigkeit“ im Hinblick auf die Datennutzung handelt. Schließlich liegt der Datenanforderung ein Beschluss des G-BA zugrunde.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3a Satz 1 wird zwischen „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und „durchführen zu können“ eingefügt: „entwickeln und“.

In Absatz 3a Satz 3 wird das Wort „~~glaubhaft~~“ gestrichen.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Nr. 14

Anlage 1 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Anlage werden im Wege der Rechtsbereinigung Anpassungen zu nicht mehr anzuwendenden Regelungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 KHEntgG. Dies ist eine Folgeänderung der Abschaffung des Versorgungszuschlags nach § 8 Abs. 10 KHEntgG zum 01.01.2017

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nrn. 1 und 2

§ 10 Abs. 9 und 11 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2021 sollen die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert (LBFW) gestärkt und der Bundesbasisfallwert im Nachgang zu den LBFW-Verhandlungen berechnet werden. Es erfolgt eine entsprechende Vorverlegung der Frist der Berechnung des Bundesbasisfallwertes durch das InEK bis zum 15.03. des laufenden Jahres. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf dieser Basis bis zum 31.03. den einheitlichen Bundesbasisfallwert und -korridor.

Die LBFW sind bei Abweichungen zu dem vereinbarten Korridor bis zum 30.04. des laufenden Jahres entsprechend anzupassen. Die Regelungen zu der der Vereinbarung der LBFW nachgehenden Ermittlung des Bundesbasisfallwertes und zu den daraus resultierenden Ausgleichszahlungen (§ 10 Abs. 9 und 11 KHEntgG) treten zum 01.01.2021 in Kraft.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Umkehrung der LBFW-Verhandlungen und der Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes ab 2021 wird begrüßt und löst das Problem eines fehlenden Fehlschätzungsausgleiches. Die Regelung stärkt prinzipiell die Verhandlungen auf Landesebene, findet aber unverständlicherweise erst ab 2021 Anwendung. Leider wird diese Regelung durch die Streichung der Mengendegression im LBFW, welche das Hauptargument der Kostenträger zur Absenkung der Preise im Rahmen der LBFW-Verhandlungen darstellt, überlagert. Um den Krankenhäusern in den jeweiligen Bundesländern die finanziellen Mitnahmeeffekte der Veränderung der Korridor Grenzen und der Fehler der Bundesbasisfallwertkonvergenz zulasten der Versicherten zukommen zu lassen, wird bis zum Jahr 2021 die falsche Systematik einer Vorabanhebung des Bundesbasisfallwertkorridors um den vollen Veränderungswert (ohne Ausgleichsmechanismus) beibehalten. Die Regelung zur Umkehrung der LBFW-Verhandlungen und der Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes sollte sofort in Kraft treten.

C) Änderungsvorschlag

Die LBFW-Verhandlungen sollten sofort gestärkt und der Bundesbasisfallwert im Nachgang zu den LBFW-Verhandlungen bereits ab 2016 berechnet werden: Inkrafttreten der Neuregelungen zum 01.01.2016.

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 1

Inhaltsübersicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Überschrift der §§ 3 und 4 werden redaktionelle Jahreszahländerungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 2

§ 1 Abs. 1 Satz 1 BPfIV – Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 17b Abs. 1 KHG vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 3

§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 BPfIV – Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neuregelung des Entlassmanagements nach einer Krankenhausbehandlung in § 39 Abs. 1a SGB V durch das GKV-VSG vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 4

§ 5 BPfIV – Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 eröffnet auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen entsprechend der Maßgaben des KHG und des KHEntgG.

Absatz 4 ermöglicht den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, Zuschläge für Mehrkosten in Folge von Beschlüssen des G-BA entsprechend der Maßgaben des KHG und des KHEntgG zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und zu Artikel 2 Nr. 5d, Nr. 9a und 10c.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 4 wird gestrichen.

Hilfsweise belassen, sofern Streichung von § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BPfIV.

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 5

§ 8 Abs. 4 BPfIV – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 ergibt sich eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 6a

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BPfIV – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse, Zentrumszuschläge, Qualitätszu- und -abschläge, Notfallversorgung

Analog der Regelung in § 9 Abs. 1a KHEntgG erfolgt eine Festlegung, für welche Leistungen die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben für Zu- und Abschläge zu vereinbaren haben. Dies erfolgt durch eine Ergänzung in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3.

B) Stellungnahme

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse, Zentrumszuschläge, Qualitätszu- und -abschläge, Notfallversorgung

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9a.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 wird nach „§ 9 Absatz 1a Nummer“ die „1.“ gestrichen.

Hilfsweise wird auf die Neufassung von § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9a) verwiesen.

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 6b

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 BPfIV – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift wird im Wege der Rechtsbereinigung angepasst. Darüber hinaus werden redaktionelle Änderungen als Folge der Änderung des § 10 Abs. 6 KHEntgG vorgenommen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10d, § 10 Abs. 6 KHEntgG

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10d, § 10 Abs. 6 KHEntgG

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 6c

§ 9 Abs. 1 Satz 2 BPfIV – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung wird im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen. Ab dem Jahr 2016 findet wieder § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 Anwendung.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 7

§ 10 Abs. 2 Satz 1 BPfIV – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da der Aufwand für Zuschläge in der Regel bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts zu berücksichtigen. Mit der Änderung von § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 wird vorgegeben, dass analog zu den Regelungen im KHEntgG bestimmte Zuschlagstatbestände bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts nicht mindernd zu berücksichtigen sind.

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 wird analog der Regelung in § 10 Abs. 3 Nr. 7 KHEntgG festgelegt, dass, wenn die Zuschläge in Folge von Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA nicht mehr krankenhausesindividuell erhoben werden, eine Berücksichtigung in den Landesbasisentgeltwerten erfolgt. Zusätzlich wird klargestellt, dass Abschläge für Leistungen, die in unzureichender Qualität erbracht werden, nicht erhöhend auf den Landesbasisentgeltwert wirken.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zur Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen zu Artikel 2 Nr. 10b

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme zur Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen zu Artikel 2 Nr. 10b

Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 ist zu streichen.

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 8

§ 14 Abs. 1 Satz 1 BPfIV – Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass alle nach der BPfIV krankenhausesindividuell vereinbarten Zu- und Abschläge der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde unterliegen. Bisher bezog sich die Genehmigungspflicht nur auf die in § 5 BPfIV explizit genannten Zu- und Abschläge.

B) Stellungnahme

Der Klarstellung wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

Nr. 9

§ 18 Abs. 2 BPfIV – Übergangsvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung, dass der Nachweis der Stellenbesetzung, die zweckentsprechende Mittelverwendung als auch die Rückzahlungspflicht von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln sich sowohl auf die regulär nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als auch auf die nachverhandelten Personalstellen bezieht. Die Regelung gilt sowohl für Einrichtungen, die krankenhaushausindividuell tagesgleiche Pflegesätze abrechnen, als auch für diejenigen, die bereits nach dem pauschalierenden Entgeltsystem abrechnen.

B) Stellungnahme

Der Klarstellung wird zugestimmt. Eine ausreichende Personalausstattung in der Psychiatrie ist für eine gute Patientenversorgung unabdingbar. Daher muss sichergestellt sein, dass die Krankenhäuser anhaltend die von der Solidargemeinschaft finanzierte Personalbesetzung vorhalten. Dies gelingt nur, wenn die im Rahmen der Psych-PV gewährten Vollkräfte und Finanzierungsmittel nachweislich, d. h. durch entsprechende Testate der Jahresprüfer, auch wirklich besetzt sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 1

§ 65c Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und Abs. 8 Satz 1 SGB V – Klinische Krebsregister

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 2

§ 81 Abs. 3 Nr. 2 SGB V – Satzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 3

§ 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 4

§ 87a Abs. 5 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Senkung des Investitionskostenabschlags auf fünf Prozent soll eine angemessene Berücksichtigung des derzeitigen Förderumfangs der Investitionskosten ermöglicht werden. Die Senkung des Investitionskostenabschlags führt in der Folge zu einer höheren Vergütung der in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen, sowohl für Leistungen innerhalb als auch für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden entsprechend durch die Krankenkassen höher vergütet. Zur Finanzierung der höheren Vergütung für die Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit befreiender Wirkung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen entsprechend erhöht.

Dazu sind in den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte durch den Bewertungsausschuss auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Senkung des Investitionskostenabschlags innerhalb der Honorarverteilung entspricht.

B) Stellungnahme

Eine Absenkung des Investitionskostenabschlages nach § 120 Abs. 3 Satz 2 auf fünf Prozent wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Damit entfällt die entsprechende Anpassung der zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung heranzuziehenden Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 13

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 5

§ 91 Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 SGB V – Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 6

§ 92 Abs. 7f Satz 1 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 7

§ 92a Abs. 4 Satz 1 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund redaktioneller Anpassungen in Artikel 6 Nr. 20 zur anteiligen Finanzierung von Struktur- und Innovationsfonds durch die Landwirtschaftliche Krankenkasse in § 221 SGB V erfolgt in dieser Vorschrift eine redaktionelle Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 8

§ 109 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 Satz 1 SGB V – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Kriterien für den Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nach § 108 Nr. 3 werden eine qualitative hochwertige und patientengerechte Krankenhausbehandlung ergänzt.

