

Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015

Präambel

1. Herausforderungen und Handlungsbedarf

Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Wir blicken in Deutschland auf eine leistungsfähige Krankenhausmedizin, die von über einer Million Beschäftigten getragen wird. Vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Die große Koalition hat in ihrem Koalitionsvertrag die Ziele einer modernen Krankenhauspolitik klar formuliert: Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, sicher und gut erreichbar sein. Bund und Länder stellen sich gemeinsam dieser verantwortungsvollen Aufgabe. Zur Vorbereitung einer Krankenhausreform wurden in der Bund-Länder-AG Krankenhausreform die vorliegenden Eckpunkte entwickelt, die im Jahr 2015 in Gesetzen und Regelungen umgesetzt werden. Dies ist ein Einstieg in den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhausversorgung, der von der Versorgung der Patientinnen und Patienten her gedacht ist.

Die beschlossenen Eckpunkte machen deutlich, dass Bund und Länder zu einer nachhaltigen Sicherung der Betriebskosten der Krankenhäuser stehen und gemeinsam die notwendige Umstrukturierung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge gestalten wollen.

2. Qualität als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung

Gute und sichere Krankenhäuser heißt, dass Versicherte sich auf eine gute und medizinisch gebotene Versorgungsqualität verlassen können müssen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wurde bereits eingerichtet und nimmt 2015 seine Arbeit auf. Qualität ist ein Schlüsselfeld bei der Weiterentwicklung der Versorgung. Es ist unser Ziel, dieses Element auf allen Ebenen noch stärker

und konsequenter zur Geltung zu bringen. Qualität und Versorgungsstrukturen sind nicht zu trennen und müssen zusammen gedacht werden.

Wir haben bereits ein sehr hohes Qualitätsniveau erreicht, aber auch der Handlungsbedarf ist offensichtlich. Kritik an mangelnder Hygiene, zu wenig Pflegepersonal und unnötigen Operationen werden immer wieder in der Öffentlichkeit geäußert. Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass sie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und in hoher Qualität in jedem Krankenhaus behandelt werden.

Der Gestaltungsprozess der Qualitätssicherung wird mit diesen Eckpunkten fortgesetzt. Dazu haben wir insbesondere folgende Maßnahmen vereinbart.

- Qualität soll als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder gesetzlich eingeführt werden. Die Länder werden so effektiv bei der Qualitätsplanung unterstützt. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren entwickeln und diese den Ländern für Planungszwecke zur Verfügung stellen.
- Damit Patienten sich besser über die Qualität von Krankenhäusern informieren können, sollen die Qualitätsberichte verständlicher und transparenter werden.
- Für Leistungen mit außerordentlich guter Qualität soll es zukünftig möglich sein, Zuschläge zu vereinbaren. Das bedeutet auch, dass Krankenhäuser mit besonders schlechter Qualität, Abschläge bei der Vergütung hinnehmen müssen, wenn es ihnen nicht gelingt, die Mängel innerhalb eines Jahres abzustellen.
- Für die besonderen Leistungen von Zentren sollen zukünftig auch Zuschläge für besondere Vorhaltungen für Seltene Erkrankungen oder für die Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen vereinbart werden.

Die Sicherstellung einer gut erreichbaren Krankenhausversorgung ist ein Kernelement der Daseinsvorsorge. Auch zukünftig muss in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen ein ausreichendes medizinisches Versorgungsangebot gewährleistet sein. Sicherstellungszuschläge sollen dann vereinbart werden, wenn ein bestimmtes Versorgungsangebot eines Krankenhauses wohnortnah erhalten werden muss.

Krankenhäuser, die in einem hohen Umfang Notfallstrukturen vorhalten, sollen besser gestellt werden als Häuser, die sich mit einem geringeren Umfang oder gar nicht an der Notfallversorgung beteiligen.

3. Gute Versorgung – von der Basis bis in die Spitze

Zu guten, sicheren und erreichbaren Krankenhäusern gehört auch eine verantwortungsvolle Finanzierung. Bund und Länder stehen gemeinsam zu einer ausreichenden Finanzierung des laufenden Krankenhausbetriebs.

Durch eine Vielzahl von Einzelmaßnahmen sollen Fehlsteuerungen vermieden und Gelder zielgenauer eingesetzt werden. Dies betrifft z.B. Maßnahmen zur Mengensteuerung, eine verbesserte Berücksichtigung der Kostensituation bei der Fallpauschalenkalkulation und eine verbesserte Notfallvergütung.

Die Universitätskliniken sind mit ihren vielfältigen Aufgaben in der medizinischen Behandlung sowie in Forschung und Lehre unverzichtbar und leisten einen entscheidenden Beitrag zur innovativen Spitzenmedizin in Deutschland. Neben den genannten Schritten kommen weitere zielgerichtete Maßnahmen wie Qualitätszuschläge, Stärkung der Notfallversorgung sowie die besondere Vergütung von Zentren insbesondere auch den Unikliniken zugute. Die Struktur und die Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen werden angemessen und leistungsorientiert weiterentwickelt.

4. Einrichtung eines Pflegestellenförderprogramms

Gerade wer krank ist, wünscht sich Pflege und Zuwendung. Zugleich sind wir uns der Verantwortung bewusst, die jede und jeder Beschäftigte eines Krankenhauses für das Leben und die Gesundheit der Patienten trägt. Wir haben uns deshalb entschlossen, ein Pflegestellenförderprogramm in Höhe von 660 Mio. Euro in drei Jahren einzurichten. Mit dem Programm soll die allgemeine Pflege (ausschließlich "Pflege am Bett") dauerhaft gestärkt werden.

Wir werden eine Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung, die beim BMG angesiedelt ist, einsetzen. Sie soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Abhängig vom Prüfergebnis sollen Vorschläge unterbreitet werden, wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann.

5. Strukturfonds

Die Länder führen die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionsmittel für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen. Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voran zu bringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von Krankenhausstandorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. Bsp. Gesundheits- oder Pflegezentren) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen.

Teil I: Krankenhausplanung/ Qualität und Sicherstellung

1. Krankenhausplanung/Qualität und Sicherstellung

1.1 Qualität

- Der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern in § 1 Absatz 1 KHG wird um das Ziel der patientengerechten sowie qualitativ hochwertigen Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.
- Dazu wird ein gesetzlicher Auftrag an den G-BA gerichtet, bis zum 31.12.2016 erste Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die geeignet sind, rechtssichere Kriterien und Grundlagen für Planungsentscheidungen der Länder zu sein (planungsrelevante Indikatoren). Dabei wird die Zuordnung von Leistungen zu den planungsrelevanten Indikatoren angestrebt.
- Die Qualitätsindikatoren des G-BA sind als Empfehlungen an die Länder zum Zwecke einer qualitätsgesicherten Krankenhausplanung zu übermitteln. Die Länder können die Qualitätsindikatoren des G-BA sowie ergänzende Maßgaben des Landes durch landesrechtliche Regelungen zum verbindlichen Bestandteil ihrer Krankenhausplanung machen.
- Der G-BA wird verpflichtet, den Ländern zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren regelmäßig einrichtungsbezogen die Auswertungsergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung sowie Bewertungskriterien zur Verfügung zu stellen. Planungsrelevante Indikatoren werden quartalsweise an das Institut nach § 137a SGB V übermittelt und das Auswertungsverfahren einschließlich des struktu-

rierten Dialogs wird für diese Indikatoren um rd. 6 Monate verkürzt. Die zeitnahe Lieferung der Auswertungen zu den planungsrelevanten Indikatoren an die Länder wird gesetzlich vorgegeben.

