

Gesetzentwurf
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

**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 tragbaren 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 krankenhausesindividuellen 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 Korridorgrenze 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 Krankensebene. 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 2016 bis 2018 zu quantifizierbaren Bürokratiekosten von rund 2,25 Millionen Euro jährlich. Die Bürokratiekosten sind im dargestellten Erfüllungsaufwand enthalten.

E.3 Erfüllungsaufwand für die 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.

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

Vom...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 16a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort „eine“ die Wörter „qualitativ hochwertige, patienten- und“ und nach dem Wort „leistungsfähigen,“ die Wörter „qualitativ hochwertig und“ eingefügt.
2. Nach § 6 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

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

3. § 8 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a bis 1c eingefügt:

„(1a) Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien oder den im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.“

(1b) Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen oder für die wiederholt Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart wurden, sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen; Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend.

(1c) Die Absätze 1a und 1b finden keine Anwendung, sofern die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind.“

- b) In Absatz 2 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist“ eingefügt.
4. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser, die Entgelte nach § 17b erhalten, sowie für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Absatz 1 Satz 1 wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht.“
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aaa) Die Angabe „Abs.“ wird durch das Wort „Absatz“ ersetzt.
- bbb) Die Wörter „bis zum 31. Dezember 2009“ werden gestrichen.
- ccc) Nach dem Wort „sachgerechten“ werden die Wörter „und repräsentativen“ eingefügt.
- ddd) Vor dem Punkt am Ende wird ein Semikolon und werden die Wörter „§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 und Absatz 7 Satz 6 ist entsprechend anzuwenden“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2010“ und die Wörter „bis zum 31. Dezember 2012“ gestrichen.
5. Nach § 11 werden die folgenden §§ 12 bis 14 eingefügt:

„§ 12

Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 5 und nach § 14 Satz 3, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind.

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

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe

bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und

- b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und
- 4. die in Absatz 3 genannten Kriterien erfüllt sind.

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

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

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

§ 13

Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesversicherungsamt gestellt werden soll. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.

§ 14

Auswertung der Wirkungen der Förderung

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

- 6. In § 17a Absatz 3 Satz 10 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 6 und 7“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a Nummer 6“ ersetzt.

7. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 1a ersetzt:

„(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.

(1a) Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für

1. die Notfallversorgung,
2. die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
3. die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität,
4. die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den

- Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,
5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses,
 6. die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen,
 7. die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung sowie für
 8. den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6.“
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „1 und 3“ durch die Angabe „1, 1a und 3“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2001“ durch das Wort „die“ und die Wörter „Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1a“ ersetzt.
 - bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert.“
 - cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:
„Auf der Grundlage eines vom DRG-Institut zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3 und deren Weiterentwicklung. Als Bestandteil des Konzepts haben die Vertragsparteien geeignete Maßnahmen zu seiner Umsetzung zu vereinbaren; dabei können sie insbesondere bestimmte Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichten und Maßnahmen ergreifen, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und um die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können.“
- d) Absatz 4 wird aufgehoben.
- e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „1 und 3“ durch die Angabe „1 bis 3“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 1 werden die Wörter „zum 1. Januar 2003 einzuführenden“ gestrichen.
- f) Absatz 6 wird aufgehoben.
- g) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Nummer 3 werden die Wörter „Satz 14 und 15“ durch die Wörter „Satz 9 und 10“ ersetzt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 Satz 6 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“
- h) Absatz 8 Satz 5 wird aufgehoben.
- i) Absatz 9 wird aufgehoben.
- j) In Absatz 10 Satz 1 wird die Angabe „Satz 16“ durch die Angabe „Satz 11“ ersetzt.
8. § 17c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 31. März 2014“ gestrichen.
- b) In Absatz 3 Satz 7 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2013“ gestrichen.
- c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
- „(4) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung der Schlichtungsperson findet nur statt, wenn geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.“
- d) Absatz 4a wird aufgehoben.
- e) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „und Absatz 4a Satz 5“ und die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ gestrichen.
- bb) Satz 3 wird aufgehoben.
9. § 17d wird wie folgt geändert:
- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert; § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 ist entsprechend anzuwenden.“
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 4 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 für einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 und Regelungen“ durch die Angabe „§ 17b Absatz 1a“ ersetzt und werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 15 und 16“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1 Satz 10 und 11“ ersetzt.
- bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a Nummer 6“ ersetzt.
- c) Dem Absatz 6 wird folgender Satz angefügt:
- „Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 7 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- In der Inhaltsübersicht werden in der Angabe zu § 4 die Wörter „ab dem Jahr 2009“ gestrichen.
- § 1 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:
 - Krankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, soweit im

Krankenhausfinanzierungsgesetz oder in der Bundespflegesatzverordnung nichts Abweichendes bestimmt wird.“

3. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 Nummer 6 werden die Wörter „§ 39 Absatz 1 Satz 4 und 5“ durch die Angabe „§ 39 Absatz 1a“ ersetzt.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

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

4. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „ab dem Jahr 2009“ gestrichen.
- b) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 7 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1, nicht die Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
- c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 8 werden die Wörter „2014 und die Folgejahre“ durch die Angabe „2014, 2015 und 2016“ ersetzt.
 - bb) In Satz 10 wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
- d) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden. Ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde. Zusätzliche Leistungen, die die Anforderungen des Ausnahmenkatalogs nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 erfüllen, und zusätzliche Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde, sind nicht in die Grundlage zur Bemessung des Abschlags einzubeziehen. Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Für die Ermittlung des Abschlags sind neben den nach Satz 1 zusätzlich vereinbarten Leistungen auch die gegenüber Vorjahren, die nach dem Jahr 2016 liegen, eingetretenen Veränderungen der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 einzubeziehen, soweit dies unter Berücksichtigung der maßgeblichen Abschlagsdauer erforderlich ist. Sofern für zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Leistungen für die Jahre 2015 oder 2016 nach Absatz 2a Satz 8 noch ein Mehrleistungsabschlag in den Jahren 2017

und 2018 zu erheben ist, ist das maßgebliche Abschlagsvolumen erhöhend bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag nach Satz 5 umzusetzen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind darüber hinaus die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden.“

- e) In Absatz 3 Satz 7 werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 5“ ersetzt.
- f) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a Nummer 1“ ersetzt.
- g) Die Absätze 8 und 9 werden aufgehoben.
- h) Die bisherigen Absätze 10 und 11 werden die Absätze 8 und 9.
- i) Der neue Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“ eingefügt und wird die Angabe „2009 bis 2011“ durch die Angabe „2016 bis 2018“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „0,48“ durch die Angabe „0,15“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 wird die Angabe „0,96“ durch die Angabe „0,3“ ersetzt.
 - dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“ eingefügt und wird die Angabe „30. Juni 2008“ durch die Angabe „1. Januar 2015“ ersetzt.
 - ee) Satz 6 wird aufgehoben.
 - ff) In dem bisherigen Satz 8 wird das Komma nach dem Wort „Neueinstellungen“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden die Wörter „und Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ gestrichen.
 - gg) Der bisherige Satz 10 wird aufgehoben.
 - hh) Der bisherige Satz 11 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, über die aufgrund dieser Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, und über die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“
 - ii) In dem bisherigen Satz 13 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.
 - jj) Der bisherige Satz 14 wird wie folgt gefasst:

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

- j) Im neuen Absatz 9 Satz 5 werden die Wörter „Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13“ durch die Wörter „Absatz 8 Satz 4 und 7 bis 11“ ersetzt.
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

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

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2. Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Zuschläge nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.“
- d) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3c eingefügt:

„(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 4 einen Qualitätszu- oder -abschlag. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben.

(3b) Für klinische Sektionen ist bei Erfüllung der Anforderungen nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 ein Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zu vereinbaren; hierbei ist Absatz 1 Satz 3 anzuwenden.

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

- e) Absatz 6 wird aufgehoben.
- 6. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 15“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1 Satz 10“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig für das Kalenderjahr 2005“ gestrichen.
 - c) In Absatz 2a Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 137“ durch die Wörter „den §§ 136 und 136b“ ersetzt.
 - d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a oder Satz 2“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.
 - bb) Satz 5 wird aufgehoben.
- 7. § 7 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

- „4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz,“.
- b) In Nummer 6 wird das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.
- c) Nummer 7 wird aufgehoben.
8. § 8 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
- „2. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz,“.
- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 2“ wird durch die Wörter „§ 137 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.
- bb) Folgender Satz wird angefügt:
- „Unterschreitet ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dürfen für die jeweiligen Leistungen keine Entgelte berechnet werden, soweit keine Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden können oder nach § 136b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch keine berechnete mengenmäßige Erwartung nachgewiesen wurde, dass die Mindestmenge erreicht wird.“
- c) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „1. Januar 2014“ die Wörter „bis zum 31. Dezember 2016“ eingefügt.
- bb) Satz 4 wird aufgehoben.
9. § 9 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 bis 1c ersetzt:
- „(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere
1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
 2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
 3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
 4. Empfehlungen für die Kalkulation und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
 5. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1,
 6. erstmals bis zum 30. September 2016 einen eng begrenzten Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen, die nicht dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags,

insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Fall von Leistungsverlagerungen.

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

1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses;
2. bis zum 31. März 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4; diese können sich insbesondere ergeben aus
 - a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
 - b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
 - c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen;

dabei haben sie sicherzustellen, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt;

3. bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das DRG-Institut mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend;
4. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
5. bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist.

(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Fall des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung

der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 3 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

(1c) Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben, die bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 3“ durch die Angabe „und 2“ ersetzt und werden die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Nummer 5 nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.“

10. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird jeweils die Angabe „B2“ durch die Angabe „B1“ ersetzt und wird das Semikolon und werden die Wörter „als Grundlage für die Vereinbarung für das Jahr 2009 ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen 2008 mit dem Landesbasisfallwert 2008 zu bewerten“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 4 wird aufgehoben.

bbb) In Nummer 5 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a überschreiten“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1 überschreiten und die Ausgaben nicht bereits absenkend in Nummer 6 berücksichtigt werden“ ersetzt und werden nach dem Wort „Ausbildungskosten“ die Wörter „und die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtung vereinbaren,“ eingefügt.

ccc) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

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

ddd) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

- „7. erhöhend die Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhaushausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.“
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Bei der Anwendung von Satz 1 Nummer 3 sind bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere die Produktivitätsentwicklung, die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und die Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, einzubeziehen, soweit sie nicht bereits anderweitig im Vergütungssystem berücksichtigt werden; hierbei bleiben die zusätzlichen Finanzmittel nach § 4 Absatz 8 und 9 unberücksichtigt.“
- cc) Satz 4 wird aufgehoben.
- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.
- bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
- „Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren.“
- d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgenden Satz ersetzt:
- „Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Veränderungsrate berücksichtigt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen.“
- bb) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.
- cc) Folgender Satz wird angefügt:
- „Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts zu prüfen.“
- e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „-1,25“ durch die Angabe „-1,02“ ersetzt.
- bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
- „Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2016 bis 2021 werden die Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, und von diesem Zwischenergebnis
1. 16,67 Prozent im Jahr 2016,
 2. 20,00 Prozent im Jahr 2017,
 3. 25,00 Prozent im Jahr 2018,
 4. 33,34 Prozent im Jahr 2019,

5. 50,00 Prozent im Jahr 2020,
6. 100 Prozent im Jahr 2021
errechnet werden.“
- cc) In Satz 4 werden die Wörter „die Jahre 2010 und 2012“ durch die Wörter „das Jahr 2017“ ersetzt und wird die Angabe „Nr. 1 oder Nr. 2“ und werden die Wörter „des Absatzes 11 Satz 2 oder“ gestrichen.
- dd) Satz 5 wird aufgehoben.
- ee) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:
„Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt.“
- ff) Satz 8 wird wie folgt geändert:
aaa) Nach den Wörtern „nach Satz 3“ werden die Wörter „oder Satz 7“ eingefügt.
bbb) Vor dem Punkt am Ende wird ein Semikolon und werden die Wörter „Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht“ eingefügt.
- f) Absatz 10 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.
bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.“
- g) In Absatz 12 wird nach dem Wort „Neueinstellung“ ein Komma und werden die Wörter „die interne Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt und werden die Wörter „§ 4 Absatz 11 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
- h) Absatz 13 wird wie folgt gefasst:
„(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für fünf Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 bleiben hiervon unberührt.“
11. § 11 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ die Wörter „und der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkatalogs nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „B2“ durch die Angabe „B1“ ersetzt.