In Absatz 3 erfolgt neben einer redaktionellen Änderung unter Nr. 1 die Neuformulierung der Nr. 2. Die alte Nr. 2 wird zur Nr. 3. Damit stellt Nr. 2 klar, dass Versorgungsverträge mit Krankenhäusern nicht abgeschlossen werden dürfen, wenn sie anhand der Qualitätsvorgaben und Bewertungskriterien des G-BA oder gemäß des Landesrechtes nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen. Gleiches gilt, wenn wiederholt Qualitätsabschlüsse fällig werden.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist folgendermaßen zu fassen:

„2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien **länger als ein Jahr** unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen **länger als ein Jahr** nicht erfüllt, Qualitätsabschlüssen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder“

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 9

§ 110 Abs. 1 und 2 SGB V – Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen in den Absätzen 1 und 2 zielen darauf, die Vorgaben des G-BA und der Länder für eine patientengerechte und qualitätsgesicherte stationäre Versorgung der Versicherten verbindlich umzusetzen. So werden die Kündigungsmöglichkeiten von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach § 109 Abs. 1 bzw. § 108 Nr. 3 SGB V um den Aspekt unzureichender Qualität erweitert und verfahrenstechnisch erleichtert. Zudem trägt die Landesbehörde eine Beweislast, falls sie die Genehmigung einer Kündigung versagt.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt, wobei die unter Nr. 7 bzw. unter Artikel 1 Nr. 3 geäußerte Kritik ihre Bedeutung behält. Bedeutsam wäre auch eine Kündigungsmöglichkeit für einzelne Fachabteilungen, die unzureichende Qualität erbringen. In Verbindung mit § 110 Abs. 1 Satz 3 wird davon ausgegangen, dass eine Kündigung aus Qualitätsgründen auch für Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V möglich ist.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird nach dem neuen Satz 2 angefügt: „Die Kündigung kann sich auch auf einzelne Fachabteilungen beziehen.“

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 10

§ 110a SGB V – Qualitätsverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen und Krankenhäuser sollen zeitlich befristet für vier vom G-BA bis zum 31.12.2017 festzulegende, planbare Leistungen bzw. Leistungsbereiche aus dem stationären Sektor Verträge abschließen können, in denen höhere Qualitätsstandards und besondere Anreizsysteme definiert werden. Hierzu vereinbaren die Selbstverwaltungspartner bis zum 31.07.2018 verbindliche Rahmenvorgaben.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Öffnung über Qualitätsverträge für vier vom G-BA ausgewählte, planbare Leistungen wird begrüßt. Instrumente zur Preis- und Mengensteuerung werden Teil dieser Verträge sein. Die Qualitätssicherung sollte kollektiv erfolgen. Verträge sollten jedoch auch kassenspezifisch abgeschlossen werden können. Es wird begrüßt, dass in Qualitätsvereinbarungen nicht festgeschrieben werden darf, dass Qualitätsverträge mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig sind. Jeder einzelnen Krankenkasse muss es jedoch möglich sein, mit Krankenhäusern Verträge zu schließen. Es ist richtig, dass es keinen Anspruch auf Vertragsabschluss eines Krankenhauses gibt.

Die bundesweite und einheitliche Festlegung der Qualitätskriterien ist für die vorgesehene Erfolgsbewertung entscheidend. Nur mit aussagekräftigen Kriterien lassen sich unterschiedliche Qualitätsniveaus differenzieren. Erst der Nachweis einer überdurchschnittlichen Leistung macht ein Krankenhaus zum Kandidaten für einen qualitätsorientierten Direktvertrag mit einer Krankenkasse. Durch diesen Wettbewerb steigt das Niveau im gesamten ausgewählten Leistungsbereich. Auch Versicherte und Patienten erhalten auf diese Weise zusätzliche, entscheidungsrelevante Informationen. Die Evaluation der Qualitätsverträge nach Ablauf des Erprobungszeitraums wird begrüßt und kann bei erfolgreicher Umsetzung dazu dienen, die Qualitätsverträge auszuweiten.

Die vorgesehene Schiedsstellenfähigkeit der Rahmenvereinbarung sowie die Möglichkeit zur Anrufung der Schiedsstelle durch das BMG sind begrüßenswerte Voraussetzungen für die Umsetzung der Regelung.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 135 von 179

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 11

§ 113 Abs. 4 SGB V – Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 12

§ 115b Abs. 1 Satz 3 SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 13

§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen von öffentlich geförderten Krankenhäusern nach § 120 Abs. 1 ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Dieser Abschlag soll von 10 Prozent auf 5 Prozent reduziert werden.

B) Stellungnahme

Ziel des Abschlages ist die Vermeidung einer Doppelfinanzierung, da die Investitionen der Krankenhäuser im Gegensatz zu Vertragsärzten zusätzlich über die Bundesländer finanziert werden. Eine Verringerung des Abschlages kann durchaus mit der unzureichenden Investitionsförderung der Länder gerechtfertigt werden. Durch die höhere Vergütung der in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen kommt es aufgrund der unzureichenden Investitionsförderung der Bundesländer zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 14

§ 135a SGB V – Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 15

§§ 135b bis 137 SGB V – Neustrukturierung der bestehenden §§ 136 bis 137 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 135b – Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

Der alte § 136 SGB V wird wortgleich in den § 135b überführt.

§ 135c – Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Der § 136a alter Fassung geht in den neuen § 135c Abs. 1 auf. Es erfolgt eine Erweiterung dergestalt, dass jegliche Zielvereinbarung zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten auszuschließen ist, die die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Die Neuformulierung verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Bundesärztekammer (BÄK), ihre Empfehlungen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

§ 135c Abs. 2 greift die Regelung des alten § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 zu den Angaben in den Qualitätsberichten im Hinblick auf Zielvereinbarungen auf, die von den o. g. Empfehlungen abweichen.

§ 136 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Der § 136 wird als Grundnorm für Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 formuliert. Die hier zusammengestellten Regelungen waren bereits im alten § 137 SGB V enthalten und wurden zum Teil redaktionell korrigiert.

§ 136a – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Der neue § 136a greift aus § 137 alter Fassung die Absätze 1a (Hygiene), 1b (Qualitätssicherung in der Psychiatrie), 1c (einrichtungsinternes Qualitätsmanagement) und 4 (Zahnersatz) auf. Einzige inhaltliche Änderung ist die Fristverlängerung für den G-BA, Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene der Versorgung zu ergreifen. Das Datum 2012 wird wegen Nichterreichens verlassen und neu auf den 31.12.2016 festgelegt. Da es mittlerweile eine Richtlinie zum Qualitätsmanagement gibt, entfällt das in § 137 alter Fassung festgelegte Datum. Aufgrund der Umstellung ergeben sich auch hier redaktionelle Änderungen.

§ 136b – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Mindestmengenregelung

Der G-BA erhält einerseits vollkommen neue und andererseits weiter konkretisierte Vorgaben zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Daher werden Formulierungen des alten § 137 Abs. 3 teilweise übernommen, jedoch auch wesentlich verändert.

Die Regelung von Mindestmengen wird grundlegend verändert (Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 3 bis 5). Wird in einer Studie auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hingewiesen, so kann der G-BA Mindestmengen festlegen. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang ist nicht erforderlich. Die Mindestmenge ist auf die „Einheit“ Arzt oder Standort zu beziehen. Der G-BA kann Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen wie Korridorlösungen oder Karenzzeiten für Mindestmengen bestimmen. Auf Antrag eines Krankenhauses kann die Landesbehörde Abweichungen von der Mindestmengenregelung bestimmen, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet werden könnte.

Der G-BA wird verpflichtet, in seiner Verfahrensordnung das Vorgehen bei der Festlegung von Mindestmengen niederzulegen. Damit steht das grundsätzliche Vorgehen unter Genehmigungsvorbehalt durch das BMG. Zudem wird der G-BA verpflichtet, seine Mindestmengenfestlegungen zu evaluieren.

Es besteht ein Leistungsverbot für Krankenhäuser, die die Mindestmenge nicht erfüllen. Wird die Leistung dennoch erbracht, gilt dies als Verstoß gegen § 2 (Qualitätsgebot) und § 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot) SGB V. Eine Vergütung ist dann ausgeschlossen.

Der Krankenhausträger hat den Nachweis der Mindestmenge bzw. die prognostische Leistungsentwicklung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen abzugeben und zu begründen. Bei Zweifeln können die Krankenkassen dagegen vorgehen.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absätze 6 und 7 ergänzen die Anforderungen an die bestehenden Qualitätsberichte. Betont wird die Patientenorientierung. Ergänzt werden sollen die Berichte um Informationen zu Nebendiagnosen, um Ergebnisse von Patientenbefragungen, um einen speziellen Berichtsteil mit besonders patientenrelevanten Informationen (insbesondere zur Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Personalausstattung, zur Erfüllung von Hygienestandards, zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements).

Qualitätsverträge

Der G-BA hat bis zum 31.12.2017 vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen, zu denen Verträge nach § 110a SGB V geschlossen werden können. Das Institut nach § 137a SGB V ist nach Abschluss des Erprobungszeitraums mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität zu beauftragen.

Qualitätszu- und -abschläge

Mit § 136b Abs. 1 Nr. 5 i. V. m. Abs. 9 hat der G-BA bis zum 31.12.2017 erstmals Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen. Hierzu sind Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren zu definieren. Insbesondere sind aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen. Eine Veröffentlichung der Qualitätszu- und -abschläge hat auf einer Internetplattform zu erfolgen, zu der auch die Landesbehörden Zugang haben.

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

§ 136c Abs. 1 und 2, Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Der G-BA erhält den Auftrag, Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zu beschließen – erstmals bis zum 31.12.2016. Die Indikatoren sollen geeignet sein, die Versorgungsqualität einer Abteilung zu beurteilen. Der G-BA hat darüber hinaus sicherzustellen, dass die Daten zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise von den Krankenhäusern an das Institut nach § 137a zu liefern sind. Die Beschlüsse des G-BA zu den planungsrelevanten Indikatoren haben für die Länderbehörden Empfehlungscharakter; nach § 91 Abs. 6 SGB V sind sie insbesondere für Krankenhäuser verbindlich.

§ 136c Abs. 3, Sicherstellungszuschlag

Der G-BA legt bis zum 31.12.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest (§ 136c Abs. 3). Sicherstellungszuschläge sollen für die Vorhaltung von Kapazitäten gezahlt werden, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanziert sind. Unter anderem sollen die Kriterien „Erreichbarkeit“, „geringer Versorgungsbedarf“ und „notwendige Leistungen“ einheitlich definiert werden.

§ 136c Abs. 4, Gestuftes Notfallkonzept

Der G-BA legt bis zum 31.12.2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung fest. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung, insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals

sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleistungen, differenziert festzulegen.