- Die rechtlichen Grundlagen werden dafür geschaffen, dass eine nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes haben wird.
- Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, dass - soweit sie planungsrelevante Qualitätsindikatoren des G-BA sowie ergänzende Maßgaben des jeweiligen Landes verbindlich für die Krankenhausplanung gesetzlich verankert haben -, die Gewähr dieser Indikatoren und Maßgaben Voraussetzung für die Aufnahme und den Verbleib eines Krankenhauses im Krankenhausplan eines Landes sind. Zudem sind diese Indikatoren und Maßgaben im Rahmen des Auswahlermessens der zuständigen Behörde bei einer nach § 8 Absatz 2 Satz 2 KHG notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern verbindlich zugrunde zu legen.

Im KHG wird klargestellt, dass die Trägervielfalt bei krankenhauserischen Entscheidungen nur dann ausschlaggebend sein kann, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

1.2 Einhaltung Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA

Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind für zugelassene Krankenhäuser verbindlich. Die Vorgaben des G-BA zur Qualität und Qualitätssicherung von Krankenhäusern und Krankenhausleistungen sind daher zwingend zu beachten. Das erfordert Schutz und Vertrauen der Patientinnen und Patienten.

- Die Verbindlichkeit der Qualitätsvorgaben wird durch den Auftrag an den G-BA gestärkt, in einer Richtlinie in einem gestuften Vorgehen Maßnahmen zur ihrer Durchsetzung festzulegen. Dabei wird (unbeschadet der Regelungen nach Nr. 1.4.) gesetzlich klargestellt, dass der G-BA neben Maßnahmen der Unterstützung zur Qualitätsverbesserung auch Sanktionen wie z.B. Vergütungsabschläge, die Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit für die betreffende Leistung und die Unterrichtung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde vorsehen kann. Die Vergütungsabschläge sind auf der Grundlage von § 8 Abs. 4 KHEntgG oder von § 8 Abs. 4 BPflV umzusetzen.
- Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA und der Länder sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung werden in den Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kontrolliert. Der G-BA legt das Nähere zum Prüfverfahren für die unangemeldeten MDK-Kontrollen, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen, sowie deren Folgen in einer Richtlinie fest. Dabei hat er eine aufwandsarme Umsetzung der Kontrollen vorzusehen, um den Mehraufwand für die Krankenhäuser und den MDK möglichst gering zu halten.

- Der G-BA hat in der Richtlinie vorzusehen, dass die Ergebnisse der MDK-Prüfungen zeitnah auch an die Länder zu übermitteln sind. Er legt insbesondere fest, in welchen Fällen der MDK die Ergebnisse unmittelbar an die Länder zu übermitteln hat (z.B. bei akuten Qualitätsmängeln).

1.3 Mindestmengen

Die Mindestmengenregelungen werden nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung konkretisiert, um Rechtsunsicherheiten zu beseitigen und die Anwendung der Regelung zu erleichtern. Hierzu soll

- die Formulierung "in besonderem Maße" gestrichen,
- dem G-BA die Regelung von Ausnahmetatbeständen zur Flexibilisierung der Mindestmengenregelung und zur Vermeidung von Härtefällen (bei nachgewiesener hoher Qualität unterhalb der Mindestmenge) aufgegeben; die Ausnahmbefugnisse der Länder bleiben davon unberührt.
- die für die Erreichung der Mindestmenge anrechenbare Leistung konkreter definiert,
- klargestellt werden, dass bei der Leistungserbringung trotz Unterschreitens einer Mindestmenge die Leistung von der GKV nicht bezahlt wird und
- eine möglichst zeitnahe Begleitevaluation sowie eine darauf aufbauende Anpassung der Mindestmengen vorgeschrieben werden.

1.4 Qualitätszu- und abschläge

Die Qualität der stationären Versorgung wird gefördert und weiterentwickelt. Dies soll sich auch bei der Vergütung der Krankenhausleistungen bemerkbar machen. Hierzu ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss bis zum 31.12.2016 zunächst ein Katalog von geeigneten Leistungen, Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren zu beschließen. Für die ausgewählten Leistungen sind vom G-BA regelmäßig auch Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zur Verfügung zu stellen, auf deren Grundlage Zu- und Abschläge festgelegt werden. Die Länder werden über die Zu- und Abschläge informiert und können diese Ergebnisse (s. Ziffer 1.1) für landesplanerische Konsequenzen nutzen.

Die Höhe sowie die nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren (Konfliktlösung Bundesschiedsstelle).

Es wird folgendes, gestuftes Verfahren bei Qualitätsmängeln entwickelt:

Der Abschlag bei unzureichender Qualität ist obligatorisch zu erheben. Er ist bei Qualitätsmängeln rückwirkend zu erheben, wenn diese nicht innerhalb von mindestens einem Jahr beseitigt worden sind, spätes-

tens jedoch bis zum Vorliegen aktueller Erkenntnisse über die Qualität der entsprechenden Leistungserbringung. Fristbeginn ist der Zeitpunkt der Vereinbarung von Maßnahmen zur Beseitigung der Qualitätsmängel durch die Vertragsparteien vor Ort. Für den Fall, dass Qualitätsabschläge zu berechnen sind, sollen krankenhaushausplanerische Konsequenzen gezogen werden.