12. In § 15 Absatz 1 Satz 4 wird das Semikolon und werden die Wörter „abweichend hiervon ist für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausesindividuelle Basisfallwert abzurechnen“ gestrichen.
13. § 21 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 Buchstabe b werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 9“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1a“ ersetzt und werden die Wörter „einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt,“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 2 Buchstabe d werden die Wörter „des Wohnorts des Patienten“ durch die Wörter „und der Wohnort des Patienten, in den Stadtstaaten der Stadtbezirk,“ ersetzt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Krankenhausplanung“ die Wörter „sowie zusätzlich nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe h für Zwecke der Investitionsförderung, sofern das Land hierfür Investitionspauschalen nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwendet oder dies beabsichtigt,“ eingefügt.
 - bb) Satz 4 wird aufgehoben.
 - cc) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 5“ und das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.
 - dd) Im neuen Satz 5 wird das Wort „Bundesministerium“ durch die Wörter „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.
 - ee) Im neuen Satz 7 werden im Satzteil vor dem Semikolon nach dem Wort „Postleitzahl“ die Wörter „und den Wohnort, in den Stadtstaaten den Stadtbezirk,“ eingefügt und werden im Satzteil nach dem Semikolon nach dem Wort „Postleitzahl“ ein Komma und das Wort „Wohnort, in den Stadtstaaten Stadtbezirk,“ eingefügt.
 - d) Absatz 3a wird wie folgt gefasst:

„(3a) Das Institut nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine andere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Stelle kann ausgewählte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durchführen zu können. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 vom Institut oder einer anderen nach Satz 1 beauftragten Stelle glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 gilt entsprechend.“
14. Die Anlage 1 wird wie folgt geändert:
- a) In der Übersicht wird Abschnitt B wie folgt gefasst:

„B Budgetermittlung
B1 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG“.
 - b) Abschnitt B wird wie folgt geändert:
 - aa) Formblatt B1 wird aufgehoben.

bb) Formblatt B2 wird Formblatt B1 und die Überschrift wie folgt gefasst:

„B1 Erlösbudget nach § 4 KHEntgG“.

Artikel 3

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 4

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 10 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 9 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 wird die Angabe „31. Juli“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.
- b) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist den Vertragsparteien auf Bundesebene spätestens bis zum 15. März jeden Jahres vorzulegen; die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren das Berechnungsergebnis als einheitlichen Basisfallwert und davon ausgehend den einheitlichen Basisfallwertkorridor bis zum 31. März jeden Jahres.“

2. Absatz 11 wird wie folgt gefasst:

„(11) Liegt der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert nach Absatz 10 außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Absatz 9 Satz 5, ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene unter Beachtung des Vorzeichens die Differenz zwischen der maßgeblichen Korridorgrenze nach Absatz 8 Satz 2 oder Satz 7 und dem Basisfallwert. Sie vereinbaren bis zum 30. April jeden Jahres einen Betrag zum Ausgleich der Differenz innerhalb des laufenden Jahres. Dieser Betrag ist von den Krankenhäusern unter Beachtung des Vorzeichens zusätzlich zu dem Basisfallwert abzurechnen; § 15 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Basisfallwerts des Folgejahres ist der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert des laufenden Jahres von den Vertragsparteien unter Beachtung des Vorzeichens um die Differenz nach Satz 1 zu verändern.“

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 16b des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) In der Angabe zu § 3 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
- b) In der Angabe zu § 4 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

2. In § 1 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Krankenhäuser vergütet, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „Krankenhäuser und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vergütet, die“ ersetzt.
3. In § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 werden die Wörter „§ 39 Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 39 Absatz 1a“ ersetzt.
4. Dem § 5 werden die folgenden Absätze 3 und 4 angefügt:

„(3) Für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes und § 9 Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Für die Vereinbarung von befristeten Zuschlägen für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist § 5 Absatz 3c des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.“
5. In § 8 Absatz 4 werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 137 Absatz 1 oder Absatz 2“ ersetzt.
6. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Abschlägen“ ein Semikolon und werden die Wörter „§ 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend“ eingefügt.
 - b) In Nummer 5 wird nach dem Wort „Jahres“ das Komma und werden die Wörter „erstmalig für das Jahr 2013,“ gestrichen und werden die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 5 oder 6“ durch die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3“ und die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 6“ durch die Wörter „§ 10 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.
 - c) Satz 2 wird aufgehoben.
7. § 10 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon und die Wörter „dabei werden Sicherstellungszuschläge, soweit sie nicht auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes beruhen, befristete Zuschläge nach § 5 Absatz 4, Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen und Zuschläge nach § 5 Absatz 3 für außerordentlich gute Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen nicht einbezogen“ ersetzt.
 - b) In Nummer 6 werden nach dem Komma am Ende die Wörter „und die Summe der zeitlich befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 4, soweit diese nicht mehr krankenhausesindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden; dabei werden Abschläge nach § 5 Absatz 3 für unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen nicht einbezogen,“ eingefügt.
8. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Zu- und Abschläge nach § 5“ durch die Wörter „krankenhausesindividuell ermittelten Zu- und Abschläge“ ersetzt.
9. In § 18 Absatz 2 wird die Angabe „§ 6 Absatz 4“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 oder Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 65c Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und Absatz 8 Satz 1 werden jeweils die Wörter „§ 137 Absatz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
2. In § 81 Absatz 3 Nummer 2 werden die Wörter „und § 137 Abs. 1 und 4“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 und § 136a Absatz 4“ ersetzt.
3. In § 87 Absatz 2a Satz 7 werden die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 135b Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.
4. Dem § 87a Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
„In den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 sind auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Senkung des Investitionskostenabschlages nach § 120 Absatz 3 Satz 2 entspricht.“
5. § 91 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „§ 137 Abs. 3 Satz 7“ durch die Wörter „§ 136b Absatz 2 Satz 2“ ersetzt.
 - b) In Absatz 6 wird die Angabe „§ 137b“ durch die Angabe „§ 136d“ ersetzt.
6. In § 92 Absatz 7f Satz 1 werden die Wörter „§ 137 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 1a“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 136a Absatz 1 Satz 1 bis 3“ ersetzt.
7. In § 92a Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 221 Absatz 2 Satz 3“ durch die Angabe „§ 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
8. § 109 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „bedarfsgerechten,“ durch die Wörter „qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie“ ersetzt.
 - b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
 - bb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
„2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, wiederholt Qualitätsabschlagen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder“.
 - cc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.
9. § 110 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Kündigung hat zu erfolgen, wenn der in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird aufgehoben.
 - bb) Im neuen Satz 1 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Kündigung durch die in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbände“ ersetzt.
 - cc) Im neuen Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und die zuständige Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich dargelegt hat“ eingefügt.
 - dd) Folgender Satz wird angefügt:
„Mit Wirksamwerden der Kündigung gilt ein Plankrankenhaus insoweit nicht mehr als zugelassenes Krankenhaus.“
10. Nach § 110 wird folgender § 110a eingefügt:

„§ 110a

Qualitätsverträge

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 bis spätestens zum 31. Juli 2018 die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge. Die Rahmenvorgaben, insbesondere für die Qualitätsanforderungen, sind nur soweit zu vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit den Inhalt der Rahmenvorgaben fest.“

11. In § 113 Absatz 4 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.
12. In § 115b Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 137“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.
13. In § 120 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „10“ durch die Angabe „5“ ersetzt.
14. § 135a wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 135a

Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung“.

- b) In Absatz 2 wird im Satzteil vor der Aufzählung die Angabe „§§ 137“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 137 Absatz 1d“ durch die Angabe „§ 136a Absatz 3“ ersetzt.

15. Die §§ 136 bis 137 werden durch die folgenden §§ 135b bis 137 ersetzt:

„§ 135b

Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben; in Ausnahmefällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt in Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie nach Maßgabe des § 299 Absatz 1 und 2 Vorgaben zu Auswahl, Umfang und Verfahren der Qualitätsprüfungen nach Satz 1; dabei sind die Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 zu berücksichtigen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.

(4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen des § 87a gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 vereinbarten Punktwert für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.

§ 135c

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.

(2) Der Qualitätsbericht des Krankenhauses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen nach Absatz 1 Satz 2 hält. Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen nach § 136a Absatz 4 und § 136b bleiben unberührt.

(3) Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.

§ 136a

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2016 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen. Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach § 136b Absatz 6 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern

und Jugendlichen ergeben. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

§ 136b

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

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

1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
2. einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses und Ausnahmetatbestände,
3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser,
4. vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen,

5. einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.

§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach Nummer 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

(2) Die Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Absatz 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Absatz 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Beschlüssen nach Absatz 1 und Richtlinien nach § 136 Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Er regelt in seiner Verfahrensordnung das Nähere insbesondere zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll insbesondere die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen.

(4) Wenn die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu. Für die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen jährlich darlegen, dass die erforderliche Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird (Prognose). Eine berechtigte mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das Nähere zur Darlegung der Prognose. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen können bei begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Gegen die Entscheidung nach Satz 6 ist der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bestimmen, bei denen die Anwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte. Die Landesbehörde entscheidet auf Antrag des Krankenhauses für diese Leistungen über die Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2.

(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen.

Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

(7) Die Qualitätsberichte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sind über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus vom Gemeinsamen Bundesausschuss, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Das Krankenhaus hat den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegung der vier Leistungen oder Leistungsbereiche nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 bis zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. Er hat das Institut nach § 137a mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den ausgewählten Leistungen und Leistungsbereichen nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu beauftragen. Gegenstand der Untersuchung ist auch ein Vergleich der Versorgungsqualität von Krankenhäusern mit und ohne Vertrag nach § 110a.

(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2017 zu beschließen. Er regelt ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Hierfür hat er insbesondere jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen und die Auswertung der Daten sicherzustellen. Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; dies kann über eine Internetplattform erfolgen. Die Krankenkassen geben in das Informationsangebot nach Satz 4 regelmäßig Angaben ein, welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge für welche Leistungen oder Leistungsbereiche erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen.

§ 136c

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden; § 91 Absatz 6 bleibt unberührt. Ein erster Beschluss ist bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern.

Hierfür hat der Gemeinsame Bundesausschuss sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach § 137a zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung liefern. Er soll das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs für diese Indikatoren um sechs Monate verkürzen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.

Bei dem Beschluss sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1 zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in dem Beschluss auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde nach § 5 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes fest. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen differenziert festzulegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei diesen Festlegungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 Satz 1, soweit diese für die Notfallversorgung von Bedeutung sind. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

§ 136d

Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung.

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung

bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein

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

Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.

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

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

16. § 137a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 3 und Absatz 10 Satz 1 und 4 werden jeweils die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

„(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung soweit erforderlich auch einrichtungsbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Die Landesbehörde hat ein berechtigtes Interesse an der Verarbeitung und Nutzung der Daten darzulegen und sicherzustellen, dass die Daten nur für die im Antrag genannten konkreten Zwecke verarbeitet und genutzt werden. Eine Übermittlung der Daten

durch die Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen an Dritte ist nicht zulässig. In dem Antrag ist der Tag, bis zu dem die übermittelten Daten aufbewahrt werden dürfen, genau zu bezeichnen. Absatz 10 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

17. § 137b wird wie folgt gefasst:

„§ 137b

Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt zur Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung sowie zur Verbesserung der Transparenz über die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung Aufträge nach § 137a Absatz 3 an das Institut nach § 137a. Soweit hierbei personenbezogene Daten übermittelt werden sollen, gilt § 299.

