

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

A. Problem und Ziel

Eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung muss auch in Zukunft sichergestellt sein. Krankenhäuser bilden einen wesentlichen Pfeiler in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie sichern eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Medizin, die nicht zuletzt durch das hohe Engagement der über eine Million Beschäftigten in den Krankenhäusern ermöglicht wird. Vor dem Hintergrund u. a. der demografischen und regionalen Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts müssen die Rahmenbedingungen jedoch weiterentwickelt werden, um die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten und notwendige Umstrukturierungsprozesse zu unterstützen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat am 5. Dezember 2014 nach über sechsmonatiger Beratung Eckpunkte zur Krankenhausreform vorgelegt, die mit diesem Gesetz umgesetzt werden. Damit setzen sich Bund und Länder für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards und für eine nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser ein. Sie gestalten gemeinsam die notwendige Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung als Element der Daseinsvorsorge.

B. Lösung

Ausgehend von einem hohen Qualitätsniveau der Krankenhausversorgung werden mit dem Gesetz die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung weiterentwickelt, so dass auch in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann.

Schwerpunkte des Gesetzes:

Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt und die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung wird durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt:

- In § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird das Zielkriterium einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragba-

ren Pflegesätzen um das Ziel der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind. Zu den planungsrelevanten Indikatoren liefert der G-BA den Planungsbehörden der Länder regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse.
- Die Qualitätsindikatoren bilden eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder. Eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat Konsequenzen für die Aufnahme der Einrichtung in den Krankenhausplan des Landes und den Verbleib darin.
- Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das Erreichen der Mindestmengen in Form einer begründeten Prognose belegen müssen. Zudem wird ausdrücklich gesetzlich klargestellt, dass ein Krankenhaus, das eine Leistung erbringt, obwohl es die festgelegte Mindestmenge nicht erreicht, keine Vergütung erhält.
- Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden.
- Durch den Abschluss von Qualitätsverträgen soll erprobt werden, inwieweit sich weitere Verbesserungen der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen.
- Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Hierfür sind besonders patientenrelevante Informationen in übersichtlicher Form zusätzlich in einem speziellen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten klar und verständlich darzustellen.
- Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird zukünftig konsequenter durchgesetzt. Der G-BA wird hierbei durch klare gesetzliche Regelungen unterstützt und beauftragt, die jeweiligen Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Richtlinien zu konkretisieren.

Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (ausschließlich Pflege am Bett) wird ein Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet.

Das Programm wird für die Jahre 2016 bis 2018 stufenweise aufgebaut. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Millionen Euro. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben zusätzliche Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich.

Zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der Kalkulation der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) und bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden konnten, wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhausspezifischen Zuschlägen geschaffen.

- Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind, werden präzisiert.
- 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.
- Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben, die nicht bereits mit den Entgelten für die stationäre Versorgung finanziert werden, werden durch gesetzliche Vorgaben und durch Regelungen präzisiert, die die Vertragsparteien auf Bundesebene festlegen.
- Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert. Hierfür werden die Korridor Grenzen auf -1,02 Prozent und +2,5 Prozent unter- bzw. oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts festgelegt. Die Landesbasisfallwerte unterhalb des Korridors werden im Jahr 2016 in einem Schritt auf die untere Korridor Grenze angehoben. Die Landesbasisfallwerte oberhalb des Korridors werden in einer Konvergenzphase von sechs Jahren an die obere Korridor Grenze herangeführt. Die Bedeutung der landesbezogenen Verhandlungen wird erstmals für die im Jahr 2020 zu führenden Landesbasisfallwertverhandlungen gestärkt, indem der einheitliche Basisfallwert nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten ermittelt und veröffentlicht wird.
- Das Statistische Bundesamt ist weiterhin mit der Entwicklung eines sachgerecht ermittelten Orientierungswerts beauftragt. Sobald bestehendem Weiterentwicklungsbedarf Rechnung getragen wurde, wird geprüft, ob der volle Orientierungswert als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte und für die Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Anwendung findet.
- Eine repräsentative Kalkulationsgrundlage für die bundesweiten stationären Entgeltsysteme wird anstelle der heutigen freiwilligen Kalkulationsteilnahme aufgebaut.
- Mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zum Abbau bestehender Übervergütungen ergriffen werden.

Zur Neuausrichtung der Mengensteuerung sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

- In einer ersten Stufe werden zunächst flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung vorgenommen. Dazu gehören insbesondere die Regelungen des G-BA zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, die auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ab dem Jahr 2016 anzuwenden sind. Zudem haben die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2016 mit Wirkung für das DRG-System 2017 die Bewertung von voll- und teilstationären Krankenhausleistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen.
- In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene. Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird daher aufgehoben. Stattdessen werden die mengenbezogenen Kostenvorteile

von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt.

Zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein Strukturfonds eingerichtet:

- Die Länder führen die Krankenhausplanung im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionskosten für die von der Planung umfassten Krankenhauskapazitäten in notwendigem Umfang bereitzustellen. Zu dieser Verpflichtung haben sich die Länder in den am 5. Dezember 2014 verabschiedeten Eckpunkten zu einer Krankenhausreform bekannt.
- Um den anstehenden Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung voranzubringen, werden in einem Strukturfonds einmalig Mittel in Höhe von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag leisten. Die Länder haben sich dazu verpflichtet, diese Mittel zusätzlich bereitzustellen. Die Länder werden die in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung mindestens in ihrer durchschnittlichen Höhe beibehalten und um die Landesmittel zur Finanzierung des Strukturfonds zusätzlich erhöhen.
- So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Milliarde Euro für Umstrukturierungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt. Der Fonds hat den Zweck, zur Verbesserung der Versorgungsstruktur insbesondere den Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- oder Pflegezentren, stationäre Hospize) zu fördern. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugute kommen.
- Der Fonds wird auf der Grundlage von Zwischenberichten im Hinblick auf den bewirkten Strukturwandel und die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung begleitend überprüft.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1. Bund, Länder und Gemeinden

Mit der Einrichtung eines Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser und zum Abbau von Überkapazitäten wird ab dem Jahr 2016 ein Finanzvolumen von bis zu 1 Milliarde Euro bereitgestellt, das zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist. Durch die mit dem Strukturfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist in der Folge von einer nicht näher quantifizierbaren Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich geschätzte Mehrausgaben von 4 Millionen Euro im Jahr

2016, 8 Millionen Euro im Jahr 2017, 11 Millionen Euro im Jahr 2018, 12 Millionen Euro im Jahr 2019 und 13 Millionen Euro im Jahr 2020.

2. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen des Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) voraussichtlich im Jahr 2016 mit rund 0,5 Milliarden Euro belastet, 2017 mit rund 0,9 Milliarden Euro, 2018 mit rund 1,2 Milliarden Euro, 2019 mit rund 1,3 Milliarden Euro und 2020 mit rund 1,4 Milliarden Euro. Davon werden die dem Strukturfonds insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von 0,5 Milliarden Euro – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV aufgebracht. Den Mehrausgaben stehen erhebliche Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe gegenüber, die durch Struktureffekte wie z. B. die neuen Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätsorientierung, die zielgenauere Ausgestaltung der Mengensteuerung oder den Strukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entsteht im Jahr 2016 ein quantifizierbarer Erfüllungsaufwand von rund 4,3 Millionen Euro und in den Jahren 2017 und 2018 von rund 4,2 Millionen Euro jährlich. Die Höhe des in den Jahren ab 2019 entstehenden Erfüllungsaufwands lässt sich nicht solide schätzen.

Neue Informationspflichten führen von 2016 bis 2018 zu quantifizierbaren Bürokratiekosten von rund 2,25 Millionen Euro jährlich. Die Bürokratiekosten sind im dargestellten Erfüllungsaufwand enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung liegt der gesamte quantifizierbare Erfüllungsaufwand im Jahr 2015 bei rund 4 000 Euro, 2016 bei rund 610 000 Euro, 2017 bei rund 500 000 Euro sowie 2018 bei rund 400 000 Euro.

F. Weitere Kosten

Die sich aus diesem Gesetz ergebenden Mehraufwendungen für die private Krankenversicherung belaufen sich auf ca. 30 Millionen Euro im Jahr 2016, ca. 60 Millionen Euro im Jahr 2017, ca. 80 Millionen Euro im Jahr 2018, ca. 90 Millionen Euro im Jahr 2019 und ca. 100 Millionen Euro im Jahr 2020. Auch diesen Mehrausgaben stehen nicht näher quantifizierbare erhebliche Einsparpotenziale gegenüber.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DIE BUNDESKANZLERIN

Berlin, 26. August 2015

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Prof. Dr. Norbert Lammert
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Die Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gemäß § 6 Absatz 1 NKRG
ist als Anlage 2 beigefügt.

Der Bundesrat hat in seiner 935. Sitzung am 10. Juli 2015 gemäß Artikel 76 Absatz 2
des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus Anlage 3 ersicht-
lich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in
der als Anlage 4 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Angela Merkel

Anlage 1

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)**

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleich lautend mit der Bundestagsdrucksache 18/5372.

Anlage 2

Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrates gem. § 6 Abs. 1 NKRG

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG)
(NKR-Nr.3323)

Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des oben genannten Regelungsvorhabens geprüft.

I. Zusammenfassung

Bürgerinnen und Bürger	keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand
Wirtschaft 2016 bis 2018 einmaliger Erfüllungsaufwand jährlicher Erfüllungsaufwand ab 2019	4,25 Mio. Euro pro Jahr Abhängig von der künftigen Ausgestaltung von Vereinbarungen u.a. durch die Selbstverwaltungsträger
Verwaltung (Bund) Für die Jahre 2015 bis 2018 Insgesamt einmaliger Erfüllungsaufwand jährlicher Erfüllungsaufwand ab 2019	1,5 Mio. Euro Abhängig von der künftigen Ausgestaltung von Vereinbarungen u.a. durch die Selbstverwaltungsträger
Nach Einschätzung des Ressorts steht den Kosten ein Einsparpotenzial durch Struktureffekte in dreistelliger Millionenhöhe gegenüber. Diese sind gegenwärtig jedoch nicht konkret quantifizierbar. Dies soll unter anderem durch die entsprechenden Auswertungen erreicht werden.	
Befristung/Evaluierung	<ul style="list-style-type: none"> Die für die Qualitätsverträge vom G-BA bis zum 31. Dezember 2017 zu bestimmenden planbaren Leistungen oder Leistungsbereiche sollen vier Jahre erprobt und anschließend evaluiert werden. Des Weiteren haben die Krankenhäuser jährlich über die Qualitätsentwicklung ihrer Leistungen zu berichten. Diese werden insoweit erweitert und strukturiert, dass die Zielerreichung gesetzlicher Maßnahmen leichter bewertet werden können. Der G-BA hat bereits die Aufgabe, die von ihm getroffenen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu evaluieren. Künftig soll er darüber in regelmäßigen Abständen berichten. Werden neue Mindestmengen für Krankenhäuser festgelegt, ist nun eine Begleitevaluation verpflichtend, um auf deren Grundlage die Regelungen entsprechend anzupassen. Darüber hinaus soll nach dem 31. Dezember 2018 überprüft werden, inwieweit die Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstruktur zum Abbau von Überkapazitäten sowie zur Umwandlung stationärer in ambulante Einrichtungen mit Hilfe des Strukturfonds fortgesetzt werden soll.
Das Bundesministerium für Gesundheit hat die darstellbaren Kosten sowie die Gründe der derzeit nur schwer zu quantifizierenden Kosten nachvollziehbar dargestellt. Daher macht der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.	

II. Im Einzelnen

Mit vorliegendem Regelungsentwurf sollen die Eckpunkte zur Krankenhausreform umgesetzt werden, welche die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 5. Dezember 2014 festgelegt hat. Ziel der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen ist, die Krankenhausversorgung zukunftsfähig zu gestalten sowie Einsparpotenziale z.B. durch Struktureffekte zu erreichen. Hohe Qualitätsstandards sowie demografische und regionale Aspekte spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Folgende Schwerpunkte sollen umgesetzt werden:

- Das Kriterium Qualität wird als weitere Grundlage bei der Krankenhausplanung eingeführt. Dazu entwickelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entsprechende Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Werden die Qualitätsindikationen nicht oder nur teilweise eingehalten, hat dies Auswirkungen auf die Aufnahme der Einrichtungen in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes bzw. den Verbleib darin. Für bestimmte Krankenhausleistungen werden zudem Qualitätszu- und -abschläge eingeführt. Dies soll einen Anreiz schaffen, qualitativ sehr gute Leistungen zu erbringen. Mit Qualitätsverträgen soll darüber hinaus eine Erprobung ermöglicht werden, inwieweit die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards zu einer Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen führt. Des Weiteren sollen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser für Patienten verständlicher gestaltet werden.
- Die Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms soll die unmittelbare Pflege von Patienten stärken. Das Förderprogramm wird für die Jahre 2016 bis 2018 stufenweise aufgebaut. Nach Ende des Förderprogramms werden weiterhin jährlich zusätzliche Mittel für den Bereich der Krankenhäuser bereitgestellt.
- Mit verschiedenen Maßnahmen wird die Krankenhausfinanzierung weiterentwickelt, z.B. durch die Finanzierung bzw. Präzisierung von Zuschlägen, die Überprüfung derzeitiger Anreizsysteme sowie die Weiterentwicklung von betriebswirtschaftlichen Instrumenten im Krankenhausbereich.
- Die Mengensteuerung soll in zwei Stufen neu ausgerichtet werden. In einer ersten Stufe soll zunächst das Instrument der Mengensteuerung verbessert werden. In einer zweiten Stufe soll für das Jahr 2017 die Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhaus-ebene verlagert werden.
- Für die Verbesserung der Versorgungsstrukturen und zur Unterstützung der Umstrukturierungsprozesse in den Ländern soll ein Strukturfonds eingerichtet werden. Die Projekte werden nur finanziert, wenn die Länder einen entsprechenden Beitrag leisten.