1.5 Qualitätsverträge

- Im Interesse der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung sollen die Krankenkassen und die Krankenhäuser zeitlich befristet für vier vom G-BA bis zum 31. Juli 2016 zu bestimmende planbare Leistungen bzw. Leistungsbereiche aus dem stationären Sektor erproben, inwieweit sich die weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch Vereinbarung von Anreizen und die Vereinbarung höherwertiger Qualitätsstandards erreichen lässt.
- Gegenstand der Verträge sind Anreize für die Einhaltung besonderer Qualitätsmaßstäbe, die einzeln zwischen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart werden können. In Qualitätsvereinbarungen darf nicht vereinbart werden, dass Qualitätsverträge mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig sind. Ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrages besteht nicht. In den vom G-BA festgelegten Leistungsbereichen vereinbart der GKV-Spitzenverband mit der DKG bis zum 31.12.2016 verbindliche Rahmenvorgaben für die abzuschließenden Qualitätsverträge (Schiedsstellenfähigkeit der Vereinbarung, Anrufrecht des BMG). Die Rahmenvorgaben sollen den Inhalt der Qualitätsverträge insbesondere im Hinblick auf einzubeziehende Qualitätskriterien so weit vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Versorgungsqualität nach Abschluss des Erprobungszeitraums erforderlich ist.
- Nach Abschluss des Erprobungszeitraums wird der G-BA das neu einzurichtende Qualitätsinstitut mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität in den vertragsgegenständlichen Leistungsbereichen auch im Vergleich mit der Leistungserbringung in Krankenhäusern ohne Qualitätsverträge beauftragen. Die Darstellung soll Auskunft darüber geben, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität durch den Abschluss von Qualitätsverträgen verbessert hat.

1.6 Qualitätsberichte Krankenhäuser

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen verständlicher und leichter auffindbar werden. Die gesetzlichen Vorgaben des Auftrags an den G-BA zu den Festlegungen für die Qualitätsberichte werden deshalb konkretisiert, um die Nutzbarkeit und den Informationswert der Qualitätsberichte für Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern.

Dem G-BA wird hierfür aufgegeben, besonders patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form zusätzlich in einem speziellen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten adressatengerecht darzustellen. Es wird vorgeschrieben, dass dieser Berichtsteil insbesondere Aspekte der Patientensicherheit enthalten soll wie z.B. Maßzahlen über die Personalausstattung der Fachabteilungen des jeweiligen Hauses, die Erfüllung wesentlicher Hygienestandards, die Anwendung gängiger Verfahren zur Arzneimittelsicherheit (klinisch-pharmakologische Visiten) und die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements. Bei letzterem ist besonders auszuweisen, ob Fehlermeldesysteme in den Einrichtungen für alle Bereiche eingeführt sind, wie eine Fehlermeldekultur in den Einrichtungen etabliert ist und wie systematisch mit gemeldeten Fehlern umgegangen wird.

Sobald Module für Patientenbefragungen vom neuen Qualitätsinstitut entwickelt und etabliert sind, werden deren Ergebnisse in die Qualitätsberichte aufgenommen.

Zudem sollen Informationen zu Nebendiagnosen, die mit relevanten Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, im Qualitätsbericht dargestellt werden.

Dem G-BA wird gesetzlich aufgegeben, dass Sanktionen bereits bei einer Dokumentationsrate unter 100% vorzusehen sind, es sei denn, das Krankenhaus weist nach, dass der Dokumentationsausfall unverschuldet ist. Durch die vorgesehene Beschleunigung des Verfahrens zu den planungsrelevanten Indikatoren wird die Aufnahme von aktuellen Qualitätsdaten in die Qualitätsberichte ermöglicht (s. Ziffer 1.1, 4. Spiegelstrich).

1.7 Beteiligung der Länder bei Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung:

Auftragserteilung Qualitätsinstitut

Den Ländern wird analog der Regelung für die Richtlinien zur Bedarfsplanung (§ 92 Abs. 7e SGB V) ein Mitberatungsrecht im G-BA eingeräumt, soweit die Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung für die Landeskrankenhausplanung von Bedeutung sind; dieser Punkt wird bereits im VSG umgesetzt.

Mit dem GKV-FQWG wurde ausdrücklich geregelt, dass der G-BA nach § 137a Abs. 10 SGB V das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragen kann, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten (auch der Länder) für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten oder Auswertungsergebnisse zur Verfügung zu stellen.

Die Regelung der sekundären Datennutzung wird zugunsten der Länder um die Möglichkeit erweitert, auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Landeskrankenhausplanung oder ihrer Weiterent-

wicklung soweit dies erforderlich ist auch einrichtungsbezogene und versichertenbeziehbare (pseudonymisierte) Daten der externen stationären Qualitätssicherung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bedingungen und der informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu erhalten.

1.8 Sicherstellungszuschläge/Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung

Sicherstellungszuschläge werden gezahlt für die Vorhaltung von Kapazitäten, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind, die aber zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig sind.

- Der G-BA legt bis zum 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest. Die planungsrelevanten Indikatoren sind zu berücksichtigen. Gesetzlich wird vorgegeben, dass die Vorgaben insbesondere Konkretisierungen vorzunehmen haben
 - * zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
 - * zum „geringen Versorgungsbedarf“ und dazu,
 - * welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung „notwendig“ sind. Hierbei ist ein enger Maßstab anzuwenden. Außer Leistungen der Notfallversorgung (im Sinne der rettungsdienstlichen Definition) können Leistungen einbezogen werden, bei denen unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist.
- Die Länder können Abweichendes von den bundesweiten Vorgaben treffen, z. B. zur Frage der „notwendigen“ Leistungen.
- Der Sicherstellungszuschlag wird zukünftig gewährt, wenn ein zur Sicherstellung der Versorgung notwendiges Krankenhaus nicht nur bei einzelnen Leistungsbereichen, sondern insgesamt Defizite zu tragen hat.
- Die Einhaltung der maßgeblichen Vorgaben für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags ist durch die zuständige Landesbehörde zu prüfen. Klagen haben keine aufschiebende Wirkung.
- Soweit die Sicherstellungszuschläge auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben beruhen, wird die absenkende Berücksichtigung der Sicherstellungszuschläge beim Landesbasisfallwert aufgehoben. Abweichende Vorgaben der Länder, die zu Mehrkosten führen, wirken weiterhin absenkend auf den Landesbasisfallwert.
- Die Höhe des Sicherstellungszuschlags wird durch die Vertragsparteien vor Ort verhandelt. Im Konfliktfall entscheidet die Schiedsstelle.

Bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten erfolgt die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags im Falle einer Krankenhausfusion abweichend vom Hausbezug betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien insgesamt erfüllt sind:

- a) die Betriebsstätte im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen ist,
- b) an diesem gesonderten Standort mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben werden und
- c) das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich ist und von einem Wirtschaftsprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt wird.

Der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für höchstens 3 Jahre weiter gewährt werden.