(2) Das Institut nach § 137a leitet die Arbeitsergebnisse der Aufträge nach § 137a Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 Satz 2 dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlungen zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen.“

18. In § 137e Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 137“ durch die Wörter „den §§ 136 bis 136b“ ersetzt.

19. In § 140f Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 136 Abs. 2 Satz 2, §§ 137, 137a, 137b“ durch die Wörter „§ 135b Absatz 2 Satz 2, §§ 136 bis 136b, 136d, 137a, 137b“ ersetzt.

20. § 221 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 3 und 4 wird aufgehoben.
b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich

1. in den Jahren 2016 bis 2019 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 und
2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; solange der Anteil noch nicht feststeht, ist er vorläufig auf 1 Million Euro für das Haushaltsjahr festzulegen.

Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der Anteil nach Satz 1 Nummer 1 wird dem Innovationsfonds und der Anteil nach Satz 1 Nummer 2 dem Strukturfonds zugeführt. Mittel für den Innovationsfonds nach § 92 a Absatz 3 und 4, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr anteilig an die landwirtschaftliche Krankenkasse zurückzuführen.“

21. § 271 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden die Wörter „§ 221 Absatz 2 Satz 3“ durch die Wörter „§ 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
b) Folgender Satz wird angefügt:

„Ab dem Jahr 2016 werden dem Strukturfonds zudem aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Finanzmittel bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden.“

22. Nach § 275 wird folgender § 275a eingefügt:

„§ 275a

Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

(1) Der Medizinische Dienst führt nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Kontrolle ist, dass der Medizinische Dienst hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.

(2) Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in den Absätzen 3 und 4 genannten Stellen erteilen. Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstand dieser Aufträge können sein

1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c,
2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und
3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 oder Absatz 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit.

(3) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen den Medizinischen Dienst nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind dem Medizinischen Dienst vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst im Rahmen der Kontrolle zu prüfen hat.

(4) Der Medizinische Dienst kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.“

23. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 erforderlich ist. Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.“

- b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Kontrollen nach § 275a befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des

Krankenhauses zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 festgelegt und für die Kontrollen erforderlich ist. Absatz 2 Satz 3 bis 9 gilt für die Durchführung von Kontrollen nach § 275a entsprechend. Das Krankenhaus ist zur Mitwirkung verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass er die Kontrollen nach § 275a ordnungsgemäß durchführen kann; das Krankenhaus ist hierbei befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese auf Anforderung des Medizinischen Dienstes zu übermitteln. Die Sätze 1 und 2 gelten für Kontrollen nach § 275a Absatz 4 nur unter der Voraussetzung, dass das Landesrecht entsprechende Mitwirkungspflichten und datenschutzrechtliche Befugnisse der Krankenhäuser zur Gewährung von Einsicht in personenbezogene Daten vorsieht.“

24. Dem § 277 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:
- „Nach Abschluss der Kontrollen nach § 275a hat der Medizinische Dienst die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen. Soweit in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festgelegt sind, in denen Dritte wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen über das Kontrollergebnis zu informieren sind, hat der Medizinische Dienst sein Kontrollergebnis unverzüglich an die in dieser Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. Soweit erforderlich und in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 vorgesehen, dürfen diese Mitteilungen auch personenbezogene Angaben enthalten; in der Mitteilung an den Auftraggeber und den Dritten sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.“
25. § 281 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 275 Absatz 1 bis 3a“ die Wörter „und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 1a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4.“
26. In § 285 Absatz 1 Nummer 6 wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.
27. § 299 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe „§ 136 Absatz 2“ wird jeweils durch die Angabe „§ 135b Absatz 2“ ersetzt.
- bb) Die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ werden durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.
- b) Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Angabe „§ 136 Absatz 2“ wird jeweils durch die Angabe „§ 135b Absatz 2“ ersetzt.
- bb) Die Wörter „§ 137 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3“ werden durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3“ durch die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b“ ersetzt.
28. In § 303e Absatz 1 Nummer 14 werden die Wörter „Institution nach § 137a Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „Institut nach § 137a“ ersetzt.

Artikel 7

Änderung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

Artikel 6b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) wird aufgehoben.

Artikel 8

Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes

Die Artikel 2 und 3 des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617) werden aufgehoben.

Artikel 9

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2016 in Kraft.
- (2) In Artikel 1 Nummer 5 tritt § 12 am ... [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes] in Kraft.
- (3) Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h und Nummer 10 Buchstabe e tritt am ... [einsetzen: Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes] in Kraft.
- (4) Artikel 3 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Artikel 4 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Berlin, den 30. Juni 2015

Volker Kauder, Gerda Hasselfeldt und Fraktion
Thomas Oppermann und Fraktion

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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. Patientinnen und Patienten steht eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Krankenhausmedizin zur Verfügung, die von über einer Million Beschäftigten getragen wird. Vor dem Hintergrund demografischer und regionaler Veränderungen und des medizinisch-technischen Fortschritts sind die Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln und der Umstrukturierungsprozess im stationären Bereich zu begleiten und zu unterstützen.

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat vor diesem Hintergrund am 5. Dezember 2014 nach über sechsmonatiger Beratung Eckpunkte als Grundlage für dieses Gesetz vorgelegt. 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.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

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

II.1 Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung und als Basis für eine sichere und transparente Krankenhausversorgung

Gute und sichere Krankenhäuser heißt, dass Versicherte sich auf eine gute und medizinisch gebotene Versorgungsqualität verlassen müssen. Qualität soll noch stärker und konsequenter zur Geltung kommen.

Die Qualitätssicherung im stationären Bereich wird insbesondere durch folgende Maßnahmen gestärkt:

- Die Qualität wird als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. In § 1 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wird das Zielkriterium einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäuser zu sozial tragbaren 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 planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder sein, soweit dies nicht durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen wird. Eine nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses hat rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme oder den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan eines Landes.

- Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Es wird ein Verfahren vorgegeben, in dem die Krankenhäuser das voraussichtliche Erreichen der Mindestmengen 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 daran angeknüpft, ob effektive Anstrengungen für eine qualitativ gute Versorgung unternommen werden oder nicht. Es werden deshalb Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden. Hierfür erhält der G-BA den Auftrag, geeignete Leistungen oder Leistungsbereiche für die qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile auszuwählen. Er hat außerdem erforderliche Bewertungskriterien und möglichst aktuelle Auswertungen der Qualitätsdaten für die Vereinbarungen von Qualitätszu- und -abschlägen zu liefern.
- Um herauszufinden, inwieweit sich weitere Verbesserungen der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von höherwertigen Qualitätsstandards und darauf abstellende zusätzliche Anreize erreichen lassen, erhalten Krankenkassen und Krankenhäuser die Möglichkeit, dies in Qualitätsverträgen zu erproben. Die Auswirkungen solcher Verträge auf die Versorgungsqualität werden im Auftrag des G-BA evaluiert.
- Klinische Sektionen werden als wichtiges Instrument der medizinischen Qualitätssicherung durch Zuschläge finanziell gefördert. Ziel ist es, die deutlich zu niedrige Sektionsrate zu erhöhen, damit Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus aus den Erkenntnissen, die aus Sektionen gewonnen werden, wieder kontinuierlich lernen können.
- Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Besonders patientenrelevante Informationen sind in übersichtlicher Form zusätzlich in einem speziellen Berichtsteil für Patientinnen und Patienten klar und verständlich darzustellen. Dies betrifft insbesondere Informationen zu Aspekten der Patientensicherheit wie z. B. zur Einhaltung von Hygienestandards, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit und zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements.
- Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird zukünftig konsequenter gefördert. Der G-BA wird hierbei durch klare gesetzliche Regelungen gestärkt und beauftragt, die jeweiligen Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in Richtlinien in einem gestuften System angemessen zu konkretisieren.

II.2 Einrichtung eines Pflegestellen-Förderprogramms

Eine Krankenhausbehandlung mit guter pflegerischer Versorgung kann nur geleistet werden, wenn im Krankenhaus ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden ist. Insbesondere zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die einen erhöhten Pflegebedarf haben, wie etwa an Demenz erkrankte, pflegebedürftige oder behinderte Patientinnen und Patienten, sowie zur Unterstützung des Pflegepersonals, das große Verantwortung für das Leben und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten trägt, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung (ausschließlich „Pflege am Bett“) wird für die Jahre 2016 bis 2018 ein stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm aufgelegt. Allein in den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf bis zu 660 Millionen Euro. Nach dem Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich. Die Krankenhäuser haben einen Eigenfinanzierungsanteil in Höhe von 10 Prozent der Personalkosten zu tragen.

- Eine beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Expertinnen- und Experten-Kommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung prüft bis spätestens Ende 2017 zudem, ob im System der diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte (z. B. über den Pflegekomplexmaßnahmen-Score) ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderungen und der allgemeine Pflegebedarf in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Abhängig vom Prüfergebnis sollen von der Kommission Vorschläge unterbreitet werden, wie die sachgerechte Abbildung von Pflegebedarf im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann. Weiterhin sind Vorschläge zur finanziellen Abschätzung der vorgeschlagenen Maßnahmen vorzulegen. Schließlich ist ein Vorschlag zu erarbeiten, wie kontrolliert werden kann, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, die für Personalaufwendungen in der Krankenpflege zur Verfügung gestellt werden, ab dem vierten Jahr auf Krankenhausebene unter Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Verhältnisse mit möglichst wenig Bürokratieaufwand weiterhin tatsächlich zweckgebunden zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.

II.3 Weiterentwicklung der Finanzierung von Krankenhausleistungen

Die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser wird durch verschiedene Maßnahmen gestärkt und strukturell weiterentwickelt. Zu den Maßnahmen zählen insbesondere:

- Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA 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 befristeten krankenspezifischen Zuschlägen geschaffen, die die zusätzlich aufgewendeten personellen und sachlichen Mittel abbilden sollen. Dies umfasst auch die zum 1. Januar 2014 in Kraft getretenen zusätzlichen Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene.
- Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen, die für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten gezahlt werden, sofern die Kapazitäten 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 sind, werden durch gesetzliche Vorgaben und durch weitere Festlegungen der Vertragsparteien auf Bundesebene präzisiert.
- Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert. Für die weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte werden die Korridorgrenzen asymmetrisch auf -1,02 Prozent (untere Korridorgrenze) und +2,5 Prozent (obere Korridorgrenze) unter- bzw. oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts 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 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.

II.4 Neuausrichtung der Mengensteuerung

Als Bestandteil der Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung wird darüber hinaus die Mengensteuerung im Rahmen einer gestuften Vorgehensweise neu ausgerichtet:

- In einer ersten Stufe werden zunächst flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Mengensteuerung vorgenommen. Dazu gehören insbesondere die im Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ab dem Jahr 2016 vorgesehenen Regelungen des G-BA zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen. Zudem haben im Jahr 2016 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für das DRG-System 2017 die Bewertung bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen. Übergangsweise finden während dieser Phase noch die absenkende Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen beim Landesbasisfallwert sowie der Mehrleistungsabschlag und der Versorgungszuschlag Anwendung.
- In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene. Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird daher aufgehoben. Damit werden betriebswirtschaftliche Kostenvorteile zusätzlicher Leistungen zukünftig nicht mehr allen Krankenhäusern entgegengehalten. Ab dem Jahr 2017 werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt. Zum Jahresende 2016 wird die Kombination aus Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag aufgehoben, wobei zur Vermeidung von Fehlanreizen für in den Jahren 2015 und 2016 vereinbarte Mehrleistungen auch noch jeweils eine dreijährige Abschlagsdauer Anwendung findet.

II.5 Einrichtung eines Strukturfonds

- Die Länder führen die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durch und haben die Investitionskosten für ihre Krankenhäuser in notwendigem Umfang bereitzustellen. Dazu 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 der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 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. Dazu werden sie in den Jahren 2016 bis 2018 mindestens die in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel für die Krankenhausfinanzierung in ihrer durchschnittlichen Höhe beibehalten und um die Landesmittel zur Finanzierung von Projekten aus dem Strukturfonds 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 Krankenhausstandorten 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.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsrechts stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG).