§ 136d – Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Regelung entspricht dem § 137b alter Fassung und ist Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V. Es erfolgt lediglich eine Umformulierung der Überschrift.

§ 137 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Absatz 1 erteilt dem G-BA das Recht, einen gestuften Sanktionsmechanismus bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen. Dieser umfasst Abschlüsse, den Wegfall des Vergütungsanspruchs, eine Information gegenüber Dritten sowie die Information der Öffentlichkeit.

Absatz 2 sieht eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze in Krankenhäusern vor.

Absatz 3 regelt, dass der G-BA in Form einer Richtlinie die Anforderungen an die Kontrollen des MDK nach dem neuen § 275a SGB V in den Krankenhäusern zu beschließen hat. Damit werden die Befugnisse des MDK zur Prüfung der Qualität, jedoch unter Maßgabe des G-BA, erweitert.

B) Stellungnahme

§ 135b – Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die redaktionelle Umstellung ist nachvollziehbar.

Nach § 135b Abs. 1 des Gesetzesentwurfs (§ 136 Abs. 1 geltende Fassung) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer haben Anspruch auf aktuelle Informationen über die Strukturen sowie über die Prozesse und Ergebnisse der medizinischen Versorgung. Versicherte sollen entsprechend ihrer Präferenzen und bei vergleichbaren Leistungen eine Wahlentscheidung zwischen Leistungserbringern im vertragsärztlichen Bereich haben. Bisher werden die entsprechenden Daten jedoch ausschließlich in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Die Veröffentlichung aggregierter Daten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen erlaubt allerdings keine für Versicherte verwertbaren Rück-

schlüsse auf die Versorgungsqualität einzelner Einrichtungen. Daher müssen auch für die ambulante Versorgung Erkenntnisse und Informationen in aussagekräftiger Form aufbereitet und den Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden. Neben dem Leistungsspektrum, der Art und der Anzahl erbrachter Leistungen sowie der Anzahl behandelter Patienten durch eine Einrichtung sind die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen auch im ambulanten Bereich den Versicherten verbindlich zugänglich zu machen. Entsprechend sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung dieser Daten und zu ihrer Übermittlung an das Institut nach § 137a in einem einheitlichen Datenformat zu verpflichten. Die Festlegung des Datenformats obliegt für Daten zu Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 den Partnern des Bundesmantelvertrages, für Daten zu Maßnahmen nach § 135b Abs. 2 dem G-BA.

§ 135c – Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Es wird nach wie vor bezweifelt, dass die Empfehlungen von DKG und BÄK bewirken, dass es keine die medizinische Urteilskraft beeinträchtigenden Zielvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten mehr gibt. Eine verbindliche, strafbewehrte Regelung ist überfällig.

Ebenso wird bezweifelt, dass Krankenhäuser, die Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen haben, die von den Empfehlungen abweichen, dies wahrheitsgemäß in den Qualitätsberichten angeben. Ein Informationsgewinn für die Patienten, Versicherten und einweisenden Ärzte wird daher nicht gesehen.

§ 136 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Die Umstellung sowie die redaktionelle Korrektur sind nachvollziehbar.

§ 136a – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Die Umstellung sowie die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

§ 136b – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Mindestmengenregelung

Es wird begrüßt, dass die Weichen hin zu einer verbindlicheren Umsetzung der vom G-BA festgesetzten arzt- und standortbezogenen Mindestmengen gestellt werden. Ergänzt werden sollte, dass die Ergebnisse der Verhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen über die absehbare Erreichung oder Nicht-Erreichung der Mindestmengen standortbezogen veröffentlicht werden. Es fehlt eine analoge Formulierung zur verbindlichen Durchsetzung der Struktur- und Prozessqualität, wie

sie in den Richtlinien des G-BA oder in ausgewählten Prozedurenkodes des DIMDI verankert ist.

Zur konkreten Umsetzung von arztbezogenen oder standortbezogenen Mindestmengen ist es unerlässlich, sowohl die lebenslange Arztnummer für in Krankenhäuser tätige Ärzte als auch eine eindeutige Krankenhausstandort-Identifikationsnummer einzuführen. Erfolgt dies nicht, droht ein Scheitern der Mindestmengenregelung.

Hochproblematisch ist die Formulierung in Abs. 3 im Hinblick auf Ausnahmetatbestände, „um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden“.

Der unbestimmte Rechtsbegriff der „unbilligen Härte“ wird den G-BA in seinen Verhandlungen zur Mindestmenge lähmen, aber vor allem die Mindestmengenregelung in ihrer Umsetzung unwirksam machen. Wenn die Qualität des Behandlungsergebnisses nachgewiesenermaßen von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist und daher eine bestimmte Mindestmenge vom G-BA festgelegt wird, dann würden Ausnahmetatbestände unterhalb der festgelegten Mindestmenge diese sofort wieder egalisieren. Eine Mindestmengenfestlegung kann nur wirksam sein, wenn sie von uneingeschränkter Gültigkeit ist.

Die Ausgestaltung der Mindestmengenregelung in der Verfahrensregelung des G-BA zu verankern und damit der Prüfung des BMG zu unterstellen, ist zu begrüßen. Um jedoch die Verfahrensordnung des G-BA nicht mit fachlichen Detailregelungen zu überfrachten, sollten die Regelungsinhalte für die Verfahrensordnung abschließend aufgeführt werden.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Die Weiterentwicklung der Qualitätsberichte wird begrüßt. Bemerkenswert ist, dass nach Absatz 7 Satz 3 die Krankenhäuser verpflichtet werden, ihrerseits den Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Auf Wunsch der DKG wurde in den Regelungen des G-BA genau auf diese Festlegung verzichtet. Daher wäre es besser, die Krankenhäuser dazu zu verpflichten, ihre Patienten auf die entsprechenden Portale der Krankenkassen hinzuweisen.

Nicht vergessen werden sollte bei all den Bemühungen um eine verbesserte Qualitätsberichterstattung, dass es sich nach wie vor ausschließlich um Selbstauskünfte der Krankenhäuser handelt. Eine Validierungsvorschrift im Gesetz zur Qualitätssicherung der Qualitätsberichte ist überfällig (vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 22).

Der G-BA hat die erste sektorenübergreifende Richtlinie zur Qualitätssicherung beschlossen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Verfahren wird ab 2016 erstmals die Qualität der Leistungserbringung von Herzkatheter-Eingriffen (PCI) in gleicher Weise bei Vertragsärzten und Krankenhäusern erfasst (ca. 750.000 Behandlungsfälle im Krankenhaus und

ca. 100.000 Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich). Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen erlauben im strukturierten Qualitätsbericht nur eine Veröffentlichung der Ergebnisse der rund 2.000 Krankenhäuser, die Ergebnisse der rund 380 Arztpraxen (Betriebsstätten) dürfen nicht veröffentlicht werden – und das obwohl ein Teil der Leistungen von ihnen als Belegärzte nach § 121 SGB V am Krankenhaus erbracht wird. Patienten können im Internet diese Leistungserbringer nicht finden und deshalb auch nicht in ihre Wahlentscheidung einbeziehen. Im Sinne einer sektorenübergreifenden Betrachtung sind die Ergebnisse leistungserbringerbezogen ohne Beschränkung auf einzelne Sektoren gleich zu bewerten und demnach auch zu veröffentlichen.

Qualitätsverträge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 10

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Das Institut nach § 137a SGB sollte frühzeitig konzeptionell eingebunden werden, um eine substantielle Evaluation zu ermöglichen. Der jetzige Wortlaut von § 110a und § 136b Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. Abs. 7 lässt keine funktionierende Evaluation zu.

Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 und Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 9a

Die Regelung zu den Qualitätszu- und -abschlägen wird begrüßt. Leistungen mit unzureichender Qualität müssen jedoch ausgeschlossen werden. Qualitätsabschläge sind nur für Leistungen mit minderer Qualität denkbar.

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

§ 136c Abs. 1 und 2, Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 und Nr. 3

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt, auch wenn Bedenken bleiben, dass es den Ländern gelingt, anhand der Qualitätsdaten gefällte Planungsentscheidungen durchzusetzen. Erfreulich ist die Klarstellung, dass die Regelung keinen Einfluss auf die grundsätzliche Verbindlichkeit der Rechtsnormen des G-BA für die Krankenhäuser hat und sich der empfehlende Charakter ausschließlich auf die Länder bezieht.

§ 136c Abs. 3, Sicherstellungszuschläge

Die vorgesehene Konkretisierung der Sicherstellungszuschläge nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Notwendige Voraussetzung ist die Einführung und Verwendung eines eindeutigen Standort-identifikators. Nur so kann sichergestellt werden, dass die zu entwickelnden Anforderungen prüfbar sind und umgesetzt werden können (vgl. Stellungnahme unter III. Ergänzender Änderungsbedarf).

§ 136c Abs. 4, Gestuftes Notfallkonzept

Die vorgesehene Konkretisierung der Notfallstrukturen durch den G-BA nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt.

Notwendige Voraussetzung ist die Einführung und Verwendung eines eindeutigen Standort-identifikators sowie der lebenslangen Arztnummer. Nur so kann sichergestellt werden, dass die zu entwickelnden Anforderungen prüfbar sind und umgesetzt werden können (vgl. Stellungnahme unter III. Ergänzender Änderungsbedarf).

Grundsätzlich ist im Gesetzentwurf eine ausgabenneutrale Umsetzung der Regelung vorgesehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass es in Abhängigkeit von dem G-BA-Beschluss zu den strukturellen Mindestvoraussetzungen der künftigen gestuften Notfallversorgung zu Mehrbelastungen kommen kann. Diese können zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 10c

§ 136d – Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Änderung ist nachvollziehbar.