1.9 Notfallversorgung

- Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen werden besser gestellt als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten in Abhängigkeit von den vorgehaltenen Notfallstrukturen zu differenzierende Zuschläge. Für nicht an der Notfallversorgung teilnehmende Krankenhäuser ist ein Abschlag vorzusehen.
- Der G-BA legt unter Berücksichtigung der von ihm beschlossenen planungsrelevanten Indikatoren bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen fest, einschließlich einer Stufe für die Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung. Dafür sind Mindestvoraussetzungen für die jeweiligen Stufen zu vereinbaren. Die unterste Stufe ist unter Berücksichtigung der Vorgaben für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendigen Leistungen der Notfallversorgung festzulegen. Die höchste Stufe ist z.B. für eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung vorzusehen. Für den G-BA-Beschluss werden bestimmte gesetzliche Mindestvorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung vorgegeben (z. B. Vorhaltung bestimmter Abteilungen, Rund-um-die Uhr Bereitschaft an allen Tagen, ausreichende Intensivbehandlungskapazitäten).
- Die Vertragspartner auf Bundesebene haben für die vereinbarten Notfallstufen auf der Grundlage von Vorhaltekosten bis zum 30. Juni 2017 unterschiedliche Zu- oder Abschläge zu bestimmen. Sie haben sich dabei durch das InEK unterstützen zu lassen. Im Konfliktfall entscheidet die Bundesschiedsstelle, die auch vom BMG angerufen werden kann.
- Die Länder können planungsrechtlich bestimmen, welche Krankenhäuser an der Notfallversorgung teilnehmen.
- Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts werden Notfallabschläge erhöhend und Notfallzuschläge absenkend berücksichtigt, um eine Mittelkürzung bzw. Doppelfinanzierung zu vermeiden.

1.10 Besondere Vergütung von Zentren

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes vom 22. Mai 2014 (BVerwG 3 C 12.13.) soll der Zentrumsbegriff in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG neu gefasst werden. Ein Zentrum ist eine Einrichtung, die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich auf Grund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt. Die Einrichtung muss sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden. Der Zentrumsbegriff im Sinne des Krankenhausfinanzierungsrechts und der damit verbundene Zuschlag setzen voraus:

- a. Ausweisung und Festlegung von besonderen Versorgungsaufgaben eines Zentrums im und aufgrund des Krankenhausplans des jeweiligen Landes. Sofern Länder Zentren mit besonderen Versorgungsaufgaben in ihren Krankenhausplänen nicht ausweisen, kann ein Land krankenhauserplanerisch auf Antrag besondere Versorgungsaufgaben eines Zentrums im Einzelfall feststellen.
- b. Beschränkung auf die Erbringung von besonderen Aufgaben (siehe Voraussetzung in § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG), die nicht in den DRGs abgebildet sind sowie nicht bereits nach sonstigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes vergütet werden.
- c. Die Vertragspartner auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG haben bis zum 31.03.2016 unter Zugrundelegung der vorgenannten Vorgaben unter Buchstaben a. und b. das Nähere zu vereinbaren (Konfliktlösung: Bundesschiedsstelle). Die Möglichkeit, besondere Einrichtungen befristet aus den DRG-Vergütungen auszunehmen, bleibt hiervon unberührt (§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG).

Bei den Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene ist bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben durch Zentren insbesondere Folgendes zugrunde zu legen:

Besondere Aufgaben von Zentren können sich insbesondere ergeben aus:

- a. einer überörtlichen und/oder krankenhauserübergreifenden Aufgabenwahrnehmung (z.B. Netzwerkoorganisation, krankenhauserübergreifende Koordination und/oder Dokumentation) **oder**
- b. der Erforderlichkeit besonderer Vorhaltung, z.B. aufgrund geringerer Häufigkeit der Fälle/Erkrankungen (z.B. Zentren für Seltene Erkrankungen) **oder**
- c. der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen.

Zuschlagsfähig können auch Leistungen sein, die nicht in der unmittelbaren stationären Patientenversorgung bestehen. Zuschlagsfähig können in diesem Zusammenhang bei Behandlung mit einer besonderen krankheitsspezifischen Komplexität weiterhin auch Vorhaltungen innerhalb eines Krankenhauses sein, die für die Behandlung von Risiko-/Hochrisikopatienten erforderlich sind.

Die Höhe des jeweiligen Zuschlages ist auf Grundlage der zusätzlich entstehenden Personal- und Sachkosten von den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren. Bei einer Übernahme von im Zuschlag berücksichtigten Kosten in die DRG-Kalkulation wird der Zuschlag entsprechend angepasst oder aber er entfällt.

Bei krankenhausplanerischer Übertragung besonderer Aufgaben von Zentren, die nicht bereits mit den DRG-Fallpauschalen vergütet werden, werden die Zentrumszuschläge nicht bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt.

1.11 OP-Checklisten

Es wird davon ausgegangen, dass der G-BA in einer sektorenübergreifenden Rahmenrichtlinie zum Qualitätsmanagement (Beschluss ist für Ende 2014 angekündigt), den Einsatz von sog. Checklisten verbindlich regelt. Soweit der G-BA die Regelung zu den OP-Checklisten bis zum Beginn des Gesetzgebungsverfahrens zur Krankenhausreform nicht oder nicht ausreichend verankert, erfolgt eine gesetzliche Regelung in § 135a Absatz 2 SGB V.

1.12 Zweitmeinung

Gesetzlich Versicherte erhalten bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen (=Eingriffe, bei denen das Risiko einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist) einen Leistungsanspruch, sich bei einem anderen Arzt oder in einem anderen Krankenhaus eine zweite unabhängige ärztliche Meinung einzuholen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gesetzlich beauftragt, die mengenanfälligen planbaren Eingriffe, für die das Zweitmeinungsverfahren ermöglicht werden soll, im Einzelnen zu bestimmen. Er hat darüber hinaus Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung und geeignete Leistungserbringer festzulegen, die eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung sichern. Die Kriterien hierzu werden im Gesetz vorgegeben.. Zusätzliche Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen auf Grund von Satzungsregelungen sind weiterhin möglich. Soweit sie Indikationen betreffen, bei denen der G-BA qualitative Anforderungen an die Zweitmeinung festgelegt hat, müssen diese auch von den kasseneigenen Zweitmeinungsangeboten erfüllt werden.

1.13 Klinische Sektionen

Klinische Sektionen sind ein wertvolles Instrument der medizinischen Qualitätssicherung. Um dieses Instrument zu stärken, wird eine Regelung geschaffen, wonach den Krankenhäusern die durchschnittlichen Kosten für aus Qualitätsgründen durchgeführte Sektionen finanziert werden. Die Finanzierung erfolgt über einen Qualitätszuschlag, der für alle voll- und teilstationären Fälle eines Hauses in Rechnung zu stellen ist. Die Vertragspartner auf Bundesebene werden gesetzlich beauftragt, Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung festzulegen, eine ausreichende Sektionsrate zu bestimmen und die durchschnittlichen Kosten einer Sektion auf der Grundlage einer Kalkulation des InEK zu vereinbaren. Die auf der Bundesebene aus Qualitätsgründungen vorgegebene Sektionsrate soll als Bedingung für die Finanzierung der Sektionskosten beim einzelnen Haus vorgegeben werden. Bei Nicht-Einigung wird eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle vorgesehen.