Danach kann die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Bundesgesetz geregelt werden. Angesichts des Rückgangs der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder ist es erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zielgenauer auszugestalten, damit die für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser erforderlichen Mittel effizienter als bisher eingesetzt werden können.

Nach geltendem Recht ist Voraussetzung für eine Förderung von Krankenhäusern, dass diese den Zielen des KHG, nämlich der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern gerecht werden. Entsprechend können Krankenhäuser von der Förderung ausgeschlossen werden, wenn sie diesen Zielen widersprechen. Anträge auf Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan sind daher danach zu beurteilen, ob die entsprechende Klinik dem Bedarf entspricht, leistungsfähig ist und kostengünstig arbeitet (vgl. BVerfG vom 12.6.1990, 1 BvR 355/86). Auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG gestützte bundesrechtliche Regelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser müssen daher nicht zwangsläufig eine Förderung für alle Krankenhäuser vorsehen, d. h. auch für solche, die den Zielen des KHG widersprechen. Vielmehr kann der Gesetzgeber hinsichtlich der Förderungswürdigkeit von Krankenhäusern differenzierende Regelungen vorsehen.

Durch die vorgesehenen Regelungen wird diese bisher schon mögliche Differenzierung um eine qualitätsorientierte Komponente angereichert. Auf Grund der Erweiterung der Zielsetzung des KHG um das Ziel einer patientengerechten und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung ist die Qualität als weiteres Kriterium bei Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Anträge auf Aufnahme in den Krankenhausplan sind daher künftig auch danach zu beurteilen, ob ein Krankenhaus die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erfüllt. Entsprechend ist der Feststellungsbescheid über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ganz oder teilweise aufzuheben, wenn diese Voraussetzungen dauerhaft und in einem erheblichen Umfang nicht mehr erfüllt sind. Hierdurch wird die rechtliche Grundlage dafür geschaffen, dass die Länder ihre begrenzten Investitionsmittel auf die Krankenhäuser konzentrieren können, die den vom G-BA entwickelten Qualitätsstandards gerecht werden. Krankenhäuser, die einen hohen Qualitätsstandard erreichen, arbeiten zudem kostengünstiger als Krankenhäuser mit niedrigem Qualitätsstandard, da Folgekosten in u. U. erheblicher Höhe durch Infektionen, Komplikationen und Folgeoperationen nicht oder nur in geringerem Umfang anfallen. Sie verwirklichen damit schon in besonderem Maß die bisherige Zielsetzung des KHG, eine stationäre Versorgung zu sozial tragbaren Pflegesätzen sicherzustellen, d. h. eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung. Das dem KHG derzeit schon zu Grunde liegende Ziel

einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung kann daher umfassender erreicht werden als bisher.

Verstärkt wird diese Neuausrichtung der rechtlichen Rahmenbedingungen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser durch entgeltrechtliche Regelungen, die z. B. Abschläge bei der Nichterreichung bestimmter Qualitätsstandards vorsehen. Auch diese entgeltrechtlichen Regelungen sind Bestandteil der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Dieses Zusammenwirken planungsrechtlicher und entgeltrechtlicher Maßnahmen trägt zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung bei.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG. Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 GG).

Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelung betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft die Ersetzung der Schlichtungsausschüsse, die bislang über Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die Ergebnisse von Abrechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu entscheiden hätten, durch eine unabhängige und gemeinsam bestellte Schlichtungsperson. Der mit der Etablierung der Schlichtungsausschüsse verbundene Kosten- und Bürokratieaufwand entfällt. Ferner wird die Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern für die Kassenseite erleichtert, indem das Erfordernis für die Landesverbände und Ersatzkassen zur Herstellung des Benehmens mit den betroffenen Krankenkassen entfällt.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzesentwurf wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung stärkt eine nachhaltige Entwicklung.

Durch die Maßnahmen des Gesetzesentwurfs wird die Qualitätsorientierung in allen Bereichen der stationären Versorgung gestärkt. Transparente Qualitätsziele und -kriterien sollen künftig sowohl bei der Bedarfsplanung als auch in der Versorgung eine stärkere Rolle spielen als bislang. Mit der Neuausrichtung der stationären Versorgung an transparenten Qualitätszielen und -kriterien, der Förderung bedarfsnotwendiger Standorte und einer Steigerung der Pflege-Personalkapazitäten werden die Weichen für eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung neu ausgerichtet. Darüber hinaus soll das Pflegestellen-Förderprogramm auch zur Entlastung des Pflegepersonals und damit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus beitragen.

Eine höhere Qualität der Versorgung und die Förderung struktureller Veränderungen führen mittel- und langfristig auch zu einer wirtschaftlicheren Mittelverwendung und tragen dadurch zu mehr Nachhaltigkeit bei.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Die folgenden Angaben zu den finanziellen Auswirkungen der Maßnahmen dieses Gesetzes basieren auf groben Schätzungen. Es können i. d. R. nur grobe Quantifizierungen vorgenommen werden, weil der Umfang der Umsetzung vielfach von Verhandlungsprozessen abhängig und damit nicht exakt vorhersehbar ist. Bei den Gesamtausgaben entfallen ca. 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die GKV und 10 Prozent auf andere Kostenträger. Zur Vermeidung von Scheingenauigkeit wurden die finanziellen Auswirkungen auf die anderen Kostenträger – dies sind überwiegend die Private Krankenversicherung (PKV) und die Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden (Beihilfe) – zusammen ausgewiesen. Hierbei ist davon auszugehen, dass rund 75 Prozent dieser Beträge auf die PKV und rund 25 Prozent auf die öffentlichen Haushalte entfallen.

Insgesamt führen die Maßnahmen des Gesetzes im Vergleich zu 2015 für alle Kostenträger zu Mehrausgaben in Höhe von rund 0,6 Milliarden Euro im Jahr 2016, rund 1 Milliarde Euro im Jahr 2017, rund 1,4 Milliarden Euro im Jahr 2018, rund 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2019 und rund 1,7 Milliarden Euro im Jahr 2020. Diese Werte umfassen auch die Mehrausgaben durch die zu erwartende Erhöhung des Systemzuschlags, mit dem erhöhter Kalkulationsaufwand, z. B. auf Grund der Entwicklung eines Konzepts zur Steigerung der Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe, finanziert wird. Unterschiede zum Finanztableau der Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe entstehen daraus, dass einige der dort vereinbarten Maßnahmen bereits im Versorgungsstärkungsgesetz aufgegriffen wurden.

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.

a) Bund, Länder und Gemeinden

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sehen u. a. die Einrichtung eines Strukturfonds zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser vor, der den Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen fördern soll. Die Förderung soll jeweils zur Hälfte durch die GKV und die Länder erfolgen. Das von der GKV bereitzustellende Fördervolumen beträgt ab 2016 500 Millionen Euro, das schrittweise abgerufen werden kann, sofern die Länder Mittel in gleicher Höhe zur Verfügung stellen. In dem Umfang, in dem die Länder sich an den Maßnahmen der Strukturförderung beteiligen, können ab 2016 deren Haushalte belastet werden. Sofern es zur Umwandlung von Krankenhäusern kommt, werden u. a. auch Mittel frei, die für eine angemessene Investitionsfinanzierung der anderen Krankenhäuser eingesetzt werden können. Durch die Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist zudem von einer Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen, die zu finanziellen Einsparungen beiträgt. Eine exakte Quantifizierung der Mehr- und Minderbelastungen ist nicht möglich, weil Umfang und Zeitrahmen einer Inanspruchnahme der Fördermöglichkeit nicht bekannt sind.

Darüber hinaus können für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe ab dem Jahr 2016 im niedrigen zweistelligen Millionenbereich entstehen.

Beim Bundeszuschuss für die Altenteiler in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung ergeben sich geschätzte Mehrausgaben von ca. 4 Millionen Euro 2016, 8 Millionen Euro 2017, 11 Millionen Euro 2018, 12 Millionen Euro 2019 und 13 Millionen Euro 2020.

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben für die GKV verbunden, die sich mittel- und langfristig auf die Verbesserung der Qualität und Effizienz der stationären Versorgung auswirken werden und damit auch zu Einsparungen führen, die im Einzelnen nicht valide quantifiziert werden können.

Für den Strukturfonds zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser, der den Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen fördern soll, können aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab 2016 schrittweise bis zu 500 Millionen Euro abgerufen werden, sofern sich die jeweils betroffenen Länder in gleicher Höhe an der Finanzierung beteiligen (§ 12 KHG). Mit dieser Maßnahme wird z. B. die Umwandlung nicht bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in Gesundheitszentren oder Pflegeeinrichtungen und damit eine Marktberreinigung angestrebt, die mittel- und langfristig zu Qualitätsverbesserungen und Einsparungen in der stationären Versorgung beitragen soll. Eine exakte Quantifizierung der Mehr- und Minderbelastungen ist insbesondere deshalb nicht möglich, weil nicht absehbar ist, in welchem Umfang und in welchem Zeitrahmen Krankenhausträger und Länder von der Förderung Gebrauch machen und welche Auswirkungen sich hieraus auf die Krankenhausversorgung im jeweiligen Land ergeben.

Mit dem Pflegestellen-Förderprogramm werden zur Stärkung der Pflege am Bett von der GKV im Jahr 2016 bis zu rund 100 Millionen Euro, im Jahr 2017 bis zu rund 200 Millionen Euro und im Jahr 2018 bis zu rund 300 Millionen Euro für die Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zur Verfügung gestellt (§ 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG).

Im Hinblick auf die bereits im geltenden Recht vorgesehene Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen werden an Stelle der bislang vorgesehenen Vereinbarung von Maßstäben durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zukünftig die Voraussetzungen durch den G-BA beschlossen (§ 5 Absatz 2 KHEntgG i. V. m. § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - SGB V). Auf der Grundlage der Festlegung der Voraussetzungen zur Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags durch den G-BA ist insbesondere in Abhängigkeit von der Anzahl der die Voraussetzungen erfüllenden Krankenhäuser und von der Höhe der Sicherstellungszuschläge im Jahr 2017 mit rund 45 Millionen Euro und ab dem Jahr 2018 mit jährlichen Mehrausgaben der Krankenkassen in Höhe von rund 90 Millionen Euro zu rechnen.

Mit § 5 Absatz 3a KHEntgG werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität eingeführt. Hierfür sind zunächst vom G-BA geeignete Leistungen, Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren zu beschließen. Auf dieser Grundlage sind in Abhängigkeit von der Anzahl der von diesen Beschlüssen erfassten Leistungsbereiche und Behandlungsfälle ab 2018 im Saldo jährliche Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rund 54 Millionen Euro zu erwarten.

Um klinische Sektionen als wichtiges Instrument der medizinischen Qualitätssicherung zu stärken, werden die durchschnittlichen Kosten, die bislang vom Krankenhaus zu tragen waren, durch einen pauschalen Zuschlag finanziert (§ 5 Absatz 3b KHEntgG i. V. m. § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG). Abhängig von den durchschnittlichen Kosten einer Sektion und der Anzahl der künftig durchgeführten Sektionen sind ab 2017 jährliche Mehrausgaben der Krankenkassen in Höhe von rund 18 Millionen Euro zu erwarten.

Durch die Einführung befristeter Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA (§ 5 Absatz 3c KHEntgG) ist in Abhängigkeit insbesondere von der Anzahl der vom G-BA verabschiedeten Richtlinien oder Beschlüsse sowie der daraus resultierenden Mehrkosten für die Krankenkassen ab 2016 mit zusätzlichen Ausgaben in Höhe von rund 90 Millionen Euro jährlich zu rechnen.