§ 137 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Regelungen des § 137 werden grundsätzlich begrüßt. Ausgeschlossen werden sollte jedoch in Absatz 1, dass es Vergütungsabschläge bei der Nichterfüllung von Struktur- und Prozessvorgaben geben kann. Bei letzteren handelt es sich immer um Mindestanforderungen. Eine Nichterfüllung kann nur mit dem Wegfall des Vergütungsanspruchs einhergehen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass schlechtere Qualität unter Inkaufnahme eines Abschlags angeboten wird, was bei Mindestanforderungen aus Gründen der Patientensicherheit inakzeptabel wäre.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Leistungen die im Krankenhaus erbracht werden, wird von Belegärzten nach § 121 SGB V erbracht. Diese werden, da es sich um Vertragsärzte handelt, jedoch nicht durch die neuen Regelungen erfasst. Ferner bezieht sich die Festlegung nur auf die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Dies lässt unberücksichtigt, dass der G-BA gleichermaßen in seinen sektorenübergreifenden

Richtlinien Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser regelt. Ein Großteil der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird so zukünftig nicht unter diese Regelung fallen. Die Festlegung einer Dokumentationsrate von 100 Prozent muss demnach auch die Leistungen der Belegärzte sowie die sektorenübergreifenden Richtlinien mit einschließen. Dies sollte klargestellt werden.

Neben einer vollständigen Dokumentationsrate ist die Sicherstellung einer validen Datengrundlage entscheidend für die Repräsentativität und Nutzbarkeit von Qualitätssicherungsergebnissen. Eine Datenvalidierung bedarf zwingend stichprobenartiger Überprüfungen der Dokumentationen und ist seit langen Jahren Usus in der Qualitätssicherung des G-BA. Neben den Anhaltspunkten für die Auslösung einer Kontrolle muss der G-BA aus methodischen Gründen daher auch stichprobenbasierte Überprüfungen durch den MDK vorsehen können.

Die größeren Befugnisse für den MDK bei der Qualitätsprüfung werden ausdrücklich begrüßt. Diese dürfen jedoch nicht auf die Richtlinien des G-BA beschränkt bleiben, sondern müssen sich auch auf die Prozedurenkodes (OPS-Komplexcodes) des DIMDI erstrecken. Das Nähere zum Prüfverfahren sollte jedoch nicht im G-BA, sondern durch die Vertragspartner auf der Bundesebene festgelegt werden (Konfliktlösung Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG).

C) Änderungsvorschlag

In § 135 Abs. 2 wird Satz 5 neu eingefügt: „Die Partner nach Satz 1 vereinbaren Inhalt, Umfang und Datenformat der nach § 135b Absatz 1 zu übermittelnden Daten.“

Redaktionelle Folgeänderung: Neue Nummerierung der bisherigen Sätze 5 bis 8

In § 135b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: „Für Einrichtungen, die an Maßnahmen nach Absatz 2 oder § 135 Absatz 2 teilnehmen, sind betriebsstättenbezogen das Leistungsspektrum, Art und Anzahl erbrachter Leistungen, Anzahl behandelter Patienten sowie Ergebnisse der Qualitätsprüfungen jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen und an das Institut nach § 137a zu übermitteln.“

In § 135b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt: „Darüber hinaus fasst er Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat der nach Absatz 1 zu übermittelnden Daten.“

§ 135c ist durch eine verbindliche, strafbewehrte Regelung zu ersetzen.

In § 136b Abs. 3 ist Satz 1 wie folgt zu ändern: „Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ~~soll~~ bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ~~Ausnahmetatbestände~~ und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten ~~insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge~~ zu vermeiden.“

In § 136b Abs. 3 ist in Satz 2 ist das Wort „~~insbesondere~~“ zu streichen.

An § 136b Abs. 4 wird folgender Satz angefügt: „Das Ergebnis der zwischen einem Krankenhausträger und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen abgestimmten Prognose ist unverzüglich zu veröffentlichen.“

Das mit § 136b Abs. 1 Nr. 2 sowie in Abs. 4 geregelte Nachweisverfahren bzgl. der Erfüllung von Mindestmengen sollte analog für die Vorgaben des G-BA und des DIMDI zur Struktur- und Prozessqualität gesetzlich verankert werden.

§ 136b Abs. 6 wird um folgende Sätze ergänzt: „Sofern sektorenübergreifende Richtlinien nach § 136 Absatz 2 gleiche verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung auch für die vertragsärztliche Versorgung sowie für belegärztliche Leistungen nach § 121 vorsehen, sind auch die Ergebnisse der belegärztlichen Leistungen in dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31. Dezember 2017 ein Datenvalidierungskonzept für den Qualitätsbericht zu beschließen.“

§ 136b Abs. 7 letzter Satz wird folgendermaßen formuliert: „Das Krankenhaus hat seine Patienten auf die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in den Portalen der Krankenkassen hinzuweisen.“

§ 136b Abs. 8 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Er hat das Institut nach § 137a mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den ausgewählten Leistungen und Leistungsbereichen frühzeitig und in Absprache mit den Vereinbarungspartnern nach § 110a Absatz 2 zu beauftragen.“

In § 136b Abs. 9 ist zweimal das Wort „~~unzureichende~~“ durch „mindere“ zu ersetzen.

In § 136b Abs. 9, vorletzter Satz, muss es heißen: „Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; [...]“

In § 136c Abs. 1, vorletzter Satz, wird folgendermaßen formuliert: „Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Richtlinienbeschlüsse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.“

Im § 136c Abs. 3 und 4 ist die Anwendung der lebenslangen Arztnummer und des eindeutigen Standortidentifikators sicherzustellen (vgl. Stellungnahme unter III. Ergänzender Änderungsbedarf).

In § 137 Abs. 1 wird zwischen den Sätzen 4 und 5 eingefügt: „Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung von Struktur- und Prozessqualität sind unzulässig.“

In § 137 Abs. 2 ist wie folgt zu ändern: „Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in ~~der~~ seinen Richtlinien über Maßnahmen der Qualitätssicherung ~~in Krankenhäusern~~ eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge für Krankenhäuser nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung sowie für Vertragsärzte vorzusehen, es sei denn, das Krankenhaus **oder der Vertragsarzt** weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist.“

§ 137 Abs. 3 wird wie folgt ergänzt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen **oder die auf Stichproben** beruhen.“

Die MDK-Prüfungen in § 137 Abs. 3 sind wie in § 17c KHG zu fassen.

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 16

§ 137a SGB V – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V. Darüber hinaus erhält das Institut nach § 137a in Absatz 11 den Auftrag, Ländern auf Antrag Qualitätssicherungsdaten zur Verfügung zu stellen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

Die Regelungen zu den Aufgaben des Instituts nach § 137a sehen derzeit eine mögliche Beauftragung des Instituts zur Erstellung und Veröffentlichung einrichtungsbezogen vergleichender Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung vor. Diese derzeit auf den stationären Bereich beschränkte Wirkmöglichkeit des Instituts ist auf die nach § 135b Abs. 1 zu übermittelnden patientenrelevanten Informationen zur Qualität der ambulanten Versorgung zu erstrecken. Darüber hinaus ist zu gewährleisten, dass das Institut entsprechend den bestehenden Vorgaben in Nr. 6 auch zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung aufgrund von Routinedaten der Krankenkassen beauftragt werden kann. Für diese Aufgabe stehen die von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135b Abs. 1 erhobenen und zu übermittelnden Daten zur Verfügung. Das Aufgabenspektrum des Instituts ist entsprechend anzupassen.

Die Nutzung der Qualitätsdaten für konkrete Zwecke durch die Länder nach Beantragung beim G-BA ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 137a Abs. 3 Nr. 5 wird neu gefasst:

„5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die insbesondere in dem strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Nummer 3, § 136e oder nach § 135b Absatz 1 veröffentlicht werden, einrichtungs- bzw. betriebsstättenbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach den Nummern 6 und 7 sollen einbezogen werden,“

In § 137a Abs. 3 Nr. 6 wird das Wort „sowie“ gestrichen.

In § 137a Abs. 3 wird Nr. 7 neu eingefügt:

„7. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten Versorgung zusätzlich auf der Grundlage von im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 135b Absatz 1 erhebenen und zu übermittelnden Daten darzustellen sowie“

Redaktionelle Folgeänderung: Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 17

§ 137b SGB V – Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung entspricht der des § 137 Abs. 5 alter Fassung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 18

§ 137e Abs. 2 Satz 3 SGB V – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 19

§ 140f Abs. 2 Satz 5 SGB V – Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 20

§ 221 Abs. 2 und 3 SGB V – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der auf die Landwirtschaftliche Krankenkasse entfallende Anteil an der Beteiligung des Bundes zur Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen (Bundesbeteiligung), welcher vom Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenkasse zu überweisen ist, wird ab dem Jahr 2016 um den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am neuen Strukturfonds reduziert. Solange dieser Betrag, der sich aus den §§ 12 bis 14 KHG (neu) ergibt, nicht feststeht, wird ein Minderungsbetrag von 1 Mio. Euro vorläufig angesetzt.

Die vorliegende Regelung zur anteiligen Finanzierung des Strukturfonds durch die landwirtschaftliche Krankenkasse wird mit der bereits durch das GKV-VSG geschaffenen Regelung zur anteiligen Finanzierung des Innovationsfonds redaktionell zusammengeführt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Regelungen zur Einrichtung und Finanzierung eines Strukturfonds, sieht im Detail aber erheblichen Änderungsbedarf.

Zum Näheren wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 (§§ 12 bis 14 KHG (neu)) verwiesen.

Die vorliegende Regelung folgt der Finanzierungslogik der mit dem GKV-VSG vorgesehenen Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V (neu). Verfahrenstechnisch gewährleistet sie die erforderliche anteilige Einbeziehung der landwirtschaftlichen Krankenkasse in die Finanzierung des Strukturfonds.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 21

§ 271 Abs. 2 SGB V – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bestimmt, dass dem Strukturfonds ab dem Jahr 2016 bis zu 500 Mio. Euro – abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse zur Finanzierung des Strukturfonds (vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 20) – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Es wird sichergestellt, dass die Liquiditätsreserve ausschließlich Finanzmittel zur Verfügung stellt, die die Länder auch tatsächlich nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 KHG (neu) abrufen (können).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Regelungen zur Einrichtung und Finanzierung eines Strukturfonds, sieht im Detail aber erheblichen Änderungsbedarf.