Erfüllungsaufwand

Das Ressort hat die Auswirkungen des Regelungsvorhabens auf den Erfüllungsaufwand soweit möglich nachvollziehbar dargestellt. Das Regelungsvorhaben löst für die Wirtschaft einen einmaligen Erfüllungsaufwand von 4,25 Mio. Euro pro Jahr für die Jahre 2016 bis 2018 aus. Der jährliche Erfüllungsaufwand ab 2019 ist abhängig von der jeweiligen Ausgestaltung und Fortführung der jeweiligen Maßnahmen. Für die Verwaltung entsteht für die Jahre 2015 bis 2018 Erfüllungsaufwand von insgesamt 1,5 Mio. Euro.

Das Regelungsvorhaben hat keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

Der Erfüllungsaufwand setzt sich im Einzelnen wie folgt dargestellt zusammen:

Wirtschaft

Die wesentlichen Kosten der Wirtschaft resultieren zum einen aus dem Ziel, eine stärkere Repräsentativität der Kalkulation des stationären Entgeltsystems der Krankenhäuser zu er-

reichen. Dies besonders bezogen auf die unterproportional vertretenen Träger. Derzeit nehmen ca. 260 Krankenhäuser freiwillig an der Kalkulation teil. Die teilnehmenden Krankenhäuser erhalten dafür eine Grundvergütung von 14.000 Euro und eine Fallpauschale von 2 Euro. Dies soll grundsätzlich auch beibehalten werden. Für einzelne weitere Krankenhäuser soll jedoch ein verpflichtender Ansatz eingeführt werden. So sollen Fehlanreize bei der Vergütung minimiert und eine sachgerechte und repräsentative Kalkulationsgrundlage aufgebaut werden. Auf Grundlage der bereits bestehenden und genannten Vergütungsleistungen ergibt sich für 50 zusätzliche Kalkulationshäuser und durchschnittlich 10.000 Fälle (Leistungen) ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 1,7 Mio. Euro.

Zum anderen entstehen den Krankenhäusern, sofern sie an dem Förderprogramm teilnehmen, in den Jahren 2016 bis 2018 Erfüllungsaufwände (Bürokratiekosten) von rd. 2,2 Mio. Euro im Zusammenhang mit dem Pflegestellen-Förderprogramm. Insbesondere aufgrund der Pflicht, Einstellung und Aufstockung von zusätzlichem Pflegepersonal nachzuweisen. Dies beinhaltet die zur Förderung erforderliche schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzliches Personal, die Aufbereitung der entsprechenden Daten für die Budgetverhandlung sowie die Pflicht, die Mittelverwendung durch Testat des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen.

Die übrigen Kosten von rd. 350.000 Euro ergeben sich aufgrund zu führender Verhandlungen, zu schließender Vereinbarungen, aufgrund von Nachweispflichten und zu erstellenden Konzepten.

Verwaltung

Die wesentlichen Kosten der Verwaltung für die Jahre 2015 – 2018 ergeben sich aus folgenden Vorgaben:

Bund:

Für das Jahr 2016 entsteht für die Selbstverwaltungspartner auf der Kostenträgerseite einmaliger Aufwand für die Erarbeitung und Fortentwicklung eines Konzeptes für eine repräsentative Kalkulationsbeteiligung der Krankenhäuser in Höhe von rd. 80.000 Euro. Darüber hinaus entsteht für das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rd. 390.000 Euro für die Betreuung der zusätzlichen 50 Kalkulationshäuser.

Des Weiteren entsteht den Selbstverwaltungspartnern auf der Kostenträgerseite für das Jahr 2016 ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rd. 75.000 Euro für die Vereinbarung von Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen (Obduktion), für die verbindliche Vorgabe einer Sektionsrate sowie für die Ermittlung einer angemessenen Höhe der Durchschnittskosten einer klinischen Sektion. Für das InEK entsteht in diesem Zusammenhang ein jährlicher Erfüllungsaufwand von 16.000 Euro für die regelmäßige Anpassung der Kalkulation klinischer Sektionen.

Für den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand von 77.000 Euro für das Jahr 2017 aufgrund der Vorgabe, ein Stufensystem zur Abbildung von Unterschieden vorgehaltener Notfallstrukturen festzulegen.

Darüber hinaus entsteht dem GKV-Spitzenverband in den Jahren 2016 bis 2018 pro Jahr Erfüllungsaufwand von 20.000 Euro, um über die durch das Pflegestellen-Förderprogramm geförderten Stellen zu informieren. Gleichzeitig ist der GKV-Spitzenverband verpflichtet einen Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm zu erstellen (15.000 Euro Erfüllungsaufwand für die benannten Jahre).

Für die Errichtung, die Betreuung des Strukturfonds sowie für die Beauftragung einer Auswertung der durch den Strukturfonds erwirkten Strukturverbesserungen entsteht sowohl für das Bundesministerium für Gesundheit als auch für das Bundesversicherungsamt Erfüllungsaufwand für die Laufzeit des Fonds (ab 2016). Die Auswirkungen auf das BMG sind gering und werden durch vorhandene Ressourcen bewerkstelligt. Das BVA hat einen Personalaufwand von 7 Personenjahren sowie 50.000 Euro für die Beauftragung der Auswertung geschätzt. Die dem BVA entstehenden Kosten werden vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Strukturfonds bereitgestellten Mitteln gedeckt.

Der übrige Erfüllungsaufwand entsteht u.a. aufgrund der durch dieses Gesetz zu schließenden Vereinbarungen.

Länder:

Sofern die Länder eine Förderung von Projekten aus dem Strukturfonds erhalten möchten, müssen sie einen Antrag stellen. Dabei sind sie verpflichtet mit einem Eigenanteil an der Finanzierung teilzunehmen (Haushaltsausgaben). Der Aufwand hängt dabei von den bis zum 31. Dezember 2015 zu vereinbarenden Förderkriterien ab und kann daher nicht konkret quantifiziert werden. Für die Prüfung der Verwendung der Fördermittel (obliegt den Ländern) entsteht je Vorhaben ein Aufwand von rd. 2.000 Euro. Wie viele Anträge die Länder tatsächlich stellen werden, kann derzeit nicht geschätzt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die darstellbaren Kosten sowie die Gründe der derzeit nur schwer zu quantifizierenden Kosten nachvollziehbar dargestellt. Daher macht der Nationale Normenkontrollrat im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend.

Dr. Ludewig
Vorsitzender

Catenhusen
Berichterstatte

Anlage 3

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 935. Sitzung am 10. Juli 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zur Eingangsformel

Die Eingangsformel ist wie folgt zu fassen:

„Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:“

Begründung:

Aus der Eingangsformel ergibt sich, dass die Bundesregierung den Gesetzentwurf als Einspruchsgesetz nach Artikel 77 Absatz 3 GG ansieht. Diese Auffassung ist auf Grund des im Lichte des Grundsatzes der Bundes-treue länderfreundlich weit auszulegenden Artikels 104a Absatz 4 GG im Ergebnis nicht zutreffend.