Zur weiteren Präzisierung der Anforderungen für die bereits im geltenden Recht vorgesehenen Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Einrichtungen werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Zuschlägen festzulegen (§ 9 Absatz 1a Nummer 2 KHEntgG). In Abhängigkeit von der Anzahl der Krankenhäuser, die die festzulegenden Voraussetzungen erfüllen, und von der vor Ort zu vereinbarenden Höhe der Zuschläge sind ab 2017 Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rund 180 Millionen Euro jährlich zu erwarten. Für das Jahr 2016 ist lediglich mit rund 90 Millionen Euro Mehrausgaben zu rechnen, da zunächst

die Voraussetzungen durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vereinbart werden müssen und anschließend die Zuschläge vor Ort zu vereinbaren sind.

Durch die Senkung des Investitionskostenabschlags für Krankenhausambulanzen von bislang 10 Prozent auf nunmehr 5 Prozent und durch die damit verbundene Erhöhung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen entstehen ab dem Jahr 2016 jährliche Mehrausgaben von rund 40 Millionen Euro.

Ab dem Jahr 2017 erfolgt die Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 sowie § 10 Absatz 13 und § 4 Absatz 2b KHEntgG). Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung im Landesbasisfallwert des Jahres 2017 wird damit aufgehoben. Ab dem Jahr 2017 werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt, indem für Mehrleistungen ein Fixkostendegressionsabschlag zu erheben ist. Unter Berücksichtigung des von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbarenden Katalogs von Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag sind im Vergleich zum Verfahren der Fixkostendegression nach geltendem Recht grundsätzlich Mehrausgaben für die GKV zu erwarten, die jedoch nicht quantifiziert werden können. Zugleich sind aber erhebliche, ebenfalls nicht quantifizierbare strukturelle Effekte mindernd zu berücksichtigen, da gleichzeitig zu erwarten ist, dass die Mengenentwicklung aufgrund der verursachungsgerechten Berücksichtigung und der Anwendung von Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen weniger expansiv als bisher verlaufen wird.

Für die weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor werden die Korridor Grenzen auf $-1,02$ Prozent (untere Korridor Grenze) und $+2,5$ Prozent (obere Korridor Grenze) unter- bzw. oberhalb des Bundesbasisfallwerts festgelegt (§ 10 Absatz 8 Satz 1 KHEntgG). Die Landesbasisfallwerte unterhalb des Korridors werden im Jahr 2016 in einem Schritt auf die untere Korridor Grenze angehoben, während die Landesbasisfallwerte oberhalb des Korridors in sechs gleichen Schritten bis zum Jahr 2021 an die obere Korridor Grenze angeglichen werden. Im Saldo resultieren daraus Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rund 70 Millionen Euro im Jahr 2016, rund 60 Millionen Euro im Jahr 2017, rund 50 Millionen Euro im Jahr 2018, rund 45 Millionen Euro im Jahr 2019 und rund 40 Millionen Euro im Jahr 2020.

Aufgrund der Grobschätzungen über die finanziellen Auswirkungen dieses Gesetzes wird die GKV jeweils im Vergleich zu 2015 voraussichtlich im Jahr 2016 mit rund 0,5 Milliarden Euro belastet, im Jahr 2017 mit rund 0,9 Milliarden Euro, im Jahr 2018 mit rund 1,2 Milliarden Euro, im Jahr 2019 mit rund 1,3 Milliarden Euro und im Jahr 2020 mit rund 1,4 Milliarden Euro. Den Mehrausgaben stehen erhebliche Einsparpotenziale in voraussichtlich dreistelliger Millionenhöhe gegenüber, die durch Struktureffekte wie z. B. die neuen Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätsorientierung, durch die zielgenauere Ausgestaltung der Mengensteuerung oder durch den Strukturfonds entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

4. Erfüllungsaufwand

Durch das neue Gesetz entstehen insbesondere für die Selbstverwaltungspartner unterschiedliche Vorgaben, die mit Be- und Entlastungen verbunden sind. Für Bürgerinnen und Bürger macht das Gesetz keine Vorgaben, so dass für diese kein Erfüllungsaufwand anfällt.

Die verschiedenen Maßnahmen des Gesetzes werden in mehreren Schritten umgesetzt, die z. T. aufeinander aufbauen, so dass in verschiedenen Jahren einmaliger Erfüllungsaufwand anfällt. Da somit ein reiner Vorher-Nachher-Vergleich den Erfüllungsaufwand nur unzureichend abbilden würde, wird Erfüllungsaufwand daher für die Wirtschaft (Krankenhäuser, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)) und die Verwaltung (GKV-Spitzenverband, PKV und G-BA) jeweils differenziert für die Jahre 2015 bis 2018 geschätzt. Die Höhe des in den Jahren ab 2019 entstehenden Erfüllungsaufwands lässt sich nicht solide schätzen.

Die mit dem Gesetz eingeführten Vorgaben richten sich überwiegend an die Akteure der Selbstverwaltung und die von ihr gebildeten Gremien bzw. Institute. Die daraus resultierenden Änderungen führen für die einzelnen Krankenhäuser nur teilweise zu neuem Erfüllungsaufwand, da in zahlreichen Fällen neu entstehende Regelungen für die Vergütungsverhandlungen die bisherigen Vorgaben ablösen. Neu eingeführte Maßnahmen und Verhandlungsschritte führen auf Einzelhausebene zu zusätzlichem Erfüllungsaufwand. Insgesamt entsteht im Jahr 2015 quantifizierbarer Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4 000 Euro, im Jahr 2016 rund 4,95 Millionen Euro, im Jahr 2017 rund 4,65 Millionen Euro und 2018 rund 4,55 Millionen Euro, der allein in der Wirtschaft und der Verwaltung anfällt.

4.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger werden weder Informationspflichten noch inhaltliche Pflichten (Handlungen) eingeführt. Für Bürgerinnen und Bürger entsteht somit kein Erfüllungsaufwand.

4.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft werden durch das neue Gesetz Vorgaben eingeführt, deren Erfüllungsaufwand im Wege der Ex-ante-Schätzung ermittelt wird.

Krankenhäusern, die Leistungen erbringen, für die der G-BA Mindestmengen festgelegt hat, entsteht Erfüllungsaufwand in geringer Höhe durch eine neue Informationspflicht. Der jeweilige Krankenhausträger hat das Erreichen der Mindestmengen in seinen einzelnen Häusern jährlich in Form einer begründeten Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen (§ 136b Absatz 4 Satz 3 SGB V). Die Zahl der Krankenhäuser, die von der Informationspflicht betroffen sind, hängt vom Katalog der Leistungen ab, für die der G-BA Mindestmengen festlegt bzw. bereits festgelegt hat. So sind von der Mindestmengenfestlegung für die Leistung Kniegelenk-Totalendoprothesen rund 1 000 Krankenhäuser durch die neue Informationspflicht betroffen. Deutlich geringer ist die Zahl der betroffenen Einrichtungen dagegen bei den Mindestmengenfestlegungen im Bereich von Transplantationen. Beispielsweise erfolgen Lebertransplantationen lediglich in rund 20 und Nierentransplantationen in rund 40 Krankenhäusern in Deutschland (Quelle: Qualitätsreport 2013 des AQUA Instituts). Der jährliche Aufwand des einzelnen Krankenhauses zur Aufbereitung und Übermittlung der Prognose je Leistung bzw. Leistungsbereich wird auf ca. 23 Euro geschätzt und ist damit als gering einzustufen. Der geringfügige Aufwand ergibt sich auch daraus, dass die Prognose gemäß § 136b Absatz 4 Satz 4 SGB V in der Regel mit den Vorjahreszahlen zu begründen ist. Der Aufwand hängt allerdings davon ab, welche Kriterien der G-BA gemäß § 136 Absatz 4 Satz 5 bundeseinheitlich für die zu treffende Prognose vorgibt.

Die voraussichtliche Zahl von Widersprüchen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gegen die getroffenen Prognosen (§ 136b Absatz 4 Satz 6 SGB V) wird als eher niedrig eingeschätzt, weil für die Abgabe der Prognose auf der Grundlage der Vorjahreszahlen regelmäßig eine klare Datenlage gegeben ist. Der Aufwand für die Bearbeitung eines Widerspruchs wird für die Krankenhausträger je nach Komplexität des Falles zwischen 7 bis 57 Euro geschätzt. Da nicht abschätzbar ist, in wie vielen Fällen Widersprüche eingelegt werden, ist der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifizierbar.

Qualitätszu- und -abschläge verursachen bei der DKG als Vertragspartei auf Bundesebene einen geschätzten einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 26 000 Euro. Im Rahmen der Verhandlungen vor Ort entsteht in der Folge je Zu- oder Abschlag ein geringer zusätzlicher Aufwand für die Krankenhäuser. Die Anzahl und die Geltungsdauer der künftig zu vereinbarenden Zu- und Abschläge lässt sich nicht solide schätzen.

Für die DKG entsteht im Jahr 2016 ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung verbindlicher Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge, der den Betrag von 5 000 Euro nicht übersteigen dürfte. Für die Krankenhausträger als Vertragspartner der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V entsteht ein einmaliger geringer nur schwer quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung dieser Verträge und für die Evaluation ihrer Wirkungen. Der Aufwand für die Umsetzung dieser Regelung wird im Wesentlichen von den Verhandlungspartnern bestimmt und ist abhängig vom Verlauf der Verhandlungen. Tendenziell dürfte der Erfüllungsaufwand je Vertrag den Aufwand von 5 000 Euro nicht überschreiten. Da nicht abschätzbar ist, wie viele Krankenhausträger Qualitätsverträge abschließen werden, ist der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifizierbar.

Geringer jährlicher Erfüllungsaufwand entsteht den Krankenhäusern zudem durch die Einführung der Informationspflicht, den Qualitätsbericht auf ihren Internetseiten zu veröffentlichen (§ 136b Absatz 7 Satz 3 SGB V). Bisher ist die Veröffentlichung der Berichte nur Aufgabe der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen. Da viele Nutzer, die sich über ein Krankenhaus informieren wollen, aber zunächst auf der Internetseite der Einrichtung selbst suchen, wird zur Erhöhung der Transparenz nunmehr auch den Krankenhäusern die Veröffentlichung ausdrücklich aufgegeben. Die weit überwiegende Zahl der Einrichtungen veröffentlicht die Qualitätsberichte aus Wettbewerbsgründen ohnehin bereits heute aus eigener Initiative. Der zusätzliche Aufwand des Krankenhauses, den aktuellen Bericht jährlich leicht auffindbar in das Informationsangebot einzustellen, wird auf rund 6 Euro geschätzt und ist somit als gering einzustufen. Legt man die Annahme zugrunde, dass etwa die Hälfte aller rund 2 000 Krankenhäuser die Qualitätsberichte heute bereits im Internet veröffentlichen, belaufen sich die zusätzlichen Bürokratiekosten auf eine geschätzte Höhe von insgesamt rund 6 000 Euro.

Erfüllungsaufwand in geringer Höhe wird bei den Krankenhäusern weiterhin dadurch verursacht, dass sie Daten der externen stationären Qualitätssicherung zu Indikatoren, die der G-BA für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen sowie für die Berücksichtigung bei der Krankenhausplanung auswählt, in kürzeren Zeitabständen übermitteln müssen. Der Aufwand für die geänderte Informationspflicht hängt maßgeblich von den Vorfestlegungen des G-BA ab, insbesondere zur Bestimmung der jeweiligen Leistungs- und Versorgungsbereiche (hiervon hängt auch die Zahl der betroffenen Krankenhäuser ab), zur Zahl der Indikatoren, zu den Zeitabständen, in denen die Daten übermittelt werden müssen, sowie zum Verfahren der Auswertung und Validierung. Er wird als gering eingeschätzt, da die Daten von den Krankenhäusern für die externe Qualitätssicherung ohnehin erhoben und übermittelt werden. Die Änderung gibt lediglich die Übermittlung in kürzeren Zeitabständen mittels Informationstechnik vor.