Zum Näheren wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 (§§ 12 bis 14 KHG (neu)) verwiesen.

Die vorliegende Regelung folgt der Finanzierungslogik der mit dem GKV-VSG geplanten Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V (neu). Sie gewährleistet die Finanzierung des Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve in Höhe der tatsächlich nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 KHG (neu) benötigten Finanzmittel und berücksichtigt dabei die anteilige Einbeziehung der landwirtschaftlichen Krankenkasse in die Finanzierung des Strukturfonds.

Redaktioneller Hinweis: Da mit Artikel 6 Nr. 20 in § 221 Absatz 2 auch der Satz 4 aufgehoben wird, ist in § 271 Absatz 2 Satz 5 auch die Bezugnahme auf diesen Satz 4 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 271 Abs. 2 SGB V wird in Satz 5 wie folgt gefasst: Die Wörter „§ 221 Absatz 2 Satz 3 und 4“ werden durch die Wörter „§ 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.“

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 22

§ 275a SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 275a regelt das Nähere zur Durchführung und zum Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den MDK. Die Kontrollen haben nach Maßgabe des G-BA gemäß § 137 zu erfolgen. Der MDK darf nur auf Antrag durch Stellen tätig werden, die der G-BA hierzu befugt hat. Die Gesetzesbegründung geht hier von den Lenkungsgremien auf Landesebene der externen stationären Qualitätssicherung und vom Institut nach § 137a aus. Als sinnvoll wird auch eine Beauftragung durch Krankenkassen erachtet.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 15, Nr. 23 und Nr. 24

Die Prüfungsrechte, die dem MDK verliehen werden, greifen zu kurz. Um die Qualitätsvorgaben vollständig in den Blick nehmen zu können, müssen auch die Vorgaben der Prozedurenkodes des DIMDI (OPS-Komplexcodes) geprüft werden können. Um die Validität der Daten in den Qualitätsberichten zu verbessern, sollten auch diese Selbstauskünfte der Krankenhäuser geprüft werden können. Neben einer vollständigen Dokumentationsrate ist die Sicherstellung einer validen Datengrundlage entscheidend für die Repräsentativität und Nutzbarkeit von Qualitätssicherungsergebnissen. Eine Datenvalidierung bedarf zwingend stichprobenartiger Überprüfungen der Dokumentationen und ist seit langen Jahren Usus in der Qualitätssicherung des G-BA. Neben den Anhaltspunkten für die Auslösung einer Kontrolle muss der G-BA aus methodischen Gründen daher auch stichprobenbasierte Überprüfungen vorsehen können.

Die Prüfungsrechte des MDK sollten sich darüber hinaus auch auf den Bereich der Prüfung der Mittelverwendung des Pflegestellenförderprogramms erstrecken.

Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Leistungen die im Krankenhaus erbracht werden, wird von Belegärzten nach § 121 SGB V erbracht. Diese werden, da es sich um Vertragsärzte handelt, jedoch nicht durch die hier getroffenen neuen Regelungen erfasst. Ferner bezieht sich die Regelung zu Kontrollen des MDK nur auf die Richtlinie des G-BA über Maßnahmen der externen stationären Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Dies lässt unberücksichtigt, dass der G-BA gleichermaßen in seinen sektorenübergreifenden Richtlinien Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser regelt. Ein Großteil der Qualitätssicherungsmaßnahmen wird so zukünftig nicht unter diese Regelung fallen.

Es muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen den MDK in jedem Fall mit Qualitätsprüfungen beauftragen dürfen.

C) Änderungsvorschlag

In § 275a Abs. 2 Satz 1 wird nach „in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Stellen“ eingefügt:
„oder die Krankenkassen und deren Verbände“.

In § 275a Abs. 2 Satz 2 ist wie folgt zu ändern: „Auslöser für die beauftragten Kontrollen müssen Anhaltspunkte sein, wobei auch zufallsbasierte Stichproben Auslöser sein können.“

In § 275a Abs. 2 ist am Ende von Nr. 1 zu ergänzen: „sowie die Anforderungen in den Prozedurenkodes (OPS)“.

In § 275a Abs. 2 ist Nr. 2 wie folgt zu ändern bzw. zu ergänzen: „2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser **und der im Krankenhaus tätigen Belegärzte** im Rahmen der ~~externen-stationären~~ Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Nummer 1 **sowie die Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht** und“

In § 275a Abs. 3 wird Satz 2 wie folgt geändert: „Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus **und der im Krankenhaus tätige Belegarzt** im Rahmen der ~~externen-stationären~~ Qualitätssicherung **nach § 136 Absatz 1 Nummer 1** den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.“

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 23a

§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V – Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 2 Satz 1 soll durch die Streichung des Wortes „nur“ die Möglichkeit eröffnet werden, im Rahmen des neuen Abs. 4a datenschutzrechtliche Befugnisse der MDKs zu regeln. Zudem soll die Bezugnahme auf eine frühere, nicht mehr geltende Regelung des § 275a SGB V gestrichen werden. In Abs. 2 Satz 2 soll geregelt werden, dass die für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V bei Leistungserbringern durch den MDK oder die Krankenkasse angeforderten versichertenbezogenen Daten von den Leistungserbringern unmittelbar an den MDK zu übermitteln sind. Die bisherige Möglichkeit der Leistungserbringer, entsprechende Daten und medizinische Unterlagen auch im sog. Umschlagsverfahren über die Krankenkasse an den MDK zu übermitteln, soll nicht mehr zulässig sein.

B) Stellungnahme

Die geplanten Änderungen in Abs. 2 Satz 1 sind sachgerecht.

Die geplanten Änderungen zum sog. Umschlagsverfahren sind nicht zielführend. Sie würden dazu führen, dass ein seit Jahren etabliertes, wenig verwaltungsaufwendiges und nach höchstrichterlicher Rechtsprechung als zulässig bestätigtes Verfahren (siehe Urteil des Bundessozialgerichtes vom 28.02.2007 – B 3 KR 12/06 R) abgelöst werden müsste. Bei einer Verfahrensumstellung müssten weitgehende Verwaltungsprozesse von den Krankenkassen auf die MDK verlagert werden, was im Ergebnis den Verwaltungsaufwand insgesamt erhöhen würde und zu Verzögerungen bei den Leistungsentscheidungen der Krankenkassen führen könnte.

Bei dem sog. Umschlagsverfahren lässt sich die datenschutzkonforme Umsetzung durch flankierende, insbesondere organisatorische Maßnahmen und entsprechende Vereinbarungen über die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den MDK sicherstellen. Sofern bei Krankenkassen – wie in der Begründung zum Gesetzentwurf dargestellt – insoweit Verstöße im Rahmen der Kontrolltätigkeit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit festgestellt werden, ist diesen Verstößen kassenbezogen konsequent nachzugehen. Die Sicherung der datenschutzrechtlichen Anforderungen erfordert jedoch keine generelle Verfahrensumstellung bei allen Krankenkassen und MDK. Von daher wird die beabsichtigte gesetzliche Änderung abgelehnt.

Sofern an der vorgesehenen gesetzlichen Änderung dennoch festgehalten wird, ist eine Konkretisierung des Gesetzeswortlauts erforderlich. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll mit der Gesetzesänderung sichergestellt werden, dass die Krankenkassen keine Kenntnis von den für die Begutachtung durch den MDK erforderlichen und nur für diesen bestimmten Daten erhalten. Der Gesetzeswortlaut lässt mit seiner Bezugnahme auf die für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V erforderlichen versichertenbezogenen Daten jedoch eine darüber hinausgehende Interpretation zu. § 275 SGB V sieht in Abs. 1 bis 3 eine ergebnisoffene „Vorprüfung“ durch die Krankenkassen vor, ob aufgrund von Art, Schwere, Dauer, Verlauf oder Häufigkeit der Erkrankung bzw. in geeigneten Fällen z. B. der Hilfsmittelversorgung der MDK einzuschalten ist. Für diese Vorprüfung ist ggf. die Erhebung versichertenbezogener Daten erforderlich, die die Krankenkasse nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 4 und 7 SGB V erheben darf und die ihr unmittelbar zugehen müssen. Da der vorgesehene Gesetzeswortlaut ohne weitere Konkretisierung auf § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V Bezug nimmt, ist nicht zweifelsfrei erkennbar, ob neben den Fallgestaltungen der Anforderung von Unterlagen in Fällen, in denen der MDK zu einer gutachtlichen Stellungnahme oder Prüfung beauftragt ist, auch Vorprüfungen der Krankenkassen erfasst sein sollen. Die vorgesehene gesetzliche Änderung hat zwar erkennbar nicht zum Ziel, dass auch eine Anforderung versichertenbezogener Daten von Seiten der Krankenkasse im Rahmen dieser Vorprüfung die Verpflichtung des Leistungserbringers auslösen soll, diese Daten unmittelbar an den MDK zu übermitteln, zumal damit die gesetzlich vorgesehene Vorprüfung durch die Krankenkasse ins Leere ginge und der MDK Daten erheben würde, ohne zu einer Prüfung, Beratung oder gutachtlichen Stellungnahme im Sinne des § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V beauftragt zu sein. Der reine Gesetzeswortlaut lässt eine solche Interpretation jedoch zu.

Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen und aus Gründen der Rechtsklarheit bedarf es von daher einer Gesetzesformulierung, die die beabsichtigte Regelung zur Datenübermittlungspflicht unmittelbar an den MDK auf die Fälle beschränkt, in denen der MDK selbst oder die Krankenkasse im Auftrag des MDK versichertenbezogene Daten beim Leistungserbringer – so wie beim heutigen Umschlagsverfahren – angefordert hat. In diesem Zusammenhang sollte, wie im aktuellen Gesetzestext, durchgängig der Begriff Sozialdaten verwendet werden.