Das Gesetz ist vielmehr nach Artikel 104a Absatz 4 GG zustimmungsbedürftig, weil mit einer Belastung der Länderhaushalte durch die Ausführung des Gesetzes zu rechnen ist. Dies gilt vor allem für die wichtige und erwartete Beteiligung der Länder an dem geplanten Strukturfonds.

Mit gutem Grund hatte auch das federführende Bundesministerium für Gesundheit ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf das Gesetz daher als zustimmungsbedürftig angesehen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 Absatz 1 KHG)

Artikel 1 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

„1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort „bedarfsgerechte“ ein Komma und die Wörter „qualitativ hochwertige und patientengerechte“ und nach dem Wort „leistungsfähigen,“ die Wörter „qualitativ hochwertige Versorgung bietenden und“ eingefügt.“

Begründung:

§ 1 Absatz 1 KHG benennt den Zweck und die Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und gibt damit die Grundlagen der Krankenhausplanung vor; zugleich enthält die Vorschrift in Verbindung mit § 8 Absatz 1, 1a und 2 KHG die Voraussetzungen, unter denen ein Träger Anspruch auf Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat.

Indem das Tatbestandsmerkmal „bedarfsgerechte“ seine Stellung im Satzaufbau beibehält und die weiteren Tatbestandsmerkmale „qualitativ hochwertige“ und „patientengerechte“ nachfolgen, soll zum Ausdruck gebracht werden, dass beim Verwaltungshandeln an der bisherigen Abfolge festgehalten wird, nämlich sich an die Krankenhauszielplanung die Bedarfsanalyse anschließt, und auch, dass die Tatbestandsmerkmale je für sich eigenständig sind.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 8 Absatz 1c KHG)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a ist § 8 Absatz 1c wie folgt zu fassen:

„(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben.“

Begründung:

Nach der vorgesehenen Regelung findet § 8 Absatz 1a und 1b KHG keine Anwendung, sofern die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG, das heißt die Empfehlungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind. Damit

würde ein Land, sofern es die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses ausschließt, zugleich auch die Anwendung von § 8 Absatz 1a und 1b KHG auf etwaige im Landesrecht vorgesehene Qualitätsvorgaben ausschließen.

Nach der vorgeschlagenen Formulierung bleibt die Anwendung der Absätze 1a und 1b auf landeseigene Qualitätsvorgaben von einem landesrechtlichen Ausschluss der Geltung der planungsrelevanten Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses unberührt.

4. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 1 Satz 3a – neu – KHG)

In Artikel 1 Nummer 5 ist in § 12 Absatz 1 nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

„Der Fonds hat eine Laufzeit von fünf Jahren (2016 bis 2020).“

Begründung:

Eine Laufzeit für den Strukturfonds ist im Gesetzentwurf bislang nicht festgelegt. Es sollte jedoch bereits im Gesetzentwurf klargestellt werden, dass die Fertigstellung der strukturverbessernden Vorhaben und ein bauzeitbegleitender Abruf der Fondsmittel aus dem Strukturfonds bis 2020 möglich ist, da für die teilweise größeren Bauvorhaben eine ausreichende Planungs- sowie Bauzeit einzurechnen ist.

5. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

In Artikel 1 Nummer 5 ist § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a wie folgt zu ändern:

- a) Nach den Wörtern „der Jahre 2012 bis 2014“ sind die Wörter „oder dem Wert der im Haushaltsplan des Jahres 2015“ einzufügen.
- b) Nach dem Wort „entspricht,“ sind die Wörter „wobei für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet die so ermittelten Beträge um die durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz zu reduzieren sind,“ einzufügen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Durchschnittswert der Jahre 2012 bis 2014 ist nur insofern als Maßstab geeignet, als jahresbezogene Schwankungen ausgeglichen werden sollen. Vor dem Hintergrund der in den Jahren 2012 bis 2014 bereits ergriffenen Konsolidierungsmaßnahmen sollte alternativ auf den Wert der für das Jahr 2015 im Haushaltsplan ausgewiesenen Mittel zurückgegriffen werden können, da alleine dieser Wert im jeweiligen Land als Orientierungspunkt für die kommenden Jahre dient. Den Ländern sollte insofern eine Wahlfreiheit eingeräumt werden.

Zu Buchstabe b:

In § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG ist vorgesehen, dass sich das antragstellende Land verpflichtet, 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.

Dies führt in den neuen Ländern zu Finanzierungsproblemen und einem unsachgerechten Aufwuchs der Krankenhausfinanzierungsmittel. Nach Artikel 14 Absatz 1 Gesundheitsstrukturgesetz erhielten die neuen Länder in den Jahren 2002 bis 2014 Zuweisungen für Investitionen von den Sozialversicherungsträgern. Diese Einnahmen waren für die Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet bestimmt. Nach Artikel 14 Absatz 2 Gesundheitsstrukturgesetz blieben die Verpflichtung der neuen Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung davon unberührt. Das bedeutet, dass in den Ausgaben der neuen Länder für die Krankenhausfinanzierung in den Jahren 2012 bis 2014 neben der Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auch die Finanzierung zur besseren stationären Versorgung enthalten waren.

Die Zuweisungen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz sind ab dem Jahr 2015 entfallen. Der Gesetzentwurf zwingt mit der Maßgabe der Fortführung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2016 auf dem

Niveau der Jahre 2012 bis 2014 die neuen Länder zur vollständigen Kompensation der Haushaltsmittel nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz. Zudem sollen zusätzlich die Kofinanzierungsmittel für den Strukturfonds aus den Haushalten finanziert werden.

6. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (§ 4 Absatz 2a Satz 8 zweiter Halbsatz KHEntgG)

Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu fassen:

„aa) In Satz 8 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„der für das Jahr 2014 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist nur noch zweijährig und der für das Jahr 2015 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag nur noch einjährig zu vereinbaren.“

Folgeänderung:

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d ist § 4 Absatz 2b Satz 7 zu streichen.

Begründung:

Bis einschließlich 2015 wirken Mehrleistungen in vollem Umfang dauerhaft absenkend auf den Landesbasisfallwert. 2016 wird zwar das Verhältnis zwischen Vor-Ort-Abschlägen auf zusätzliche Leistungen und der Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert neu geregelt. Ziel ist dabei unter anderem, eine doppelte Anrechnung von Mehrleistungen sowohl auf Landes- als auch auf Ortsebene künftig zu vermeiden. Die bereits erfolgten mehrleistungsbedingten Preissenkungen im Landesbasisfallwert bleiben aber über 2015 hinaus bestehen. Es gibt daher keinen Grund, an den bis einschließlich 2015 vereinbarten Mehrleistungsabschlägen nach § 4 Absatz 2a KHEntgG über 2015 festzuhalten. Ansonsten würde die bis 2015 bestehende doppelte Degression auch in den Jahren 2016 bis 2018 fortgeschrieben.

7. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b Satz 4 die Wörter „in halber Höhe“ durch das Wort „nicht“ zu ersetzen.

Begründung:

Bei Mengenzuwächsen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen begründet sind und damit nicht zu einem Mengenzuwachs im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen, ist ein Fixkostendegressionsabschlag, auch wenn er nur in halber Höhe gelten soll, aus versorgungspolitischen Gründen abzulehnen.

Zudem ist bei diesen Sachverhalten ein Abschlag nicht mit den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Krankenhausreform vereinbar. Dort heißt es, „Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht besser gestellt werden.“ Werden Mengenzuwächse, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, mit einem Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe belegt, führt dies zu einer Bestrafung.

8. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 4a – neu – und Satz 4b – neu – KHEntgG) und Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 Satz 2 – neu – KHEntG)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b nach Satz 4 folgende Sätze einzufügen:

„Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung Regelungen zu den Einzugsgebieten zu treffen. Bei länderübergreifenden Einzugsgebieten ist das Einvernehmen zwischen den betroffenen Ländern herzustellen; die Rechtsverordnung kann Regelungen zum Datenaustausch festlegen.“

b) In Nummer 9 Buchstabe a ist § 9 Absatz 1 Nummer 6 folgender Satz anzufügen:

„Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Regelungen zum Einzugsgebiet finden Anwendung, sofern die Landesregierung keine Rechtsverordnung im Sinne des § 4 Absatz 2 Satz 4a erlassen hat.“

Begründung:

Die Landeskrankenhausplanung ist eine Kernkompetenz der Länder. Dabei werden unterschiedliche Faktoren, wie auch Einzugsgebiete, berücksichtigt und als Ergebnis im Landeskrankenhausplan dargestellt. Abweichende Regelungen der Vertragspartner auf Bundesebene können zu Widersprüchen mit der Landeskrankenhausplanung führen, diese in bestimmten Fällen sogar konterkarieren. Daher ist den Ländern die Möglichkeit zu geben, die Einzugsgebiete unter Beachtung der regionalen Besonderheiten und der Landeskrankenhausplanung zu bestimmen beziehungsweise bestimmbar zu regeln. Zur Abstimmung unter den Ländern ist ein Datenaustausch sinnvoll. Regelungen hierzu sollen ebenfalls in der Rechtsverordnung getroffen werden können. Die Pflicht der Vertragspartner auf Bundesebene, ebenfalls eine entsprechende Regelung zu treffen, bleibt bestehen, so dass keine Regelungslücken entstehen, sofern ein Land keine entsprechende Rechtsverordnung erlässt.

Mit dieser Regelung wird sich insgesamt die länderübergreifende Krankenhausplanung deutlich verbessern.

9. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und dd (§ 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe dd sind in § 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 jeweils die Wörter „mit Ausnahme von Intensivstationen“ zu streichen.

Begründung:

Bei der Regelung des neuen Pflegestellenförderprogramms in § 4 Absatz 8 KHEntgG wird Pflegepersonal auf Intensivstationen aus dem Anwendungsbereich ausgeschlossen. Eine derartige Einschränkung war in dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht vorgesehen und wäre aus medizinischer Sicht auch nicht sachgerecht, da gerade in patientensicherheitsrelevanten Bereichen wie Intensivstationen die Personalausstattung wichtig ist. Die in der Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa besorgte Doppelförderung ist auf dem Verwaltungsweg auszuschließen.

10. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc (§ 4 Absatz 8 Satz 2 und Satz 3 KHEntgG)

Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i ist wie folgt zu ändern:

- a) In Doppelbuchstabe bb ist in § 4 Absatz 8 Satz 2 die Angabe „0,15“ durch die Angabe „0,3“ zu ersetzen.
- b) In Doppelbuchstabe cc ist in § 4 Absatz 8 Satz 3 die Angabe „0,3“ durch die Angabe „0,6“ zu ersetzen.

Begründung:

Die finanziellen Mittel, die den Krankenhäusern in den Jahren 2016 bis 2018 aus dem Pflegestellenförderprogramm zufließen sollen, würden im Durchschnitt drei bis vier zusätzliche Stellen pro Krankenhaus ermöglichen. Das ist nicht hinreichend, um der Personalnot im Pflegebereich vieler Krankenhäuser effektiv begegnen zu können.

Die zur Verfügung stehenden Mittel bedürfen einer Verdoppelung. Dazu wird die in § 4 Absatz 8 Satz 2 KHEntgG enthaltene Obergrenze für die Vereinbarung des zusätzlichen Betrags für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen verdoppelt. Zudem wird – entsprechend der bisherigen Systematik – auch die in § 4 Absatz 8 Satz 3 KHEntgG vorgegebene Obergrenze für das Folgejahr verdoppelt.

11. Zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a ist § 9 Absatz 1 Nummer 6 wie folgt zu fassen:

- „6. erstmals bis zum 30. September einen Katalog von Ausnahmen, die nicht dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Vermeidung unzumutbarer Härten, zur Berücksichtigung besonderer Qualitätsvereinbarungen und zur Freistellung von Leistungsverlagerungen von der Abschlagserhebung. Dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen nicht zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Drit-

teln, Vergütungen für Leistungen bei Transplantationen, bei Polytraumata, bei der Frühgeborenenversorgung sowie bei der Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes.“

Begründung:

Der Ausnahmekatalog für den Fixkostendegressionsabschlag ist ein wesentliches Steuerungsinstrument, um eine bestmögliche Krankenversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Es sind deshalb unverzichtbare Ausnahmen durch den Gesetzgeber selbst zu bestimmen. Den Selbstverwaltungspartnern kann es dann überlassen werden, den Katalog von Ausnahmen für den Fixkostendegressionsabschlag zu erweitern, wo dies aus Finanzierungsgründen sachgerecht oder für die Weiterentwicklung der Versorgung hilfreich ist, etwa bei der Konzentration von Leistungen in Zentren. Besonders relevante Leistungsbereiche, die bereits heute in § 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntg vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen sind, sowie ergänzend die Versorgung bei Polytraumata und die Frühgeborenenversorgung, werden daher durch den Gesetzgeber als Ausnahmen bestimmt.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vereinbarung zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses ist nicht umsetzbar und daher zu streichen.

Insbesondere für Großkrankenhäuser lässt sich das Einzugsgebiet nicht bestimmen, da hier zwischen Grund- und Regelversorgung sowie Maximalversorgung unterschieden werden muss. Während beispielsweise Universitätsklinika in der Grund- und Regelversorgung üblicherweise ein regionales Einzugsgebiet haben, sind sie etwa in der Onkologie oder in der Maximalversorgung oft überregional, teils bundesweit, tätig. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte Festlegung von Einzugsgebieten und deren Zugrundelegung für Entgeltverhandlungen ist daher nicht praktikabel.

12. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc sind in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 nach der Angabe „§ 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c“ folgende Wörter einzufügen:

„ , Zusatzentgelte für ersetzende Leistungen sowie innovative Leistungen zur Behandlung von neuen Patientengruppen“

Begründung

Gerade Zusatzentgelte werden vereinbart, damit eine einseitige Mengenausweitung durch Krankenhäuser nicht ohne weiteres möglich ist. Mit dem Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes erfolgt ein Systemwechsel bei der Vergütung von der Landesebene auf die Hausebene. Diese Systematik soll konsequenterweise auch hier fortgesetzt werden. Eine absenkende Berücksichtigung auf den Landesbasisfallwert wirkt zu Lasten aller Krankenhäuser, auch solcher, die keine Mengensteigerungen bei den „Nicht-DRG-Leistungen“ haben, und ist daher abzulehnen.

Um ungerechtfertigte Mengenausweitungen zu minimieren und die Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen, werden nicht alle Leistungen außerhalb des DRG-Systems berücksichtigt. Vielmehr sind nur solche Leistungen nicht auf den Landesbasisfallwert anzurechnen, die eine bereits im System bestehende Leistung ersetzen, oder als Innovation die Behandlung einer neuen Patientengruppe ermöglichen.

13. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

„bb) Satz 2 wird aufgehoben.“

Begründung:

Krankenhäuser dürfen nicht darauf angewiesen sein, zusätzliche Patienten zu behandeln, um die steigenden Kosten für den bestehenden Personalstamm zu finanzieren. Bisher ist eine vollständige Finanzierung der Kosten für Kliniken ohne Mehrleistungen nicht gewährleistet, weil die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes für alle Krankenhäuser verringert werden, wenn es zu Leistungssteigerungen im Land kommt.

Die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung ist zu streichen, weil dies bei einem Personalkostenanteil in den Kliniken von 65 Prozent zu Personalabbau führen würde. Produktivität im Krankenhaus bedeutet daher letztlich, mit vorhandenem oder weniger Personal mehr Patienten zu behandeln. Kliniken mit relativ guter Personalausstattung wären zum Personalabbau gezwungen, wenn Kliniken mit unterdurchschnittlicher Personalausstattung zum Maßstab für die angestrebte Produktivität würden. Eine solche Regelung widerspricht den Grundsätzen des derzeitigen, leistungsbezogenen Entgeltsystems und läuft den Anstrengungen des Pflegeförderprogramms, die patientennahe Versorgung mit Pflegekräften zu verbessern, entgegen.

Die Berücksichtigung von Fehlbelegungspotenzial und Verlagerungspotenzial wird gestrichen, weil die Krankenhäuser andernfalls doppelt belastet würden: Um Fehlbelegungen zu verhindern, werden die Krankenhäuser vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft. Eine dabei festgestellte Fehlbelegung führt dazu, dass das Krankenhaus keine Vergütung erhält.

Nur wenn diese Streichungen durchgeführt werden, können die allgemeinen Kostensteigerungen in den Krankenhäusern zu gleich hohen Erlössteigerungen bei den Kliniken führen.

14. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa sind in § 10 Absatz 6 Satz 1 die Wörter „die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Veränderungsrate berücksichtigt“ durch die Wörter „insbesondere anhand eines krankenhausspezifischen Warenkorbs die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt“ zu ersetzen.

Begründung:

Das Missverhältnis zwischen Einnahmen- und Kostensteigerungen im Krankenhaus soll über den Orientierungswert bei der Bestimmung der Obergrenze für Steigerungen des Landesbasisfallwerts dauerhaft berücksichtigt werden. Der Orientierungswert darf daher nicht nur auf abstrakte Parameter abstellen.

Das Gesetz muss klarstellen, dass die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich stärker als bisher zu berücksichtigen sind. Hierfür ist ausdrücklich zu regeln, dass zur Ermittlung des Orientierungswerts die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser herangezogen werden müssen.

15. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc (§ 10 Absatz 6 Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc sind in § 10 Absatz 6 Satz 4 nach dem Wort „Orientierungswerts“ die Wörter „als Veränderungswert“ einzufügen.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung. Der vorgesehenen Regelung ist nicht eindeutig zu entnehmen, dass geprüft werden soll, ob der volle Orientierungswert zum Veränderungswert wird.

16. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h (§ 10 Absatz 13 Satz 1 und Satz 1a – neu – KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h ist § 10 Absatz 13 wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist das Wort „fünf“ durch das Wort „drei“ zu ersetzen.

b) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Abweichend von Satz 1 ist im Falle eines Rückgangs der vereinbarten Leistungen im Vergleich zum Vorjahr der Fixkostendegressionsabschlag entsprechend zu reduzieren.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehene Laufzeit der Fixkostendegressionsabschläge wird von fünf auf drei Jahre verkürzt. Fünfjährige Abschläge sind in der Praxis kaum administrierbar und führen zu unverhältnismäßig hohen finanziellen Belastungen leistungsstarker Krankenhäuser mit überproportionalem Mengenwachstum. Hier handelt es sich häufig um jene Krankenhäuser, die künftig noch stärker als Zentren für die

Notfallversorgung oder hochspezialisierte Leistungen fungieren sollen. Ein fünfjähriger Fixkostendegressionsabschlag würde diesen notwendigen Strukturwandel behindern und insbesondere bei Krankenhäusern, die ein breites Spektrum an elektiven und Notfall-Versorgungsleistungen sicherstellen, absehbar zu erheblichen Verlusten führen.

Zu Buchstabe b:

Die mehrjährige Laufzeit des Fixkostendegressionsabschlags ist nur gerechtfertigt, wenn die entsprechenden Mehrleistungen tatsächlich auch über die gesamte Laufzeit vereinbart werden. Dies ist jedoch bei Leistungssteigerungen nicht zwingend der Fall. So kann beispielsweise ein Krankenhaus gehalten sein, im Zuge eines größeren Bauvorhabens sein Leistungsangebot vorübergehend zu reduzieren. Auch könnte sich das Notfallaufkommen anders entwickeln als ursprünglich erwartet. Für derartige Fälle bedarf es einer Klarstellung, dass Fixkostendegressionsabschläge dann nicht weiter gelten, wenn ursprünglich vereinbarte Mehrleistungen im Vergleich zum Vorjahr nicht mehr erreicht werden.

17. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe i – neu – (§ 10 Absatz 14 – neu – KHEntgG)

Dem Artikel 2 Nummer 10 ist folgender Buchstabe i anzufügen:

i) Folgender Absatz 14 wird angefügt:

„(14) In dem ab dem Jahr 2017 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 4 und Absatz 8 vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert ist eine Erhöhung um 0,8 Prozent zusätzlich basiswirksam zu berücksichtigen. Ein gegebenenfalls zu berücksichtigender Ausgleich nach Absatz 1 Satz 5 geht nicht in die Bemessungsgrundlage nach Satz 1 ein. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Begründung:

Um die Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen, benötigen die Krankenhäuser zusätzliches Pflegepersonal. Keinesfalls darf das Pflegepersonal reduziert werden. Ein Krankenhaus darf nicht darauf angewiesen sein, zusätzliche Patienten zu behandeln, um die steigenden Kosten für den bestehenden Personalstamm zu finanzieren. Deshalb muss der Versorgungszuschlag vollständig in den Landesbasisfallwert überführt werden.