1.14 Transplantationsregister und Implantateregister

Derzeit werden in Deutschland Daten zur Entnahme, Vermittlung, Transplantation und Qualitätssicherung durch verschiedene Institutionen nach unterschiedlichen Vorgaben erfasst. Daher wird in der Fachwelt ein nationales Transplantationsregister gefordert, um eine Zusammenführung und damit eine Auswertung der Daten von der Organentnahme bis hin zur Nachbetreuung nach Transplantation zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Transplantationsmedizin zu ermöglichen. Das BMG hat in 2013 die Erstellung eines „Fachgutachtens für ein nationales Transplantationsregister“ in Auftrag gegeben. Die Arbeiten zum Gutachten wurden durch einen Beirat aus Experten aus der Transplantationsmedizin begleitet.

Auf der Grundlage der Ergebnisse des Fachgutachtens für ein nationales Transplantationsregister werden kurzfristig die Gespräche mit den maßgeblichen Institutionen des Transplantationswesens begonnen. Es wird ein verbindliches Transplantationsregister in dieser Legislaturperiode eingeführt. Die Datenlieferung wird gesetzlich verpflichtend geregelt

Implantateregister:

Es wird ein verbindliches Implantateregister gesetzlich eingeführt. Das Jahr 2015 wird genutzt, Erfahrungen und Erkenntnisse zu sammeln. Im 1. Quartal 2016 werden die in einem Erfahrungsbericht gesammelten Ergebnisse von einer (kleinen) Bund-Länder-AG "Implantateregister" dahingehend ausgewertet, wie aus dem bisher "freiwilligen" EPRD zur Sicherstellung der Datenlieferung der Ausbau zu einem verbindlichen Register erfolgen kann, welche Schritte dafür sinnvoll und zweckmäßig sind und welche weiteren

Implantate in diesem oder in anderen Registern erfasst werden sollen. Die gesetzliche Umsetzung erfolgt in dieser Legislaturperiode.

1.15 Neue Methoden

Das Thema wird bereits im Rahmen des Vorhabens Versorgungsstärkungsgesetz aufgegriffen.

Für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse angewandt werden sollen und für die ein Krankenhaus erstmalig die Vereinbarung eines Entgelts für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (NUB-Entgelt) anstrebt, wird ein systematisches, obligatorisches und fristgebundenes Verfahren zur Bewertung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt.

Ein Krankenhaus, das für eine neuartige Methode unter Anwendung eines Medizinprodukts der hohen Risikoklassen erstmalig eine NUB-Anfrage an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) stellt, hat den G-BA zugleich hierüber zu informieren und ihm die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine Bewertung der Methode im Benehmen mit dem jeweiligen Medizinproduktehersteller zu übermitteln. In das Bewertungsverfahren des G-BA werden weitere Krankenhäuser, die die Methode erbringen wollen, sowie weitere betroffene Medizinproduktehersteller einbezogen. Auf Grundlage der vorgelegten Informationen und ggf. eigener Recherchen hat der G-BA innerhalb von 3 Monaten eine Bewertungsentscheidung über zu erwartenden Nutzen, Schaden oder Potential der Methode zu treffen. Er wird hierbei regelmäßig das IQWiG einbeziehen. Für neue Methoden, denen der G-BA im Rahmen der Frühbewertung bereits einen belegten Nutzen attestiert und die nach Feststellung des InEK bisher nicht sachgerecht vergütet werden, wird sichergestellt, dass es zeitnah zur Vereinbarung eines NUB-Entgelts kommt und die Methode damit in die breite Versorgung eingeführt werden kann. Stellt der G-BA fest, dass die Methode zwar Potential aufweist, die Erkenntnislage für eine Beurteilung aber nicht ausreicht, entscheidet er innerhalb von 6 Monaten über die Durchführung einer Erprobung, um die fehlenden Erkenntnisse zu generieren. Auch für diesen Fall wird sichergestellt, dass es zeitnah zur Vereinbarung von NUB-Entgelten kommt. Krankenhäuser, die die neue Methode unter Anwendung des Medizinprodukts erbringen wollen, werden zur Teilnahme an der Erprobung verpflichtet. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb von 2 Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist.

Gleichzeitig mit der Einführung dieses neuen Verfahrens erfolgt eine gesetzliche Klarstellung, dass der im Krankenhausbereich geltende Grundsatz der "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" beibehalten wird. Es wird zudem geregelt, dass für den Ausschluss einer Methode aus der Krankenhausversorgung durch den Ge-

meinsame Bundesausschuss und die Ablehnung eines Leistungsanspruchs im Einzelfall durch eine Krankenkasse im Falle des Fehlens eines G-BA-Beschlusses nicht mehr unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe angewendet werden. Voraussetzung für die Erbringung innovativer Methoden bleibt dabei, dass sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweisen und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere im Einzelfall indiziert und erforderlich ist. Schädliche oder unwirksame Methoden dürfen weiterhin nicht zu Lasten der GKV erbracht werden.

1.16 Weiterentwicklung der spezialfachärztlichen Versorgung

Der Entwurf eines Versorgungsstärkungsgesetzes sieht vor, dass Krankenhäuser, die nach bisherigem Recht an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V teilnehmen, dies – trotz der Neuregelung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung – auch weiterhin tun können. Eine Rückführung der bisherigen Bestimmungen der Krankenhäuser auf den Teilnahmerahmen des neuen Rechts würde gerade bei onkologischen Indikationen zu einer nicht hinnehmbaren Verschlechterung der Versorgung führen. Damit eine Vereinheitlichung des Rechtsrahmens erreicht werden kann, wird die Einschränkung der spezialfachärztlichen Versorgung auf schwere Verlaufsformen insbesondere für onkologische Erkrankungen (Nr. 1a) sowie die Befristung der Bestandsschutzregeln überprüft.

Teil II: Betriebskostenfinanzierung/ Mengenentwicklung und –steuerung

2. Betriebskostenfinanzierung/Mengenentwicklung und –steuerung

2.1 DRG-System

2.1.1 Repräsentativität der Kalkulationskrankenhäuser

Die Kalkulationen der stationären Entgeltsysteme basieren auf Ist-Kosten- und -Leistungsdaten von Krankenhäusern. Die Teilnahme der Krankenhäuser an der Bereitstellung von Kostendaten ist derzeit freiwillig. Daher können bislang einige Trägergruppen oder Leistungsbereiche in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert sein oder sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen.

Die Selbstverwaltungspartner werden verpflichtet, das InEK zu beauftragen, ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage und Maßnahmen für dessen Umsetzung zu erarbeiten. Das Konzept und die Maßnahmen, die auch gewährleisten müssen, dass die ausgewählten Krankenhäuser die notwendigen Daten vollständig und im vorgegebenen Zeitrahmen zur Verfügung stellen, sind von den

Selbstverwaltungspartnern als Träger des InEK bis spätestens zum 31. Dezember 2016 zu vereinbaren. Hierzu werden die Selbstverwaltungspartner gesetzlich ermächtigt, geeignete Krankenhäuser mit verbindlicher Wirkung zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen. Bei Nicht-Einigung: Konfliktlösung durch Bundesschiedsstelle.