C) Änderungsvorschläge

§ 276 Abs. 2 Satz 2 (neu) wird gestrichen.

Sofern an einer Neuregelung im Sinne des § 276 Abs. 2 Satz 2 festgehalten wird, ist diese wie folgt zu formulieren: „Haben der Medizinische Dienst oder die Krankenkasse im Auftrag des Medizinischen Dienstes für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche Sozialdaten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 20.08.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)
Seite 162 von 179

Leistungserbringer verpflichtet, die zu diesem Zweck angeforderten Daten unmittelbar an den
Medizinischen Dienst zu übermitteln.“

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 23b

§ 276 Abs. 4a SGB V – Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4a regelt das Betretensrecht des MDK bei den Krankenhauskontrollen und die datenschutzrechtlichen Befugnisse für die Einsicht in die erforderlichen Krankenunterlagen sowie die Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser bei Prüfungen nach § 275a. Das Betretensrecht und das Einsichtsrecht bestehen bei Beauftragung durch die zuständigen Stellen der Länder (§ 275a Abs. 4 SGB V) jedoch nur dann, wenn das jeweilige Landesrecht ebenfalls entsprechende Pflichten der Krankenhäuser vorsieht.

B) Stellungnahme

Die Regelung vervollständigt die MDK-Befugnisse und Mitwirkungspflichten seitens der Krankenhäuser bei Prüfungen nach § 137 Abs. 3 und § 275a. Die Länder müssen sicherstellen, dass diese Maßnahmen ungehindert durchgeführt werden können (vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 14, Nr. 21 und Nr. 23).

Da auch Leistungen von Belegärzten nach § 121 SGB V im Rahmen der Kontrollen geprüft werden können müssen, ist es notwendig, die Mitwirkungsverpflichtung explizit auch für die Belegärzte zu regeln.

C) Änderungsvorschlag

In § 276a Abs. 4a ist Satz 3 wie folgt zu ändern: „Das Krankenhaus **und der im Krankenhaus tätige Belegarzt** sind zur Mitwirkung verpflichtet und haben dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass er die Kontrollen nach § 275a ordnungsgemäß durchführen kann; das Krankenhaus **und der im Krankenhaus tätige Belegarzt** sind hierbei befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung des Medizinischen Dienstes zu übermitteln.“

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 24

§ 277 Abs. 1 SGB V – Mitteilungspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 277 wird ergänzt um die Mitteilungspflichten des MDK im Zusammenhang mit Prüfungen nach § 137 Abs. 3 und § 275a.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 15, Nr. 22 und Nr. 23. Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 25

§ 281 SGB V – Finanzierung und Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung der Qualitätsprüfungen durch den MDK erfolgt über die Krankenkasse. Ausgenommen sind die von den Ländern veranlassten Prüfungen, die von diesen selbst getragen werden.

B) Stellungnahme

Es ist nicht sachgerecht, insbesondere die Krankenhäuser aus der Finanzverantwortung zu entlassen, die die Qualitätsvorgaben nicht einhalten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 26

§ 285 Abs. 1 Nr. 6 SGB V – Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 27

§ 299 SGB V – Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 28

§ 303e Abs. 1 Nr. 14 SGB V – Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neufassung von § 137a im Rahmen des GKV-FQWG.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

**Artikel 7 – Änderung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Ge-
setze**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Artikel 6b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes zur
Rechtsbereinigung. Der dort definierte Bericht der Bundesregierung über die Wirksamkeit der
Instrumente des Infektionsschutzgesetzes wurde fristgerecht zum 31.12.2014 erstellt und
übergeben. .

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 8 – Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung der Vorgaben zu Zuschlägen für besondere Aufgaben.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 9 – Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Artikel 9 regelt das Inkrafttreten der einzelnen Änderungen.

B) Stellungnahme

Ein Änderungsbedarf besteht lediglich in Absatz 5 zu dem Inkrafttreten der Regelungen des Artikel 4 (§ 10 Abs. 9 und 11 KHEntgG). Diese Regelung sollte bereits zum 01.01.2016 und nicht erst zum 01.01.2021 in Kraft treten (vgl. Stellungnahme zu Artikel 4).

Sollte es bei der Streichung der Mengendegression für die LBFW ab dem Jahr 2017 bleiben, bedarf es einer Klarstellung, dass diese Änderung keine Auswirkungen auf Vereinbarungen der LBFW 2016 und die Berichtigung des LBFW 2016 bei der Verhandlung des LBFW 2017 hat (Klarstellung vor allem relevant für nicht-prospektive, verspätete Vereinbarungen des LBFW 2016 aufgrund des Inkrafttretens der Regelung zum 01.01.2016).

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10b

C) Änderungsvorschlag

Änderung in Artikel 9 Abs. 5: „(5) Artikel 4 tritt am **1. Januar 2016** in Kraft.“

Folgende Neuregelung zum Inkrafttreten ist zu ergänzen:

„Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b) aa) aaa) ist erst ab Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2017 zu berücksichtigen. Für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2016 inklusive der Berichtigung nach § 10 Absatz 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz gelten die gesetzlichen Vorgaben zum 31. Dezember 2015.“

III. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG – Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID in der Datenübermittlung

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 13c

A) Begründung

Nach bisheriger Rechtslage erfolgt die Übermittlung zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ohne Patientenbezug. Insbesondere für Fragestellungen der Fallzusammenführung und sektorenübergreifenden Behandlung ist es jedoch notwendig, Bezüge zwischen verschiedenen Aufenthalten eines Patienten herstellen zu können. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist die Zuordnung von korrespondierenden stationären und ambulanten Behandlungen notwendig für die Vorbereitung und die Umsetzung des Prüfauftrages zur Einbeziehung ambulanter Krankenhausleistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen in das PEPP-Vergütungssystem. Die Belange des Datenschutzes werden durch die Pseudonymisierung des Patientenmerkmals berücksichtigt.

B) Änderungsvorschlag

In § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Daten nach Absatz 2 Nummer 1“ die Wörter „, Nummer 2 Buchstabe a in pseudonymisierter Form“ eingefügt.

§ 136e SGB V – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Begründung

Der G-BA hat die erste sektorenübergreifende Richtlinie zur Qualitätssicherung beschlossen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Verfahren wird ab 2016 erstmals die Qualität der Leistungserbringung von Herzkatheter-Eingriffen (PCI) in gleicher Weise bei Vertragsärzten und Krankenhäusern erfasst (ca. 750.000 Behandlungsfälle im Krankenhaus und ca. 100.000 Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich). Die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen erlauben im strukturierten Qualitätsbericht nur eine Veröffentlichung der Ergebnisse der rund 2.000 Krankenhäuser, die Ergebnisse der rund 380 Arztpraxen (Betriebsstätten) dürfen nicht veröffentlicht werden – und das obwohl ein Teil der Leistungen von ihnen als Belegärzte nach § 121 SGB V am Krankenhaus erbracht wird. Patienten können im Internet diese Leistungserbringer nicht finden und deshalb auch nicht in ihre Wahlentscheidung einbeziehen. Im Sinne einer sektorenübergreifenden Betrachtung sind die Ergebnisse leistungserbringerbezogen ohne Beschränkung auf einzelne Sektoren gleich zu bewerten und demnach auch zu veröffentlichen. Daher ist eine eigene Regelung analog zu den Vorgaben für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser auch für die Vertragsärzte zu treffen.

B) Änderungsvorschlag

Es wird eine neue Regelung als „§ 136e – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich“ eingeführt:

„(1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für Vertragsärzte auf Ebene der jeweils zugehörigen Betriebsstätte grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichen strukturierten Qualitätsberichts zur Darstellung der Ergebnisse aus den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1. ²Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. ³Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. ⁴In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen.

(2) ¹Die Qualitätsberichte nach Absatz 1 sind über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus vom Gemeinsamen Bundesausschuss, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. ²Zum Zwecke der Erhö-

hung von Transparenz und Qualität der Vertragsärztlichen Versorgung können die Krankenkassen und ihre Verbände die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Vertragsärzte informieren und Empfehlungen aussprechen. ³Der Vertragsarzt hat den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.“

§ 137a Abs. 3 SGB V – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Begründung

Der G-BA hat am 19.02.2015 die erste sektorenübergreifende Richtlinie zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beschlossen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Verfahren wird ab 2016 erstmals die Qualität der Leistungserbringung von Herzkatheter-Eingriffen (PCI) in gleicher Weise bei Vertragsärzten und Krankenhäusern erfasst (ca. 750.000 Behandlungsfälle im Krankenhaus und ca. 100.000 Behandlungsfälle im vertragsärztlichen Bereich).

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen erlauben im strukturierten Qualitätsbericht nur eine Veröffentlichung der Ergebnisse der rund 2.000 Krankenhäuser, die Ergebnisse der rund 380 Arztpraxen (Betriebsstätten) dürfen nicht veröffentlicht werden – und das obwohl ein Teil der Leistungen von ihnen als Belegärzte nach § 121 SGB V am Krankenhaus erbracht wird. Patienten können im Internet diese Leistungserbringer nicht finden und deshalb auch nicht in ihre Wahlentscheidung einbeziehen. Im Sinne einer sektorenübergreifenden Betrachtung sind nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes die Ergebnisse leistungserbringerbezogen ohne Beschränkung auf einzelne Sektoren gleich zu bewerten und demnach auch zu veröffentlichen. Die Ergebnisse müssen daher auch in die vom Qualitätsinstitut nach § 137a Abs. 3 Nr. 5 zu veröffentlichenden risikoadjustierten Übersichten aufgenommen werden, um die Allgemeinheit in verständlicher Form zu unterrichten.