Sicherstellungszuschläge können bereits heute vereinbart werden. Durch die Präzisierung der Voraussetzungen und die Prüfung der Voraussetzungen durch die zuständige Landesbehörde kann der Verhandlungsaufwand je Sicherstellungszuschlag für die Vertragsparteien vor Ort vermindert werden und eine nicht quantifizierbare Entlastung entstehen.

Der G-BA hat ein Stufensystem zur Abbildung von Unterschieden vorgehaltener Notfallstrukturen festzulegen. Für die DKG entsteht im Jahr 2017 durch die auf dieser Grundlage zu treffende Vereinbarung über die Höhe und nähere Ausgestaltung der Zuschläge bzw. der Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 28 000 Euro. Darin ist der Erfüllungsaufwand für die dazu vorgesehene Unterstützung aller Vertragsparteien auf Bundesebene durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereits enthalten.

Zuschläge für besondere Aufgaben können bereits heute vereinbart werden. Durch die gesetzliche Präzisierung der Vorgaben ist bei den Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort

mit einer Verminderung fachlicher Konflikte und einer nicht quantifizierbaren Entlastung zu rechnen.

Für die Vereinbarung der Durchführung klinischer Sektionen, für die verbindliche Vorgabe einer Sektionsrate sowie für die Ermittlung einer angemessenen Höhe der Durchschnittskosten einer klinischen Sektion entsteht für die DKG im Jahr 2016 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 28 000 Euro.

Zur Kalkulation der Durchschnittskosten einer klinischen Sektion benötigt das von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Verband der PKV) zu beauftragende DRG-Institut von den Kalkulationshäusern zusätzliche, postmortal zu erhebende Daten. Legt man zur Schätzung des damit verbundenen Aufwands die den Kalkulationshäusern heute für die Datenübermittlung je Fall gewährte Pauschale in Höhe von 2 Euro zugrunde, ergibt sich bei 100 000 Todesfällen in der Kalkulationsstichprobe dauerhaft ein jährlicher Aufwand der Kalkulationshäuser in Höhe von rund 200 000 Euro.

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung und Weiterentwicklung eines Konzepts für eine repräsentative Kalkulationsbeteiligung entsteht der DKG im Jahr 2016 ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 40 000 Euro.

Um die Repräsentativität der Kalkulation zu erhöhen, sollte der Anteil der heute unter den Kalkulationshäusern unterproportional vertretenen Träger höher ausfallen, wodurch sich im Ergebnis die Gesamtzahl der aktuell 260 Kalkulationshäuser erhöht. Unter Berücksichtigung der heute gewährten Grundvergütung in Höhe von 14 000 Euro für die Teilnahme der Häuser an der Kalkulation sowie die je Fall gewährte Pauschale in Höhe von 2 Euro würde sich bei einer durchschnittlichen Zahl von 10 000 Fällen und 50 zusätzlichen Kalkulationshäusern der hierdurch dauerhaft jährlich entstehende Aufwand auf rund 1,7 Millionen Euro belaufen.

Für die Verhandlung über sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zur Vermeidung einer systematischen Überversütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen entsteht für die DKG im Jahr 2016 ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die entsprechenden Beratungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in Höhe von rund 15 000 Euro.

Die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewährung von Zuschlägen für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA verursachen bei Krankenhäusern als Verhandlungspartner vor Ort jeweils einen sehr geringen Erfüllungsaufwand. Die Anzahl entsprechender Richtlinien oder Beschlüsse des G-BA kann nicht vorausgeschätzt werden. Änderungen können sowohl mehrmals pro Jahr als auch in einem Jahr überhaupt nicht vorkommen. Der durch die verursachungsgerechte Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene entstehende Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser als Verhandlungspartner vor Ort ist nicht zuverlässig quantifizierbar. Zwar ist ab dem Jahr 2017 von den Vertragsparteien vor Ort für zusätzliche Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression oder für Leistungen, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind, die auf Landesebene vereinbarte Mindestabschlagsquote oder die durch § 10 Absatz 13 KHEntgG vorgegebene Dauer krankenhausesindividuell erhöht zu vereinbaren. Zugleich werden die Vertragsparteien vor Ort aber dadurch entlastet, dass nach dem Jahr 2016 die Kombination aus Versorgungszuschlag und Mehrleistungsabschlag entfällt. Ob beim einzelnen Krankenhaus im Saldo eine Be- oder Entlastung entsteht, hängt u. a. von dem jeweils vereinbarten Leistungszuwachs und dem Umfang an Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression ab.

Für die Krankenhausträger kann im Zusammenhang mit der Bildung eines Strukturfonds ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Erstellung der Antragsunterlagen für eine Förderung aus dem Strukturfonds entstehen. Die Höhe dieses Aufwands kann derzeit nicht quantifiziert werden, da er von der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen durch die Länder abhängt.

4.2.1 Bürokratiekosten der Wirtschaft

Für die Krankenhausträger ergeben sich Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel aus dem Strukturfonds nachprüfbar zu machen. Außerdem ergeben sich Dokumentationspflichten auf Grund des Erfordernisses einer Evaluierung der

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. In beiden Fällen dürften die Kosten den Betrag von jeweils 1 000 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar ist, für wie viele Krankenhäuser Fördermittel gewährt werden, ist die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifizierbar.

Durch die im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms bestehende Nachweispflicht der Einstellung oder Aufstockung zusätzlichen Pflegepersonals in der direkten Patientenversorgung gegenüber dem Bestand zum Stichtag 1. Januar 2015 entsteht für die Krankenhäuser befristeter zusätzlicher Aufwand. Dieser ergibt sich in den Jahren 2016 bis 2018 sowohl durch die zur Förderung erforderliche schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzlich beschäftigtes Personal, durch die Aufbereitung entsprechender Daten für die Budgetverhandlungen als auch durch die Pflicht zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch Testat des Jahresabschlussprüfers. In der Annahme, dass alle Allgemeinkrankenhäuser Fördermittel des Pflegestellen-Förderprogramms in Anspruch nehmen, entsteht für die Krankenhäuser in den Jahren 2016 bis 2018 jeweils zusätzlicher Aufwand in Höhe von rund 2,2 Millionen Euro.

Für die Krankenhäuser werden drei neue Informationspflichten eingeführt. Es handelt sich hierbei um die Informationspflicht der Krankenhäuser, die Leistungen erbringen, für die der G-BA Mindestmengen festgelegt hat, das Erreichen der Mindestmenge jährlich in Form einer begründeten Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Außerdem werden die Krankenhäuser verpflichtet, den Qualitätsbericht auf ihren Internetseiten zu veröffentlichen. Schließlich wird eine Verpflichtung der Krankenhäuser eingeführt, Daten der externen stationären Qualitätssicherung zu Indikatoren, die der G-BA für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen sowie für die Berücksichtigung bei der Krankenhausplanung auswählt, in kürzeren Zeitabständen zu übermitteln. Hierzu wird auf die vorstehenden Ausführungen verwiesen.

4.3 Erfüllungsaufwand für die Verwaltung

4.3.1 Erfüllungsaufwand Selbstverwaltung

Für die Selbstverwaltungspartner auf Seiten der Kostenträger (GKV-Spitzenverband und PKV) und den G-BA werden durch das neue Gesetz mehrere Vorgaben eingeführt, die neuen Erfüllungsaufwand mit sich bringen. Einmaliger Erfüllungsaufwand entsteht in den Jahren 2015 bis 2018. Der darüber hinaus periodisch anfallende Erfüllungsaufwand wird gesondert ausgewiesen.

Bei den neuen gesetzlichen Aufgaben des G-BA zur Festlegung insbesondere von

- Verfahrensregelungen für neue Mindestmengenvorgaben und Ausnahmeregelungen (§ 136b Absatz 3 SGB V),
- Vorgaben für eine patientenfreundlichere Gestaltung der Qualitätsberichte (§ 136b Absatz 6 SGB V),
- vier Leistungen oder Leistungsbereichen für Qualitätsverträge (§ 136b Absatz 8 SGB V)
- geeigneten Leistungen oder Leistungsbereichen für Qualitätszu- und -abschläge (§ 136b Absatz 9 SGB V)
- planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (§ 136c Absatz 1 SGB V),
- Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen (§ 136c Absatz 3 SGB V),
- einem gestuften System von Notfallstrukturen (§ 136c Absatz 4 SGB V)
- Durchsetzungsregelungen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen (§ 137 Absatz 1 SGB V) sowie
- Durchführungsbestimmungen für die Kontrollen der Qualitätsvorgaben durch den MDK (§ 137 Absatz 3 SGB V)

handelt es sich um Aufträge an einen untergesetzlichen Normengeber, deren Umsetzung nicht als Umstellungs- oder Erfüllungsaufwand zu qualifizieren ist.

Dem G-BA entsteht nicht quantifizierbarer jährlicher Erfüllungsaufwand durch die Aufgabe, den Krankenkassen und den Krankenhäusern für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen regelmäßig möglichst aktuelle einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu den hierfür relevanten Qualitätsindikatoren zur Verfügung zu stellen (§ 136b Absatz 9 SGB V). Der Aufwand wird wesentlich durch die Vorfestlegungen des G-BA beeinflusst. Er hängt vor allem davon ab, wie viele Leistungen und Leistungsbereiche für die qualitätsorientierte Vergütung ausgewählt werden, wie viele Indikatoren in die Bewertung einbezogen sind, in welchen Zeitabständen die Daten übermittelt, welche Vorgaben für die Auswertung durch das Institut nach § 137a SGB V getroffen werden und in welcher Form der G-BA die Informationen den Vereinbarungspartnern zur Verfügung stellt. Für Letzteres ist in der Regelung nur beispielhaft die Übermittlung über eine Internetplattform genannt. Es wird insgesamt von einem Erfüllungsaufwand in geringer Höhe ausgegangen, da die Daten im Rahmen der externen Qualitätssicherung bereits erhoben und ausgewertet werden; es werden lediglich Zwischenauswertungen in kürzeren Zeitabständen gefordert. Diese sowie die Unterrichtung der Krankenkassen und Krankenhäuser werden voraussichtlich weitgehend mit Hilfe moderner Informationstechnik erfolgen.

Ebenfalls nicht quantifizierbar ist der jährliche Erfüllungsaufwand des G-BA durch die Verpflichtung, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur deren Bewertung zu übermitteln (§ 136c Absatz 2 SGB V). Der Aufwand hierfür wird insbesondere bestimmt durch Art und Zahl der vom G-BA festzulegenden planungsrelevanten Indikatoren, die Anzahl der hiervon betroffenen Krankenhäuser, die Anforderungen an die Durchführung der regelmäßigen Auswertungen (z. B. an Validierung und Risikoadjustierung der Daten), das zeitliche Intervall der Auswertungen, die Komplexität der Bestimmung von Bewertungskriterien sowie die Form der Übermittlung der Informationen an die Länder. Insgesamt ist aber von einem eher geringen jährlichen Erfüllungsaufwand auszugehen, da die Daten im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung ohnehin erhoben und ausgewertet werden müssen; es haben damit lediglich Zwischenauswertungen in kürzeren Zeitabständen zu erfolgen. Synergieeffekte mit den Auswertungen zur qualitätsorientierten Vergütung sind möglich.

Nicht quantifizierbar ist auch der Erfüllungsaufwand, der durch die Verpflichtung des G-BA zur Begleitevaluation neuer Mindestmengenfestlegungen entsteht. Der Aufwand wird maßgeblich dadurch bestimmt, wie viele Mindestmengen künftig vom G-BA festgelegt werden, wie viele Krankenhäuser von den neuen Festlegungen betroffen sein werden und wie anspruchsvoll sich die Evaluation der Auswirkungen dieser Mindestmengen auf die Versorgungsqualität gestaltet.