2.1.2 Sinkende Sachkosten

- Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau der Übervergütung zu vereinbaren.
- Hierzu ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit Unterstützung des InEK bis zum 30. Juni 2016 ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der kalkulierten Bewertungsrelationen der DRG-Fallpauschalen zu vereinbaren. Im Konfliktfall entscheidet die Bundesschiedsstelle.
- Das Konzept ist jährlich anzuwenden, erstmals für das Kalkulationsjahr 2016 (DRG-System 2017). Durch entsprechende Korrekturen werden dem Krankenhausbereich keine Mittel entzogen. Vielmehr kommen die durch die Änderungen frei werdenden Mittel anderen z.B. personalintensiven Leistungen zu gute.

2.1.3 Berücksichtigung der Mehrkosten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses

- Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, wird auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen die Möglichkeit zur Vereinbarung von zeitlich befristeten krankenhausespezifischen Zuschlägen geschaffen, die die zusätzlich aufgewendeten personellen und sachlichen Mittel abbilden sollen. Dies umfasst auch die bisherige Beschlusslage zur Neonatologie. Auch für daraus resultierende Mehrkosten können krankenhausespezifische Zuschläge vereinbart werden. Im Konfliktfall entscheidet die Schiedsstelle.
- Nach Berücksichtigung in den bundesweiten Entgelten können die krankenhausespezifischen Zuschläge nicht mehr erhoben werden; die zusätzlichen Mittel werden erhöhend beim Entgeltvolumen im Land berücksichtigt.
- Die Zuschläge sollten wie alle übrigen Zu- und Abschläge nach § 5 KHEntgG (z.B. Sicherstellungszuschläge, Zentrumszuschläge) und die krankenhausespezifischen Entgelte nach § 6 KHEntgG (z.B. NUB-Entgelte) der Genehmigungspflicht durch das Land unterliegen.

2.2 Preisbildung

2.2.1 Angleichung der Landesbasisfallwerte

- * Die Konvergenz der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor wird ab 2016 fortgesetzt.
- * Der nicht erklärbare Anteil der Spannweite der Landesbasisfallwerte im Jahr 2007, das das Bezugsjahr für die RWI-Untersuchung war, wird abgebaut. Die akzeptable Bandbreite der Landesbasisfallwerte beträgt damit 3,52%.
- * Für die weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte werden die Korridorgrenzen asymmetrisch auf - 1,02% (untere Korridorgrenze) und +2,5% (obere Korridorgrenze) festgelegt. Die Landesbasisfallwerte unterhalb des Korridors werden im Jahr 2016 in einem Schritt auf die untere Korridorgrenze angehoben. Die Landesbasisfallwerte oberhalb des Korridors werden in einer Konvergenzphase von sechs Jahren an die obere Korridorgrenze herangeführt.
- * Die bisherige Kappungsgrenze für die Anpassung von Landesbasisfallwerten an die obere Korridorgrenze wird gestrichen.
- * Die Bedeutung der landesbezogenen Verhandlungen wird gestärkt. Der bundeseinheitliche Basisfallwert wird deshalb ab 1.01.2020 nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten durch das InEK ermittelt und veröffentlicht. Eine Erhöhung des bundeseinheitlichen Basisfallwerts um die maßgebliche Obergrenze findet in der Folge nicht statt, vielmehr geht die Obergrenze in Höhe des bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts berücksichtigten Umfangs in den bundeseinheitlichen Basisfallwert ein. Die Landesbasisfallwerte in den Ländern erreichen jährlich, gegebenenfalls über Ausgleichs, mindestens den unteren Korridorrand. In den Verhandlungen nach § 10 Abs. 3 KEntg sind die wirtschaftlichen Belange der Krankenhäuser in den Ländern am unteren Korridorrand besonders zu berücksichtigen.
- * Verzögerten Verhandlungen der Landesbasisfallwerte wird ab 1.01.2020 entgegengewirkt, indem nach Ablauf der gesetzlichen Frist (30. November) automatisch das Schiedsverfahren anläuft (keine Anrufung erforderlich) und die Schiedsstelle innerhalb der gesetzlichen 6-Wochen-Frist (§ 13 Abs. 2 KHEntg) zu entscheiden hat.

2.2.2 Orientierungswert

Der anteilige Orientierungswert wird durch den sachgerecht ermittelten vollen Orientierungswert ersetzt und gleichzeitig die Meistbegünstigungsklausel (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher als der Orientierungswert ist) abgeschafft. Für die Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch das Statistische Bundesamt sind mehrere Jahre erforderlich, so dass dies nicht bereits für das Jahr 2016 um-

gesetzt werden kann. Die Anwendung eines weiter entwickelten Orientierungswerts erscheint für das Jahr 2018 realistisch; es wird geprüft, ob der volle Orientierungswert zum Veränderungswert wird und die Meistbegünstigungsklausel entfällt. Bis zu diesem Zeitpunkt findet neben dem ab dem Jahr 2016 wieder geltenden anteiligen Orientierungswert die Meistbegünstigungsklausel weiter Anwendung.

2.3 Mengenentwicklung

2.3.1 Mengensteuerung

- * Für eine effektive Mengensteuerung sollten Änderungen im Rahmen einer gestuften Vorgehensweise erfolgen. Zuerst sind die flankierenden Maßnahmen und Voraussetzungen zu schaffen. So muss der G-BA zunächst Regelungen zur Einholung von Zweitmeinungen oder zu den Rahmenbedingungen für Qualitätszu- oder -abschläge treffen. Übergangsweise findet während dieser Zeit noch die bisherige Mengensteuerung Anwendung. Nachdem erste Anwendungserfahrungen mit den neuen, die stationäre Leistungsentwicklung beeinflussenden Regelungen bestehen, erfolgt für das Jahr 2017 in einer zweiten Stufe die Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene.
- * Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird mit Wirkung für den Landesbasisfallwert 2017 aufgehoben. Damit werden betriebswirtschaftliche Vorteile zusätzlicher Leistungen zukünftig nicht mehr allen Krankenhäusern entgegen gehalten.
- * Ab dem Jahr 2017 werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.
- * Durch die verursachungsgerechte Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene dürfen keine Mehrausgaben entstehen. Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren für die Anwendung auf Hausebene eine basiswirksame Mindestabschlagshöhe und -dauer, wobei hierfür die Vorgabe gemacht wird, dass keine Mehrausgaben durch die Verlagerung der Mengenberücksichtigung vom Landesbasisfallwert auf die Hausebene entstehen dürfen.
- * Die Vertragsparteien vor Ort haben bei Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen höhere Abschlagsquoten und -dauern zu vereinbaren; auf Bundesebene vereinbarte Ausnahmen vom Abschlag für zusätzliche Leistungen und Absenkungen der Bewertungsrelationen sind zu berücksichtigen.
- * Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben einen engen Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen (z.B. Bewilligung zusätzlicher Versorgungsaufträge, für die bisher keine Abrechnungsmöglichkeit bestand; Transplantationen) vom Abschlag für zusätzliche Leistungen zu vereinbaren. Auch bei Leistungen, die in außerordentlich guter Qualität erbracht werden oder bei denen keine Gefahr eines Mengenanstiegs aus wirtschaftlichen Gründen besteht, sowie bei Mengenzuwächsen bei einzelnen Krankenhäusern, die lediglich aus Verschiebungen von Leistungen zwischen Krankenhäusern resultieren, entstehen durch die Erbringung zusätzlicher Mengen betriebswirtschaftliche Kostenvorteile, die derzeit bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden. Da die Verlagerung der Fixkostendegres-