B) Änderungsvorschlag

§ 137a Abs. 3 Nr. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

„5. auf der Grundlage geeigneter Daten, die in ~~den Qualitätsberichten der Krankenhäuser~~ dem Bericht nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 veröffentlicht werden, einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach Nummer 6 sollen einbezogen werden,“

§ 293a SGB V (neu) – Krankenhausstandort-Identifikationsnummer

A) Begründung

Ohne eine bundeseinheitliche Standortdefinition und ohne ein Standortverzeichnis sind viele Maßnahmen des KHSG nicht wirkungsvoll umsetzbar. Die Standortfrage ist in den vergangenen Jahren u. a. im Bereich der Qualitätsberichte und der Mindestmengenregelungen intensiv diskutiert worden. Mit dem KHSG wird sich die Standortdiskussion auf weitere Bereiche, insbesondere im Rahmen der Zu- und Abschlagstatbestände (Sicherstellung, Notfall, Zentren sowie Qualitätssicherungszu- und -abschläge), innerhalb und außerhalb der Qualitätssicherung ausweiten. Eine besondere Herausforderung stellt die Standortfrage dar, wenn Standort-schließungen durch einen Strukturfonds unterstützt werden sollen, aber keine Kriterien existieren, was denn eigentlich ein Standort ist und wo sich die Standorte befinden. Auch bei der Umsetzung des Sicherstellungszuschlags und des neu eingeführten Fixkostendegressionsabschlags ist eine eindeutige Identifikation von Krankenhausstandorten zwingend. Eine übergreifende und einheitliche Lösung ist dabei separaten Bypass- und Parallelstrukturen für die Standortidentifikation, die zu widersprüchlichen Regelungskreisen, Intransparenz und hohen Aufwänden führen, vorzuziehen. Die Verwendung des Institutionskennzeichens (IK) löst das Problem nicht: Ein Krankenhaus kann zu Abrechnungszwecken unterschiedliche IK beantragen und frei verwenden. Das heißt, das IK ist nicht geeignet, Entitäten, wie Krankenhaus, Standort oder Ambulanzen, zu differenzieren und sicher zu identifizieren.

Vor diesem Hintergrund muss die Einführung und verbindliche Verwendung eines eindeutigen Krankenhausstandort-Identifikators (Krankenhaus-ID) im SGB V verankert werden. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und DKG) sollten in einem ersten Schritt das Nähere zum Standortverzeichnis, insbesondere zur Art und zum Aufbau des Verzeichnisses und der Kennzeichen sowie das Verfahren der Kennzeichenvergabe, vereinbaren. In einem zweiten Schritt erfolgt die Beauftragung einer Datenstelle mit dem Aufbau und dem Führen eines bundeseinheitlichen Verzeichnisses (siehe Formulierungsvorschlag).

B) Änderungsvorschlag

„§ 293a SGB V – Kennzeichen für Krankenhausstandorte, Fachabteilungen und Ambulanzen

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragen eine Datenstelle mit dem Aufbau und dem Führen eines bundeseinheitlichen Verzeichnisses, das der eindeutigen Identifikation von Standorten, Fachabteilungen (deren Schwerpunkte) und Ambulanzen der Krankenhäuser dient. ²Die Krankenkassen und die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Kennzeichen des Verzeichnisses nach Satz 1 in der Abrech-

nung, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie für die Erfüllung der Anforderung der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu verwenden. ³Es ist zu gewährleisten, dass die Kennzeichen eine eindeutige Definition und Identifikation der Standorte, Fachabteilungen (deren Schwerpunkte) und Ambulanzen von Krankenhäusern für die gesamte Dauer der Tätigkeit ermöglichen. ⁴Das Verzeichnis ist zu veröffentlichen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf dem Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung zu stellen; Änderungen des Verzeichnisses sind in geeigneten Abständen unentgeltlich zu übermitteln.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere zum Verzeichnis nach Absatz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der Kennzeichen sowie das Verfahren der Vergabe,
3. die Frequenz und das Verfahren einer zweckmäßigen Aktualisierung und Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderungen der Vergabe an bzw. die Verwendung der Kennzeichen durch die Leistungserbringer und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch das Führen und die fortlaufenden Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

²Kommt eine Vereinbarung bis zum *[sechs Monate nach Inkrafttreten der Regelung]* ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die ausstehenden Entscheidungen.“

§ 301 Abs. 4 SGB V – Datenaustausch mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A) Begründung

Der Datenaustausch der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit den Krankenkassen ist in § 301 Abs. 4 SGB V geregelt. Dort ist vorgesehen, dass nicht nur die reinen Abrechnungsdaten, sondern auch die für die Fallführung erforderlichen Daten wie Aufnahme- und Entlassungsmeldungen sowie -diagnosen, medizinische Begründungen für ein Überschreiten der vorgesehenen Behandlungsdauer und Vorschläge für die weitere Behandlung übermittelt werden. Die nähere Ausgestaltung des Datenaustausches wird über eine Vereinbarung zwischen den Leistungserbringerverbänden, der Deutschen Rentenversicherung und dem GKV-Spitzenverband geregelt.

Dagegen basiert der Datenaustausch mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen auf Richtlinien nach § 302 SGB V, die der GKV-Spitzenverband bestimmt. Allerdings sind die Art und der Umfang der Daten, die nach diesen Richtlinien bestimmt werden können, auf reine Abrechnungsdaten beschränkt, so dass wichtige Daten für die Leistungsentscheidungen der Krankenkassen nicht übermittelt werden können.

Im Ergebnis führt dies dazu, dass für den Datenaustausch mit den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen zwei Parallelverfahren organisiert und programmiert werden müssen. Zur Verringerung des Verwaltungsaufwandes sowohl für die Krankenkassen als auch für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, die überwiegend von Trägern betrieben werden, die zugleich stationäre Rehabilitationseinrichtungen betreiben, ist es deshalb fachlich, organisatorisch und wirtschaftlich angezeigt, die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in das Datenaustauschverfahren nach § 301 Abs. 4 SGB V einzubinden.

Ferner sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der Datenaustausch nach § 301 Abs. 4 SGB V auch für stationäre Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen gilt, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter erbringen. Zwischen den Partnern der Vereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V besteht darüber Konsens. Die Versorgungsverträge für diese Einrichtungen basieren allerdings auf § 111a SGB V, der in § 301 Abs. 4 SGB V nicht explizit aufgeführt ist. Deshalb sollte eine entsprechende Klarstellung bei einer Änderung des § 301 Abs. 4 SGB V erfolgen.

B) Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 4 Satz 1 SGB V erhält folgende Fassung:

„Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach den **§§ 111, 111a oder 111c** besteht, sind verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer **oder ambulanter** Behandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.“



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 20.08.2015**

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE
Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen in den
Krankenhäusern verbessern
– Bedarfsgerechte Personalbemessung gesetzlich regeln
BT–Drs. 18/5369 vom 30.06.2015**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fraktion DIE LINKE macht eine Reihe von Vorschlägen, um zu einer hochwertigen pflegerischen und therapeutischen Versorgung in den Krankenhäusern zu gelangen. Sie geht davon aus, dass diese unzureichend ist, insbesondere da der Pflegeaufwand in den Fallpauschalen (DRGs) nicht abgebildet und sogar nicht darstellbar sei. Daraus wird die Forderung abgeleitet, Personalkosten müssten außerhalb der Fallpauschalen finanziert werden.

Konkret wird gefordert, ein Verfahren zur Personalbedarfsermittlung gesetzlich zu verankern. Bis dieses greift, soll für einen Übergangszeitraum von drei Jahren die Pflege-Personal-Regelung (PPR) wieder scharf geschaltet werden. Der sich daraus ergebende Mehrbedarf soll extrabudgetär von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Im Zuge der Abrechnung von Leistungen bei den Krankenkassen durch die Krankenhäuser soll es zu Kontrollen kommen. Zudem sollen in den Prozedurenschlüsseln (OPS-Kodes) Pflegepersonal bezogene Mindestmerkmale definiert werden, sodass über die Fallpauschalen sichergestellt wird, dass entsprechende Leistungen nur kodiert werden, wenn auch die pflegerischen Vorgaben erfüllt sind. Personalbesetzungsstandards sollen mit der Krankenhausplanung verknüpft werden. Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe seien zu ergreifen.

B) Stellungnahme

Im Hinblick auf das DRG-System enthält die Position der Fraktion DIE LINKE einen Widerspruch: Einerseits wird prinzipiell angezweifelt, dass über das pauschalierte Vergütungssystem der Pflegeaufwand abgebildet werden könne, andererseits wird vorgeschlagen, innerhalb des Vergütungssystems die Prozedurenkodes dahingehend weiterzuentwickeln, dass sie die Pflegequalität als Abrechnungsvoraussetzung normieren.

Die Aussage, der notwendige Personalbedarf sei in Fallpauschalen nicht darstellbar, ist unzutreffend. Vielmehr fließen bei der Kalkulation einer jeden Fallpauschale die ärztlichen wie auch die nichtärztlichen Personalkosten gesondert ein und können mit ihren jeweiligen Anteilen DRG-bezogen in den einschlägigen Datenbanken nachgesehen werden.

Der GKV-Spitzenverband erkennt an, dass es im Hinblick auf die pflegerische Situation unter den Bedingungen des DRG-Systems in den Krankenhäusern zu Qualitätsdefiziten kommt. Dies liegt daran, dass das Krankenhausmanagement, dem hier die entscheidende Steuerung zukommt, seiner Verantwortung nicht immer gerecht wird. Der Fokus liegt vielfach auf der Optimierung der finanziellen Gesamtsituation des Krankenhauses und nicht auf einer guten

Pflege. Nicht nachvollziehbar ist die verallgemeinerte Kritik sowohl am DRG-System als auch am Pflegezustand in den Krankenhäusern. Um sachgerechte Lösungen zu finden, sollte es vielmehr darum gehen, die qualitätskritischen Versorgungsbereiche zu identifizieren und hier steuernd einzugreifen, als das DRG-System, das in erheblichem Maße zu einer Leistungs-
transparenz und Effizienzsteigerung geführt hat, mit systemfremden Maßnahmen ins Wanken zu bringen.