Geringer, nicht quantifizierbarer Umstellungs- und Erfüllungsaufwand entsteht dem G-BA durch die Regelung nach § 137a Absatz 11 SGB V, nach der er das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen damit zu beauftragen hat, den zuständigen Landesbehörden auf Antrag für Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung auch einrichtungsbezogene und personenbeziehbare (pseudonymisierte) Daten der externen Qualitätssicherung zur Verfügung zu stellen. Der Aufwand zur Prüfung der Anträge und zur Übermittlung der Daten ist insbesondere abhängig von der künftigen Zahl und dem Inhalt solcher Anträge und den daraus resultierenden Datenübermittlungen. Er wird als gering eingeschätzt, weil die Krankenhausplanungsbehörden der Länder vom G-BA künftig bereits regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erhalten (§ 136c Absatz 2 SGB V).

Die Vereinbarung der Höhe und der näheren Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge verursacht bei den Selbstverwaltungspartnern der Kostenträgerseite einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 26 000 Euro sowie in der Folge je Zu- und Abschlag einen nur geringen Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen als Verhandlungspartner vor Ort. Die Anzahl und die Geltungsdauer der künftig zu vereinbarenden Zu- und Abschläge lässt sich nicht solide schätzen.

Für den GKV-Spitzenverband entsteht im Jahr 2016 ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung verbindlicher Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge, der den Betrag von 5 000 Euro nicht übersteigen dürfte.

Für die Krankenkassen als Vertragspartner der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V entsteht ein einmaliger geringer, nur schwer quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung dieser Verträge und für die Evaluation ihrer Wirkungen. Der Aufwand für die Umsetzung dieser Regelung wird im Wesentlichen von den Verhandlungspartnern bestimmt und ist abhängig vom Verlauf der Verhandlungen. Tendenziell dürfte der Erfüllungsaufwand je Vertrag den Aufwand von 5 000 Euro nicht überschreiten. Da nicht abschätzbar ist, wie viele Krankenkassen Qualitätsverträge abschließen, ist der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifizierbar.

Die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen verursachen bei den Krankenkassen als Verhandlungspartner vor Ort und bei den Landesbehörden als Prüfinstanz für Sicherstellungszuschläge jeweils einen einmaligen sehr geringen Erfüllungsaufwand. Die Anzahl künftiger Sicherstellungszuschläge kann nicht quantifiziert werden.

Der G-BA hat ein Stufensystem zur Abbildung von Unterschieden vorgehaltener Notfallstrukturen festzulegen. Für die Selbstverwaltungspartner der Kostenträgerseite entsteht im Jahr 2017 durch die auf dieser Grundlage zu treffende Vereinbarung über die Höhe und nähere Ausgestaltung der Zuschläge bzw. des Abschlags für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 77 000 Euro. Darin ist der Erfüllungsaufwand für die dazu vorgesehene Unterstützung aller Vertragsparteien auf Bundesebene durch das InEK bereits enthalten.

Die Zuschläge zur Vergütung von besonderen Aufgaben verursachen bei den Selbstverwaltungspartnern der Kostenträgerseite einen einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 28 000 Euro sowie jeweils einen sehr geringen Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen als Verhandlungspartner vor Ort. Durch die Präzisierung der gesetzlichen Regelungen dürfte es gleichzeitig zu einer Verminderung fachlicher Konflikte kommen, so dass insgesamt eine nicht quantifizierbare Entlastung angenommen werden kann.

Für die Vereinbarung der Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen, für die verbindliche Vorgabe einer Sektionsrate sowie für die Ermittlung einer angemessenen Höhe der Durchschnittskosten einer klinischen Sektion entsteht für die Selbstverwaltungspartner der Kostenträgerseite im Jahr 2016 einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 75 000 Euro. In diesem Betrag ist der Erfüllungsaufwand des InEK für die konzeptionelle Entwicklung der Kalkulation mit rund 30 000 Euro bereits berücksichtigt. Darüber hinaus entsteht für das InEK jährlich anfallender Erfüllungsaufwand durch regelmäßige Anpassungen der Kalkulation klinischer Sektionen in Höhe von rund 16 000 Euro.

Im Jahr 2016 entsteht für die Selbstverwaltungspartner der Kostenträgerseite im Zusammenhang mit der Erarbeitung und kontinuierlichen Weiterentwicklung eines Konzepts für eine repräsentative Kalkulationsbeteiligung einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 80 000 Euro. Darin ist sowohl der Aufwand des InEK für die Entwicklung des Konzeptes als auch die entsprechenden Beratungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene enthalten. Darüber hinaus entsteht für das InEK jährlich zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 390 000 Euro durch die Betreuung zusätzlicher Kalkulationshäuser.

Für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zur Vermeidung einer systematischen Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen entsteht für die Selbstverwaltungspartner der Kostenträgerseite im Jahr 2016 einmaliger Erfüllungsaufwand für die konzeptionelle Entwicklung des Konzeptes durch das InEK als auch die entsprechenden Beratungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene in Höhe von rund 30 000 Euro. Darüber hinaus entsteht für das InEK weiterer Aufwand für die jährliche Analyse entsprechender Verzerrungen in Höhe von rund 8 000 Euro pro Jahr.

Die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewährung von Zuschlägen für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA verursachen bei den kostenträgerseitigen Vertragsparteien auf Bundesebene einen Erfüllungsaufwand in Höhe von

etwa 28 000 Euro sowie jeweils einen sehr geringen Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen als Verhandlungspartner vor Ort. Die Anzahl entsprechender Richtlinien oder Beschlüsse des G-BA kann nicht vorausgeschätzt werden. Änderungen können sowohl mehrmals pro Jahr als auch in einem Jahr überhaupt nicht vorkommen.

Der GKV-Spitzenverband und die PKV haben als kostenträgerseitige Vertragsparteien auf Bundesebene im Rahmen der Verlagerung der Mengensteuerung auf die Ortsebene die Aufgabe, Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag zu vereinbaren. Hierdurch entsteht ihnen ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von etwa 28 000 Euro.

Durch die Pflicht der Krankenkassen, den GKV-Spitzenverband über die zusätzlichen Stellen zu informieren, die mit dem Pflegestellen-Förderprogramm gefördert werden, entsteht den Krankenkassen in den Jahren 2016 bis 2018 jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 20 000 Euro. Darüber hinaus entsteht beim GKV-Spitzenverband durch den zu erstellenden Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm für einen gleichen Zeitraum zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 5 000 Euro pro Jahr.

4.3.2 Erfüllungsaufwand Bund

Für das Bundesministerium für Gesundheit entsteht durch die Errichtung eines Strukturfonds (§§ 12 bis 14 KHG) ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch den Erlass einer Rechtsverordnung zur Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben. Die Höhe des Aufwands ist abhängig von den Vertragspartnern und dem Verhandlungsverlauf, dürfte aber den Betrag von 10 000 Euro nicht übersteigen. Darüber hinaus entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit ein dauerhafter Erfüllungsaufwand für die Laufzeit des Strukturfonds auf Grund der Notwendigkeit, die Durchführung des Fonds zu begleiten und zwischen Bundesversicherungsamt und den Ländern zu koordinieren. Der Mehraufwand wird im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel des Einzelplans 15 gedeckt.

Dem Bundesversicherungsamt (BVA) entsteht im Zusammenhang mit der Errichtung des Strukturfonds vorübergehend Personalmehraufwand. Dieser kann nach einer ersten sehr groben Schätzung des BVA maximal 7 Personenjahre betragen. Näheres wird im Rahmen des Haushaltsaufstellungsverfahrens 2016 abgestimmt. Außerdem entsteht dem BVA ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Beauftragung einer Auswertung der zu den durch den Strukturfonds bewirkten Strukturverbesserungen. Dieser dürfte den Betrag von ca. 50 000 Euro nicht übersteigen. Der dem BVA entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Strukturfonds zur Verfügung zu stellenden Mittel von 500 Millionen Euro gedeckt.

4.3.3 Erfüllungsaufwand Länder

Den Ländern entsteht Erfüllungsaufwand durch die Stellung von Anträgen auf Förderung von Vorhaben aus dem Strukturfonds. Der administrative Aufwand hierfür ist derzeit nicht abschätzbar, da er auch von der Ausgestaltung der Förderkriterien abhängt, die bis zum 31. Dezember 2015 vereinbart werden. Außerdem hängt der Mehraufwand davon ab, in welchem Umfang für einzelne Vorhaben bereits Vorarbeiten geleistet worden sind. Für die Prüfung der Verwendung der Fördermittel entsteht je Vorhaben ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand, der 2 000 Euro nicht übersteigen dürfte. Da die Anzahl der geförderten Vorhaben nicht abschätzbar ist, kann der gesamte hierfür entstehende Erfüllungsaufwand nicht quantifiziert werden.

5. Weitere Kosten

Für die PKV ergeben sich aus den Maßnahmen des Gesetzes ab dem Jahr 2016 insgesamt jährliche Mehraufwendungen. Diese belaufen sich aufsummiert 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.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

7. Demografie

Zu den wesentlichen Zielsetzungen dieses Gesetzes gehört die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und wohnortnahen stationären Versorgung der Bevölkerung. Hierzu zählt vor allem auch die gute Erreichbarkeit bedarfsnotwendiger stationärer Versorgungseinrichtungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Mit den Regelungen zur Stärkung des Sicherstellungszuschlags und zur Differenzierung der Zuschläge für die Notfallversorgung wird den Anforderungen an die stationäre Versorgung eines demografisch bedingten, veränderten Krankheitspektrums Rechnung getragen.

Durch die Einrichtung eines Strukturfonds wird ein Umstrukturierungsprozess der Krankenhausversorgung initiiert. Der Fonds stellt u. a. Fördermittel zur Verfügung, um Krankenhäuser in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen wie zum Beispiel Gesundheits- oder Pflegezentren umzuwandeln. Damit wird u. a. auch den demografischen Veränderungen insbesondere in ländlichen Regionen Rechnung getragen.

Auch das Pflegestellen-Förderprogramm zur Stärkung der Pflege am Bett ist u. a. auf demografiebedingte erhöhte Versorgungsbedarfe – vor allem bei an Demenz erkrankten und langzeitpflegebedürftigen Patientinnen und Patienten – mit erhöhtem Zuwendungsbedarf ausgerichtet. Zudem soll eine Expertinnen- und Expertenkommission prüfen, ob der Pflegebedarf im DRG-System sachgerecht abgebildet wird. Je nach Prüfergebnis kann die Kommission Vorschläge zur sachgerechten Abbildung des Pflegebedarfs unterbreiten.

Die in den gesetzlichen Maßnahmen enthaltenen Regelungen zur verursachungsgerechten Berücksichtigung von Effizienzgewinnen bei Steigerungen der Behandlungsfälle zielen auf betriebswirtschaftlich bedingte sinkende Fixkosten.

Die Ermöglichung von Qualitätszu- und -abschlägen kann auch dazu beitragen, Qualitätssteigerungen bei der Behandlung komplexer altersbedingter Erkrankungen zu fördern.

VII. Befristung; Evaluation

Eine Befristung erfolgt bei den Qualitätsverträgen, bei denen Krankenkassen und Krankenhäuser für vier vom G-BA bis zum 31. Dezember 2017 zu bestimmende planbare Leistungen oder Leistungsbereiche erproben sollen, inwieweit sich die weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsstandards erreichen lässt. Der Zeitpunkt der Befristung ist von dem GKV-Spitzenverband und der DKG in den Rahmenvorgaben gemäß § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V verbindlich festzulegen. Zusammen mit der nach Abschluss des vierjährigen Erprobungszeitraums vorgesehenen Evaluation sollen Erfahrungen gesammelt werden, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität durch den Abschluss von Qualitätsverträgen verbessert hat. Eine Befristung der sonstigen Regelungen ist nicht vorgesehen.