sion von der Landesbasisfallwertebene auf die Ortsebene aufwandsneutral erfolgen soll, müssen diese Effekte zukünftig beim einzelnen Krankenhaus preismindernd berücksichtigt werden. Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht besser gestellt werden. Leistungen mit außerordentlich guter Qualität werden insoweit besser gestellt, als dass Krankenhäuser hierfür zukünftig Qualitätszuschläge erhalten.

- * Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind zudem verpflichtet, bis zum 31.07.2016 für Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen die Bewertungsrelationen abzusenken oder abzustufen (schiedsstellenfähig). In diesem Fall werden für die betroffenen Leistungen auf der Ortsebene vereinbarte erhöhte Abschlagsquoten ersetzt.
- * Übergangsweise wird der Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent zusammen mit dem dreijährigen Mehrleistungsabschlag voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2016 erhoben, um die doppelte Degression zu neutralisieren. 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, wobei zur Vermeidung von Fehlanreizen die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag unterliegen. Mehrleistungen ab dem Jahr 2017 unterliegen dem neuen Abschlag.
- * Für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts wird vorgegeben, dass bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven neben der Produktivität auch Fehlbelegung und das Verlagerungspotential von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen ist. Die Vertragspartner auf Bundesebene können zudem für die bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG, Empfehlungen abgeben.

2.4 Berücksichtigung Personalkosten im DRG-System

- Ein Pflegestellenförderprogramm wird zur Stärkung der allgemeinen Pflege (ausschließlich "Pflege am Bett") eingerichtet, dessen Umfang die Hälfte des Förderprogramms der Jahre 2009 bis 2011 umfasst (1. Jahr 110 Mio. €, 2. Jahr 220 Mio. €, ab dem 3. Jahr dauerhaft bis zu 330 Mio. p.a., für den Förderzeitraum von drei Jahren: 660 Mio. €). Die Krankenhäuser haben einen Eigenfinanzierungsanteil in Höhe von 10% der Personalkosten zu tragen. Der Nachweis der Mittelverwendung soll durch Testate von Wirtschaftsprüfern erfolgen. Für die Zeit nach Auslaufen des Pflegestellenförderprogramms (ab dem 4. Jahr) ist eine geeignete Anschlussregelung zu finden, die eine zielgenaue und sachgerechte Zuordnung der Mittel im Bereich der allgemeinen Pflege ermöglicht.
- Eine Expertinnen- und Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung, die beim BMG angesiedelt ist, soll bis spätestens 31.12.2017

- o prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte (z.B. über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)) ein erhöhter Pflegebedarf von demenzerkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden;
- o abhängig vom Prüfergebnis
 - Vorschläge unterbreiten, wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann, sowie
 - hierzu auch die finanziellen Auswirkungen ihrer Vorschläge abschätzen
- o einen Vorschlag erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellenförderprogramms, die für Personalaufwendungen in der Krankenpflege zur Verfügung gestellt werden, ab dem 4. Jahr auf Hausebene unter Berücksichtigung der hausspezifischen Verhältnisse mit möglichst wenig Bürokratieaufwand tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

2.5 Universitätsklinika

Die Universitätsklinika sind mit ihren vielfältigen Aufgaben in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung und Lehre unverzichtbar.

- Leistungsgerechte und transparente Einzelmaßnahmen sind zur Behebung der erkannten Probleme zielführender, als eine institutionsbezogene Förderung der Universitätsklinika.
- Durch die kontinuierliche Weiterentwicklung des DRG-Systems werden die Leistungen der Universitätsklinika grundsätzlich sachgerecht abgebildet. Es wurden in der Vergangenheit eine Vielzahl von Differenzierungen vorgenommen, die dem besonderen Schweregrad universitärer Behandlungsfälle gerecht werden. An der Bereitstellung von Kostendaten für die DRG-Kalkulation nehmen überproportional viele Universitätsklinika teil (13 Einrichtungen für den DRG-Katalog 2015).
- Das InEK analysiert derzeit die Frage der Hochkostenfälle; ein gesonderter Bericht wird dazu Ende des Jahres 2014 vorgelegt und sich daraus gegebenenfalls ergebenden Konsequenzen entsprechend berücksichtigt werden (vgl. § 17b Abs. 10 KHG).
- Insbesondere durch die bisher bereits beratenen Verbesserungen bei der Finanzierung der Notfallversorgung, den Zuschlägen für die besonderen Aufgaben von Zentren sowie den Zuschlägen für Leistungen mit besonderer Qualität werden auch die Belange der Hochschulklinika besser berücksichtigt werden.
- Struktur und Vergütung der Leistungen von Hochschulambulanzen werden angemessen und leistungsorientiert weiterentwickelt. Die Ermächtigung der Hochschulambulanzen erfolgt künftig kraft Gesetzes. Kern der Ermächtigung wird auch weiterhin die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sein. Um der zunehmenden faktischen Inanspruchnahme der Hochschulambulanzen von Versicherten Rechnung zu tragen, die wegen

Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung eine Untersuchung oder Behandlung in einer Hochschulambulanz bedürfen, wird die Ermächtigung künftig auch die Untersuchung und Behandlung dieses Personenkreises erfassen. Voraussetzung ist das Vorliegen einer entsprechenden Überweisung durch einen Facharzt. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhalten den Auftrag, den Personenkreis näher zu bestimmen.

- Die Leistungen der Hochschulambulanzen werden weiterhin unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich "vor Ort" jeweils mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken vereinbart. Die Vergütung muss künftig die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten; dabei können auch Fallzahlobergrenzen und Pauschalierungen verhandelt werden. Die Vorgabe, nach der eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll, entfällt. Zur Erhöhung der Leistungstransparenz sind die Vereinbarungen künftig unter Berücksichtigung bundeseinheitlicher Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen adäquat abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation, zu treffen. Der bei Hochschulambulanzen zu berücksichtigende Investitionskostenabschlag wird auf eine angemessene Höhe begrenzt.