Mit dem Vorschlag, den Pflegebedarf in Prozedurenkodes als Mindestmerkmale zu verankern, macht die Fraktion DIE LINKE einen systemimmanenten Entwicklungsvorschlag. Dieser wird grundsätzlich begrüßt. Ordnungspolitisch gibt es zwei Optionen, in qualitätskritischen Bereichen – die es noch zu analysieren und zu beschreiben gilt – Pflegevorgaben zu verankern. Der Weg über die Prozedurenkodes ist der eine. Diese können jedoch nicht begleitend und systematisch zur Budgetverhandlung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse geprüft werden, da hierzu die Rechtsgrundlage fehlt. Die einzige Prüfoption, die es heute gibt, ist die im Einzelfall im Zuge der Abrechnung. Dies ist aufwendig und kommt den bereits behandelten Patienten nicht mehr zugute. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme zum KHSG darauf hingewiesen, dass die gesetzliche Voraussetzung zur grundsätzlichen Prüfung der Mindestmerkmale in OPS-Komplexkodes durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geschaffen werden sollte, damit dem Patientenschutz wirksam Rechnung getragen werden kann.

Der andere Weg ist der über Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Auch hier könnten Pflegepersonalvorgaben für qualitätskritische Bereiche definiert und damit rechtsverbindlich vorgeschrieben werden. Bei der aktuellen Gesetzgebung gewinnt man den Eindruck, dass den G-BA-Richtlinien der Vorrang gegenüber anderen Steuerungsmöglichkeiten gegeben werden soll.

Hochproblematisch ist, Mehraufwendungen – und dies gilt nicht nur für Pflegepersonal – ungeachtet einer Ursachenanalyse von der Solidargemeinschaft tragen zu lassen. Letztlich erhalten so die Krankenhäuser neues Geld, die zuvor ihrer Verantwortung nicht gerecht geworden sind. Diejenigen Häuser, die sich jedoch anhaltend um eine hohe medizinische wie auch pflegerische Qualität bemühen, müssen so demotiviert werden.

Der GKV-Spitzenverband würde es begrüßen, wenn als Kriterium für die Krankenhausplanung der Länder auch eine ausreichende Personalbesetzung verankert würde. Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität der Pflegeberufe dürften unter den gegebenen Versorgungsbedingungen auch eine Bedeutung haben, um die pflegerische Unterversorgung in bestimmten Versorgungsbereichen zu beheben.



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 20.08.2015**

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Gute Versorgung, gute Arbeit
– Krankenhäuser zukunftsfest machen
BT–Drs. 18/5381 vom 01.07.2015**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 1:

Es soll ein Gesetzentwurf vorgelegt werden, der die Investitionsfinanzierung für Krankenhäuser reformiert. Die Investitionsfinanzierung soll durch eine hälftige Beteiligung der Krankenkassen auf eine stabile Basis gestellt werden. Den Krankenkassen soll zugleich Mitsprache bei der Krankenhausplanung ermöglicht werden.

Nr. 2:

Es soll ein Gesetzentwurf vorgelegt werden, der gemeinsam mit den Ländern die Krankenhausplanung hin zu einer bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt, die auf gründlichen und vorausschauenden regionalen Versorgungsanalysen sowie einer Differenzierung nach Versorgungsstufen beruht und zu einer besseren Verzahnung mit den ambulanten Strukturen führt.

Nr. 3:

Es sollen verbindliche Personalbemessungsregelungen und ein transparentes und leistungsbezogenes System der Pflegefinanzierung entwickelt und eingeführt werden. Dabei wird an eigene Pflegepauschalen gedacht, den sog. Nursing Related Groups (NRG).

Nr. 4:

Es sollen die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Krankenhäusern verbessert werden. Unter anderem werden teamorientierte und multiprofessionelle Arbeitsansätze im Krankenhaus und interdisziplinäre Behandlungsleitlinien angemahnt.

Nr. 5:

Es soll die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in der stationären psychiatrischen Versorgung weiterhin gelten und ein zum PEPP-System alternatives Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik vorgesehen werden.

B) Stellungnahme

Nr. 1 und Nr. 2:

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes finden sich im Gesetzentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) zukunftsweisende Ansätze im Bereich Qualität und Krankenhausplanung. Mit der Berücksichtigung von Qualität im Rahmen der Krankenhausplanung und der Sanktionie-

Die von schlechter Qualität geht das KHSG in die richtige Richtung. Dies ist positiv zu bewerten. Ähnlich wie es auch der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier gefordert hat (vgl. „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes“), soll unterschiedliche Qualität Konsequenzen haben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Qualitätsorientierung, warnt aber davor, von diesen Absichtserklärungen kurzfristig eine völlig veränderte Versorgungsrealität zu erwarten.

Der wesentliche Mangel des KHSG ist die ungelöste Problematik rückläufiger Investitionsfinanzierung der Länder. Beim Start der sog. „dualen Finanzierung“ (Länder zahlen die Investitionen, Krankenkassen die Betriebskosten), betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch über 20 Prozent; inzwischen finanzieren die Länder weniger als fünf Prozent. Da dies weit unter dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt, wird die DRG-Fallpauschalenvergütung inzwischen – entgegen der gesetzlichen Vorgabe – allenthalben zur Investitionsfinanzierung genutzt. Bemerkenswert ist, dass mit der zunehmenden Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen keineswegs zusätzliche Mitspracherechte einhergehen. Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, sind die Folge.

Es ist zu begrüßen, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Handlungsbedarf in puncto Kapazitätsplanung erkannt hat und nun ein Strukturfonds eingerichtet werden soll, um den anstehenden Umstrukturierungsprozess voranzubringen. Der GKV-Spitzenverband hatte sich in seinen „14 Positionen für 2014“ für einen solchen Fonds ausgesprochen.

Ein weiterer Schritt wäre die verbindliche Einführung der Investitionsbewertungsrelationen zur Verteilung der pauschalen Mittel und die Beteiligung der Kassen an Investitionsentscheidungen im Rahmen der Einzelförderung, wie es sie bei den Investitionsmitteln gemäß Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in den neuen Bundesländern bis 2014 gegeben hat. Als Einstieg in eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen sollte dieses Prinzip bundesweit Anwendung finden.

Nr. 3 und Nr. 4:

Es wird darum gehen müssen, die aus pflegerischer Sicht qualitätskritischen Versorgungsbereiche zu identifizieren und hier steuernd einzugreifen, um den Patientenschutz zu erhöhen. Dies wird automatisch dazu führen, dass die Attraktivität des Pflegeberufes steigt, denn die Diskrepanzen zwischen dem eigenen, qualifizierten Pflegeanspruch und dessen, was praktisch geleistet werden kann, werden für die Pflegekräfte reduziert und bestenfalls vermieden.

Der im Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN formulierten Position, dass interdisziplinäre Behandlungsleitlinien für die Patienten von großem Vorteil sein können, wenn sie dazu führen, dass eine abgestimmte interdisziplinäre Versorgung tatsächlich gelebt wird, ist zuzustimmen. Dem widerspricht jedoch, separate Pflegepauschalen etablieren zu wollen, da dies eher dazu führen dürfte, ärztliche und pflegerische Leistungen voneinander zu trennen. Vielmehr muss es darum gehen, dass Ärzte und Pflegenden gleichermaßen Verantwortung für die Patienten überneh-

men und Letztentscheidungen in der Patientenversorgung nicht alleine beim Arzt liegen. Das Pflegemanagement muss größere Entscheidungskompetenzen auch und gerade in Personalbesetzungsfragen erhalten. Anders wird den Verantwortungsdefiziten, die in vielen Krankenhäusern in puncto Pflegeausstattung beim Krankenhausmanagement wahrgenommen werden können, nur schwerlich nachhaltig zu begegnen sein.

Nr. 5:

Mit Beginn der PEPP-Konvergenzphase zum 01.01.2019 wird die Psych-PV als Finanzierungsinstrument von Personalstellen aufgehoben. Dies ist eine notwendige Folge der Entwicklung neuer leistungsgerechter Vergütungsgrundlagen. In der leistungsgerechten Vergütung des PEPP-Systems wird die Versorgung mit erhöhtem Personalaufwand durch ein höheres Relativgewicht abgebildet. Damit wird die Psych-PV durch ein differenzierteres Bemessungssystem ersetzt. Bis es soweit ist, sind im Rahmen der bis zum Jahr 2018 andauernden budgetneutralen Phase die Vorgaben der Psych-PV zur Zahl der Personalstellen noch als Ausnahmetatbestand budgeterhöhend anwendbar. Zudem können alle Einrichtungen noch bis zum Jahr 2018 von der Nachverhandlung von notwendigen fehlenden Personalstellen nach § 6 Abs. 4 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) a. F. Gebrauch machen.

Unabhängig vom Vergütungssystem lassen sich in der Psychiatrie Tendenzen beobachten, die zu einer unzureichenden Personalausstattung führen. Für diese Bereiche, in denen das Management dieser Einrichtungen nicht für eine ausreichende Personalausstattung sorgt, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes verbindliche Mindestvorgaben in Form von Richtlinien zur Strukturqualität formulieren.

Die Selbstverwaltungspartner entwickeln entsprechend des gesetzlichen Auftrages zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemeinsam mit dem DRG-Institut (InEK) das PEPP-System weiter. Das durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend konzipierte Vergütungssystem erfährt jährliche Überarbeitungen und Anpassungen, die auch grundsätzlicher Natur sein können. Allen Beteiligten ist bewusst, dass der Prozess der PEPP-Weiterentwicklung mit den bisherigen Vereinbarungen noch nicht abgeschlossen ist.

Die Weiterentwicklung von PEPP und damit die Verbesserung des Vergütungssystems hängen entscheidend von der Beteiligung der Krankenhäuser am System ab. Die wesentliche Verantwortung liegt daher bei den Leistungserbringern. Nur wer mitmacht, kann auch gestalten. Wer weiterhin Alternativen zum PEPP-System fordert, noch bevor PEPP überhaupt in nennenswertem Maße genutzt, weiterentwickelt und evaluiert werden kann, wendet sich offensichtlich gegen den gesetzlichen Auftrag, ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für die Psychiatrien in der Bundesrepublik zu etablieren.