Deutschlandweit haben mehr als 40 Prozent der Kliniken das Jahr 2014 mit einem Defizit abgeschlossen. Weitere Einschnitte, wie der Wegfall des Versorgungszuschlags, würden in dieser Situation unweigerlich zu Personalabbau führen, was in eklatantem Widerspruch zu den hervorgehobenen Zielen des Krankenhausstrukturgesetzes – Steigerung der Qualität der Patientenversorgung – steht. Eine Verstetigung des Versorgungszuschlags, der bundesweit rund 500 Millionen Euro ausmacht, ist auch deshalb gerechtfertigt, weil die Belastungen, die er ausgleichen soll – die degressiven Abzüge beim Landesbasisfallwert – dauerhaft weiterwirken.

18. Zu Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c Doppelbuchstabe ee (§ 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und in Buchstabe c Doppelbuchstabe ee ist in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 jeweils das Wort „Stadtbezirk“ durch das Wort „Stadtteil“ zu ersetzen.

Begründung:

In den Stadtstaaten ist mit dem Gemeinamen keine Binnendifferenzierung möglich, da die Stadtstaaten nur über einen Gemeinamen abgebildet werden. Der Stadtteil schafft diese Differenzierung und bietet weiter einen eindeutigen Bezug zur regionalen Gliederung der Bevölkerungsstatistik. Die regionale Gliederung der Daten nach § 21 KHEntgG sollte der für die Krankenhausdiagnosestatistik vorgeschriebenen Differenzierung entsprechen, um einen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser zu vermeiden. Dieses würde mit der Änderung geschaffen. Gleichzeitig bietet eine Übereinstimmung der regionalen Differenzierung der Daten nach § 21 KHEntgG mit der regionalen Differenzierung der Krankenhausdiagnosestatistik die Möglichkeit des Datenabgleichs und damit der Überprüfung und Sicherung der Datenqualität.

19. Zu Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a (§ 109 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

- a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „bedarfsgerechten,“ die Wörter „qualitativ hochwertigen, patientengerechten,“ eingefügt.

Begründung:

Die Änderung soll Übereinstimmung mit dem Wortlaut des § 1 Absatz 1 KHG herstellen. Dies ist geboten, weil die zu regelnden Sachverhalte gleichartig sind.

20. Zu Artikel 6 Nummer 10 (§ 110a Absatz 1 Satz 6 – neu – SGB V)

In Artikel 6 Nummer 10 ist dem § 110a Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

„Mit der zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über den Abschluss von Qualitätsverträgen anzustreben.“

Begründung:

Bei den Qualitätsverträgen handelt es sich um Selektivverträge im stationären Bereich. Damit sind die Belange der Krankenhausplanung der Länder berührt. Selektivverträge unterlaufen die staatliche Krankenhausplanung und sind für die Planungsbehörden intransparent. Die Investitionsförderung des Landes läuft ins Leere, wenn geförderten Krankenhäusern durch kurzfristige Selektivverträge ein Teil ihres bisherigen Versorgungsauftrags entzogen wird. Für Selektivverträge eignen sich nur elektive Eingriffe. Die Notfallversorgung, die nicht planbar ist und aufgrund der hohen Vorhaltekosten bei zum Teil geringer Inanspruchnahme oft defizitär ist, verbleibt bei den übrigen Krankenhäusern und in der Planungshoheit der Länder. Zudem ist es derzeit unklar, wie bei Selektivverträgen Risikoselektion vermieden werden kann.

Selektivverträge sind generell wegen des Übergangs der Gestaltungshoheit für elektive Leistungen von den Ländern auf die Krankenkassen bei verbleibender Verantwortung für die Daseinsvorsorge und der Interaktion mit der staatlichen Investitionsförderung kritisch zu sehen. Auch bei modellhaften Selektiv- oder Qualitätsverträgen sollte in jedem Fall zur Harmonisierung der Krankenhausplanung und -förderung das Einvernehmen mit der zuständigen Landesplanungsbehörde angestrebt werden.

21. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat begrüßt, dass die Krankenhausreform in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe intensiv und in großer Einigkeit vorbereitet wurde.

Der Bundesrat stellt fest, dass mit der Reform der Patientennutzen zum Maßstab der Gesundheitspolitik gemacht wird. Die Patienten erhalten mehr Transparenz, mehr Qualität und mehr Gewissheit, dass sie in den Kliniken gut aufgehoben sind. Im Vergütungssystem derzeit noch bestehende Fehlanreize zur Mengenausweitung werden gemindert, die Strukturen der Krankenhausversorgung zukunftsfähig gestaltet und die Pflegekräfte in den Kliniken mit der Reform entlastet.

Der Bundesrat regt an, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusätzliche finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser zu prüfen.

Anlage 4

Gegenäußerung der Bundesregierung

1. Zur Eingangsformel (Zustimmungsbedürftigkeit)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates nicht. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates.

Die Einschätzung des Bundesrates basiert auf der Behauptung, dass insbesondere durch die Beteiligung der Länder am Strukturfonds mit einer Belastung der Länderhaushalte durch die Ausführung des Gesetzes zu rechnen sei mit der Folge des Eintritts der Zustimmungspflicht nach Artikel 104a Absatz 4 Grundgesetz (GG).

Nach den Regelungen des Artikels 1 Nummer 5 (§§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – KHG) werden die Länder nicht zu bestimmten Geldleistungen verpflichtet. Lediglich dann, wenn sie Fördermittel aus dem Strukturfonds beantragen, hängt die Gewährung dieser Mittel davon ab, dass das betreffende Land die Hälfte der förderungsfähigen Kosten trägt und sein bisheriges Niveau der Investitionsförderung von Krankenhäusern beibehält. Es bleibt aber jedem Land freigestellt, ob es Mittel des Strukturfonds beantragt oder auf die Unterstützung seiner Investitionsförderung durch die Mittel des Strukturfonds verzichtet. Mit den Neuregelungen werden die Länder daher nicht zu verpflichtenden Ausgaben herangezogen. Geldleistungen, die von den Ländern zu tragen wären, werden insoweit nicht vorherbestimmt. Die Voraussetzungen des Artikel 104a Absatz 4 GG sind somit nicht erfüllt. Dies gilt auch, soweit die Regelungen des Gesetzentwurfs zu Mehrbelastungen für die Länder in ihrer Eigenschaft als Beihilfeträger führen. Beihilfeleistungen sind keine Geldleistungen im Sinne des Artikel 104a Absatz 4 GG, da diese Regelung keine Geldleistungen erfasst, denen eine Gegenleistung gegenübersteht. Beihilfeleistungen sind jedoch Teil der amtsangemessenen Vergütung und werden daher nicht gegenleistungsfrei gewährt.

2. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 Absatz 1 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Durch die vorgesehene Reihenfolge der Tatbestandsmerkmale soll der besondere Stellenwert einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten zum Ausdruck gebracht werden. Dem trägt der Vorschlag nur unzureichend Rechnung.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 8 Absatz 1c KHG)

Die Bundesregierung wird die Umsetzung des Vorschlags prüfen. Das mit dem Vorschlag verfolgte Anliegen, dass auch die Nichterfüllung landesrechtlicher Qualitätsvorgaben zu planerischen Konsequenzen führen muss, wird unterstützt.

4. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 1 Satz 3a – neu – KHG)

Die Bundesregierung hält die vorgeschlagene Regelung nicht für erforderlich. In Artikel 1 Nummer 5 KHSG (§§ 12 bis 14 KHG) ist kein Enddatum für die Laufzeit des Strukturfonds vorgesehen. Eine gesetzliche Festschreibung der Laufzeit des Fonds bis zum Ende des Jahres 2020 würde zudem die Frage aufwerfen, ob bei langlaufenden Vorhaben auch für den nach 2020 liegenden Zeitraum noch Fördermittel abgerufen werden können.

5. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

Die Bundesregierung lehnt die Vorschläge ab.

Zu Buchstabe a)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Bezugnahme auf den Durchschnitt eines dreijährigen Zeitraums zur

Feststellung des maßgeblichen Investitionsniveaus kann Schwankungen zwischen einzelnen Jahren ausgleichen und ist daher grundsätzlich ein geeigneterer Maßstab als ein einzelnes Haushaltsjahr.

Zu Buchstabe b)

Der Vorschlag kann dazu führen, dass die Investitionsfördermittel für die Krankenhäuser in den neuen Ländern in den Jahren 2016 bis 2018 gegenüber dem Zeitraum 2012 bis 2014 effektiv zurückgehen. Ziel der Vereinbarung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform war es demgegenüber, dass die notwendigen Investitionen durch die Länder auch weiterhin getätigt werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das bisherige Investitionsniveau mindestens erforderlich gewesen ist. Hiermit wäre es nicht vereinbar, wenn künftig geringere Mittel für die Investitionsförderung zur Verfügung stünden als bisher.

6. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (§ 4 Absatz 2a Satz 8 zweiter Halbsatz KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt die Forderung ab, den Mehrleistungsabschlag zum Ende des Jahres 2015 abzuschaffen. Diese Regelung würde dazu führen, dass im Jahr 2016 weder der bisherige Mehrleistungsabschlag noch der zukünftige Fixkostendegressionsabschlag erhoben würde. Dadurch entstünden unerwünschte Anreize für die Krankenhäuser zur Vereinbarung zusätzlicher Leistungen.

7. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 4 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, keinen Fixkostendegressionsabschlag für Verlagerungsleistungen vorzusehen, auch wenn Mengenzuwächse auf Grund von Verlagerungseffekten Degressionswirkungen auslösen.

8. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 4a – neu – und Satz 4b – neu – KHEntgG) und Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 Satz 2 – neu – KHEntgG)

Die vorgeschlagene Ermächtigung der Landesregierungen, zusätzlich zu der Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorrangige Regelungen zum Einzugsgebiet eines Krankenhauses zu treffen, wird von der Bundesregierung geprüft. Eine Umsetzung des Vorschlags schließt eine Umsetzung des Vorschlags unter Nummer 11 aus, da dieser eine Streichung der Vereinbarung über das Einzugsgebiet durch die Vertragsparteien auf Bundesebene beinhaltet.

9. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und dd (§ 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag zum Pflegestellen-Förderprogramm, den Ausschluss der Förderung von Pflegepersonal auf Intensivstationen aufzuheben.

10. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc (§ 4 Absatz 8 Satz 2 und Satz 3 KHEntgG)

Der Vorschlag zur Ausdehnung des Pflegestellen-Förderprogramms wird von der Bundesregierung geprüft.

11. Zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, dass unverzichtbare Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag vom Gesetzgeber selbst bestimmt werden, und den Vorschlag, auf eine Definition des Einzugsgebiets durch die Selbstverwaltungspartner zu verzichten. Eine Umsetzung des zweiten Vorschlags schließt eine Umsetzung des Vorschlags unter Nummer 8 aus, da dieser vorsieht, dass die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbarten Regelungen zum Einzugsgebiet Anwendung finden, sofern die Landesregierungen keine Rechtsverordnungen zur Definition des Einzugsgebiets erlassen haben.

12. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, weitere Ausnahmen von der absenkenden Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert vorzusehen.

13. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb (§ 10 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG)
Die Bundesregierung prüft den Vorschlag zur Streichung der Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklung, von Ergebnissen der Fehlbelegungsprüfungen und von Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte.
14. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa (§ 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG)
Die Bundesregierung teilt das Anliegen, dass der Orientierungswert die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, und prüft die Möglichkeiten der Umsetzung.
15. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc (§ 10 Absatz 6 Satz 4 KHEntgG)
Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu, da er eine Klarstellung des Gemeintem beinhaltet.
16. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h (§ 10 Absatz 13 Satz 1 und Satz 1a – neu – KHEntgG)
Die Bundesregierung prüft die Vorschläge.
17. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe i – neu – (§ 10 Absatz 14 – neu – KHEntgG)
Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, den Versorgungszuschlag in die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2017 zu überführen.
18. Zu Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c Doppelbuchstabe ee (§ 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 KHEntgG)
Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu. Ein Stadtbezirk kann als Verwaltungseinheit oder als statistische Einheit mehrere Stadt- oder Ortsteile umfassen. Insoweit dient das Abstellen auf einen Stadtteil anstatt auf einen Stadtbezirk der Präzisierung der Wohnortangaben.
19. Zu Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a (§ 109 Absatz 2 Satz 2 SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Es wird auf die Stellungnahme zu Nummer 2 verwiesen.
20. Zu Artikel 6 Nummer 10 (§ 110a Absatz 1 Satz 6 – neu – SGB V)
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Es ist nicht erkennbar, inwieweit der Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Rückwirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder haben kann. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird durch Qualitätsverträge nicht verändert. Die vorgeschlagene Einvernehmensregelung würde zu einer Erschwerung des Abschlusses von Qualitätsverträgen führen und stünde damit einer möglichst zeitnahen Umsetzung dieses neuen Instruments zur Qualitätsverbesserung entgegen.
21. Zum Gesetzentwurf allgemein
Soweit der Bundesrat anregt, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusätzliche finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser zu prüfen, wird auf die zuvor erteilten Prüfzusagen der Bundesregierung verwiesen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Prüfzusagen mit Blick auf ihre finanziellen Auswirkungen in einem Gesamtzusammenhang zu sehen sind.