2.6 Geplante Änderungen im Bereich des ambulanten Notdienstes der KVen

Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag für den vertragsärztlichen Notdienst, werden aber zur Kooperation mit den Krankenhäusern verpflichtet. Vorhandene Doppelstrukturen sollen abgebaut werden. Bereits bestehende Kooperationen der KVen mit Krankenhäusern, wie z.B. die Einrichtung von Notfallpraxen in den Räumen der Krankenhäuser oder die unmittelbare Einbeziehung der Krankenhausambulanzen in den Notdienst sollen gestärkt und ausgebaut werden. Dort wo KVen noch nicht mit den Krankenhäusern kooperieren, erhalten sie den Auftrag, im Rahmen der Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes regelmäßig mit den Krankenhäusern zu kooperieren.

Um Versicherten, die außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten den vertragsärztlichen Notdienstes in Anspruch nehmen müssen, die Besorgung eventuell erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern, soll zudem der Notdienst der Apotheken in die Kooperationen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern einbezogen werden.

Eine stärkere Kooperation soll zudem im Bereich der Leitstellen erfolgen. Eine gemeinsame Leitstelle für den Rettungs- und den vertragsärztlichen Notdienst – wie sie in manchen Regionen schon erfolgreich praktiziert wird – kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass im Einzelfall die richtige Versorgungsebene in Anspruch genommen wird. Die KVen sollen deshalb künftig entsprechende Kooperationen vereinbaren.

Der Investitionskostenabschlag für die Ambulanzen wird auf 5% reduziert.. Die Gesamtvergütungen werden entsprechend angehoben.

2.7 Schlichtungsausschüsse auf Landesebene nach § 17c Abs. 4b KHG

Das BSG hat mit Urteil vom 8. Oktober 2014 (B 3KR 7/14 R) das Regelungskonzept zum obligatorischen Schlichtungsverfahren nach § 17c Abs. 4b KHG bemängelt. Insbesondere hat das BSG die Entscheidungen der Schlichtungsgremien als Verwaltungsakte qualifiziert. Als Folge daraus wird eine Steigerung der Schlichtungskosten befürchtet, da die Schlichtungsgremien als Streitpartei in die gerichtlichen Auseinandersetzungen einzubeziehen sind.

An dem Konzept des obligatorischen Schlichtungsverfahrens nach § 17c Abs. 4b KHG wird festgehalten. Es wird gesetzlich klargestellt, dass durch den Schlichtungsspruch kein Verwaltungsakt zustande kommt.

Teil III: Investitionsfinanzierung

3. Investitionsfinanzierung

Ein Strukturfonds wird eingerichtet:

1. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur den Abbau von Überkapazitäten die Konzentration von Krankenhausstandorten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. Bsp. Gesundheits- oder Pflegezentren) zu fördern.
2. Einmalig wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds eine Summe von 500 Mio. Euro - aufgeteilt nach dem Königsteiner Schlüssel für Maßnahmen in den Ländern - zur Verfügung gestellt. Der Fonds beteiligt sich mit maximal 50 Prozent an den jeweiligen förderungsfähigen Kosten.
3. Der Fonds wird auf Bundesebene errichtet. Die Länder können die Mittel dort abrufen; es werden nur neue Vorhaben gefördert. Das BVA prüft die Anträge und weist die Mittel zu. Nicht verausgabte Mittel können von den anderen Ländern abgerufen werden. Der administrative Aufwand des BVA wird aus den einmalig bereitgestellten Mitteln getragen.
4. Die Kriterien und das Nähere für die Vergabe der Mittel werden von den Ländern, dem GKV-Spitzenverband und dem BMG vereinbart. Die Kriterien der Vereinbarungen müssen sicherstellen, dass nur Gelder für die Verbesserung von Versorgungsstrukturen bereit gestellt werden.

5. Die Entscheidung über die Mittelvergabe erfolgt im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden (einheitlich und gemeinsam) auf Landesebene. Das jeweilige Land kann weitere Institutionen in die Abstimmung miteinbeziehen. Die Träger der geförderten Einrichtungen können an der Finanzierung beteiligt werden.
6. Gelder aus dem Fonds werden nur dann bereit gestellt, wenn die Länder zu den Vorhaben den in gleicher Höhe entsprechenden Förderbetrag leisten. Die Länder verpflichten sich, mindestens den Durchschnitt der Höhe der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung beizubehalten und um die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm zusätzlich zu erhöhen.
7. Ende 2018 wird der Fonds auf der Grundlage eines Zwischenberichtes im Hinblick auf den bewirkten Strukturwandel und die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung überprüft.

Teil IV: Finanzielle Auswirkungen

4. Finanzielle Auswirkungen

Die von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vereinbarten Beschlüsse führen zu Mehrausgaben für die Kostenträger gegenüber dem Jahr 2015 in Höhe von rd. 900 Mio. Euro im Jahr 2016, rd. 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2017 und rd. 1,6 Mrd. Euro im Jahr 2018. Dem stehen erhebliche Minderausgaben in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe gegenüber, die durch Struktureffekte (z. B. Zweitmeinung, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Verstärkung der Mengensteuerung) entstehen, die jedoch nicht genau quantifiziert werden können.

Die Ausgaben verteilen sich im Wesentlichen auf folgende Maßnahmen:

Maßnahme	Finanzwirkung (in Mio. Euro)		
	2016	2017	2018
Qualitätszu- und -abschläge	-	60	60
Sicherstellungszuschläge	-	100	100
Zentrumszuschläge	200	200	200
Berücksichtigung der Mehrkosten von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses	100	100	100
Weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte	80	70	60
Verlagerung der Mengenberücksichtigung von Landes- auf Hausebene	-	140	280
Pflegestellenförderprogramm für die Pflege am Bett	110	220	330
Verbesserungen bei Ermächtigungsumfang und Vergütung der Hochschulambulanzen sowie Begrenzung des Investitionskostenabschlags für Hochschulambulanzen	265	265	265
Begrenzung des Investitionskostenabschlags für andere Krankenhausambulanzen	40	40	40
Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstruktur (einmalig 500 Mio. Euro aus Mitteln der Liquiditätsreserve; mit hälftiger Finanzierung aus Landesmitteln bis zu insgesamt 1 Mrd. Euro)	rd. 100 Mio. Euro zzgl. Ländermittel in gleicher Höhe	rd. 100 Mio. Euro zzgl. Ländermittel in gleicher Höhe	rd. 100 Mio. Euro zzgl. Ländermittel in gleicher Höhe