Des Weiteren ist auf die jährlichen Berichte der Krankenhäuser über die Qualitätsentwicklung ihrer Leistungen hinzuweisen, die erweitert (§ 136b Absatz 6 ff. SGB V) und so strukturiert werden, dass sie eine Bewertung der Zielerreichung gesetzlicher Maßnahmen leichter ermöglichen. Zusätzlich obliegt dem G-BA schon seit längerem die Aufgabe, kontinuierlich den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu verfolgen und von ihm getroffene Qualitätssicherungsmaßnahmen zu evaluieren. Es ist vorgesehen, dass er hierüber in regelmäßigen Abständen berichtet (§ 136d SGB V). Diese Evaluationsverpflichtung bezieht sich auch auf die vom G-BA durch dieses Gesetz zu verantwortenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und soll nach Möglichkeit erstmals nach fünf Jahren umgesetzt werden. Darüber hinaus umfassen die konkretisierten Vorgaben für die Festlegung von Mindestmengen die Verpflichtung, bei neuen Mindestmengen eine möglichst zeitnahe Begleitevaluation sowie eine darauf aufbauende Anpassung der Regelungen vorzunehmen (§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 3 Satz 3 SGB V).

Der Strukturfonds (§ 12 KHG) zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, zum Abbau von Überkapazitäten und zur Umwandlung stationärer in ambulante Einrichtungen soll hinsichtlich der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Förderung überprüft werden. Das BVA hat hierzu eine begleitende Auswertung in Auftrag zu geben (§ 14 KHG).

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG)

Zu Nummer 1 (§ 1 Absatz 1)

Mit der Änderung wird das Zielkriterium der qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Krankenhäusern eingeführt. Für die Krankenhausplanung als Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern wird damit ein zusätzliches gesetzliches Zielkriterium zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern aufgenommen. Der weitere Gestaltungsprozess der Krankenhausplanung erfordert neben dem Ziel der bedarfsgerechten Versorgung auch die Verankerung von Aspekten der Qualitätssicherung bei der stationären Versorgung. Die Ausrichtung einer patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung in den Krankenhäusern steht mit der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in einem unmittelbaren Zusammenhang. Als patientengerecht ist eine Versorgung anzusehen, die sich an den Wünschen der Patienten orientiert, auch für die Dauer ihrer Eingliederung in die Krankenhausorganisation und während ihrer medizinischen Behandlung als Personen mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen zu werden. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ist ohne eine Sicherstellung des allgemeinen Standards der Krankenhausversorgung mit Qualitätssicherungsaspekten nicht durchgreifend zu festigen und zu bewirken.

Mit der Verankerung des neuen Zielkriteriums der patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung werden die Planungsinhalte erweitert und damit die Anforderungen an leistungsfähige Krankenhäuser erhöht. Die Änderung bewirkt zudem, dass die Länder bei den nach § 6 aufzustellenden Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen das in Absatz 1 neu aufgenommene Ziel einer patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung umzusetzen haben.

Zu Nummer 2 (§ 6 Absatz 1a)

Die Aufstellung der Krankenhauspläne nach § 6 ist unter Verwirklichung des in § 1 Absatz 1 neu aufgenommenen Zielkriteriums auch an einer qualitätsgesicherten Krankenhausversorgung auszurichten. Die Regelung in Absatz 1a sieht vor, dass die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Bestandteil der Krankenhauspläne werden. Der G-BA beschließt nach § 136c Absatz 1 SGB V planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und übermittelt die Beschlüsse zu diesen Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung. Ebenso werden den zuständigen Landesbehörden nach § 136c Absatz 2 SGB V durch den G-BA regelmäßig einrichtungsbezogen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Mit der Einbeziehung der Empfehlungen des G-BA in die Krankenhauspläne werden die Länder in der Zielausrichtung hin zu qualitätsorientierten Entscheidungen in der Krankenhausplanung unterstützt. Die Länder haben im Rahmen ihrer Planungshoheit die Möglichkeit, durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entweder generell auszuschließen oder einen Ausschluss nur einzelner Qualitätsindikatoren vorzusehen. Im Fall eines generellen Ausschlusses entfalten die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren keine Rechtsverbindlichkeit in dem jeweiligen Land. Das betreffende Land kann aber in Bezug auf jeden einzelnen vom G-BA beschlossenen Qualitätsindikator entscheiden, ob und gegebenenfalls in welcher Form er Bestandteil des Krankenhausplans werden soll. Außerdem haben die Länder die Möglichkeit, weiter gehende Qualitätsanforderungen in ihrer Krankenhausplanung zu verankern. So können sie etwa

festlegen, dass die Nichtbeachtung der für ein Krankenhaus geltenden Qualitätssicherungsmaßnahmen des SGB V planungsrechtliche Konsequenzen haben kann.

Zu Nummer 3 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Mit den Neuregelungen in den Absätzen 1a bis 1c werden die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass eine nicht oder nicht mehr ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan eines Landes hat. Das Ziel, eine ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung der in einem Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser sicherzustellen, dient einem hohen Schutzgut des Allgemeinwohls, indem die stationäre Versorgung der Bevölkerung mit einem qualitätsgesicherten Standard gewährleistet wird. Die Nichtaufnahme bzw. Herausnahme von Krankenhäusern, die die für sie relevanten Qualitätsanforderungen in einem erheblichen Maß und nicht nur vorübergehend nicht erfüllen, ist auch im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG Beschluss v. 4.3.2004 – BvR 88/00) als ein gegenüber diesem hohen Schutzgut verhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit der betroffenen Krankenhäuser anzusehen.

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA werden nach der Regelung in § 6 Absatz 1a Bestandteil des Krankenhausplans des jeweiligen Landes und damit verbindlich für die Krankenhausplanung. Die neuen Absätze 1a und 1b legen deshalb fest, dass Voraussetzung für die Aufnahme und den Verbleib eines Krankenhauses im Krankenhausplan eines Landes ist, dass das Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf der Grundlage der vom G-BA hierzu nach § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien eine ausreichend gute Qualität aufweist. Gleiches gilt für Krankenhäuser, die die maßgeblichen landesrechtlichen Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Darüber hinaus ist ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, wenn die Vertragsparteien nach § 5 Absatz 3a KHEntgG wiederholt Qualitätsabschläge vereinbart haben. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit müssen hierfür mindestens zwei Mal in Folge für die gleiche Leistung oder den gleichen Leistungsbereich Qualitätsabschläge vereinbart worden sein. Dem Land verbleibt die Entscheidungshoheit über die Aufnahme bzw. den Verbleib des Krankenhauses im Krankenhausplan, als es im Einzelfall festzustellen hat, ob das Krankenhaus in einem erheblichen Maß und nicht nur vorübergehend unzureichende Qualität aufweist. Die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die Rechte des Krankenhauses ist im jeweiligen konkreten Fall zu prüfen. Dabei hat das Land neben den vom G-BA übermittelten Maßstäben und Bewertungskriterien soweit möglich auch die übermittelten Auswertungsergebnisse nach § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V zugrunde zu legen. Die Feststellung der unzureichenden Qualität kann auch nur eine oder mehrere Fachabteilungen eines Krankenhauses betreffen. Die Entscheidung über Nichtaufnahme bzw. Verbleib im Krankenhausplan ist dann nur auf diesen Teil des Krankenhauses zu beschränken.

Mit der Regelung in Absatz 1c wird klargestellt, dass die in den Absätzen 1a und 1b geregelten rechtlichen Konsequenzen nicht greifen, wenn das Land die Verbindlichkeit der Empfehlungen des G-BA für die Krankenhausplanung nach § 6 Absatz 1a Satz 2 erster Halbsatz ausgeschlossen hat.

Zu Buchstabe b

Im Rahmen der Krankenhausplanung haben nach § 1 Absatz 2 Satz 2 die zuständigen Landesbehörden auch die wirtschaftliche Sicherung nicht öffentlicher Krankenhausträger zu gewährleisten. Dies kann dazu führen, dass ein privates oder freigemeinnütziges Krankenhaus mit einer geringeren Versorgungsqualität im Rahmen der Krankenhausplanung gegenüber einem öffentlichen Krankenhaus nur deshalb bevorzugt wird, weil die Trägergruppe der freigemeinnützigen oder privaten Krankenhäuser unterrepräsentiert ist. Zur Sicherstellung der von den Ländern zukünftig zu bewirkenden Ausrichtung der Krankenhausplanung auch auf Qualitätsaspekte und Qualitätsindikatoren wird mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 2 festgelegt, dass die Trägervielfalt nur zu berücksichtigen ist, wenn die Qualität der Leistungen gleichwertig ist.

Zu Nummer 4 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung werden abgelaufene Fristen im Bereich der Investitionskostenfinanzierung gestrichen, die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus dem Jahr 2009 eingeführt worden waren.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit den Änderungen in Satz 1 wird zunächst eine abgelaufene Frist gestrichen. Durch die Ergänzungen wird zudem vorgegeben, dass für die Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 entsprechend den Vorgaben nach § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen ist. Ähnlich wie bei den Kalkulationen der Entgeltsysteme nach den §§ 17b und 17d ist dies bislang nicht gewährleistet. So beteiligen sich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen derzeit z. B. keine Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Durch eine repräsentative Kalkulationsgrundlage soll entsprechenden Mängeln begegnet werden. Dabei ist davon auszugehen, dass eine repräsentative Kalkulationsgrundlage nicht in einem Schritt, sondern erst nach und nach realisiert werden kann. Im Falle der Nichteinigung auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage (inkl. Maßnahmen zu seiner effektiven Umsetzung) wird die Anrufung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 eröffnet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung werden abgelaufene Fristen im Bereich der Investitionskostenfinanzierung gestrichen, die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus dem Jahr 2009 eingeführt worden waren.

Zu Nummer 5 (§§ 12 bis 14)

Mit den neuen §§ 12 bis 14 wird auf Bundesebene ein Fonds errichtet (Strukturfonds), aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Die Planung der Krankenhausversorgung ist im Rahmen der Daseinsvorsorge Aufgabe der Länder. Um die Länder bei dem anstehenden Umstrukturierungsprozess zu unterstützen, werden in dem Strukturfonds einmalig Mittel von 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV bereitgestellt. Die Maßnahmen werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag zusätzlich leisten. So wird für die strukturverbessernden Maßnahmen insgesamt ein Betrag von bis zu 1 Milliarde Euro zur Verfügung stehen. Die Länder müssen im Übrigen im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittliche Höhe ihrer Mittel zur Investitionsförderung der Jahre 2012 bis 2014 beibehalten und sie um die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm erhöhen.

Zu § 12

Zu Absatz 1

Mit dem nach Absatz 1 beim Bundesversicherungsamt zu errichtenden Strukturfonds sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur der Krankenhausversorgung gefördert werden. Der notwendige Strukturwandel zum Zweck einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung hat sich in den vergangenen Jahren nur langsam entwickelt. Mit den Mitteln des Strukturfonds kann z. B. die Schließung von Krankenhäusern (§ 9 Absatz 2 Nummer 5) oder die Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere ihre Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen (§ 9 Absatz 2 Nummer 6), finanziert werden. Überzählige Kapazitäten können weiterhin in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen (Gesundheits- und Pflegezentren) umgewidmet werden. Aus dem Fonds können neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben.

Die Höhe der Mittel im Strukturfonds ist auf 500 Millionen Euro begrenzt. Dieser Betrag wird nach dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 auf die Länder aufgeteilt. Damit wird festgelegt, in welcher Höhe jedem Land Mittel zur Abrufung aus dem Strukturfonds zur Verfügung stehen. Voraussetzung dafür, dass ein Land seinen Anteil ausschöpfen kann, ist, dass es bis zum 31. Juli 2017 entsprechende Anträge beim Bundesversicherungsamt stellt. Damit steht rechtzeitig fest, ob und in welchem Umfang die

Regelung in Absatz 1 Satz 5 zur Anwendung kommt. Danach können, falls der einem Land zustehende Anteil durch diese Anträge nicht ausgeschöpft wird, die nicht verbrauchten Mittel von anderen Ländern abgerufen werden.

Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen erhöht sich das Fördervolumen von 500 Millionen Euro um den entsprechenden Betrag. Die geförderten Strukturvorhaben kommen sowohl den gesetzlich als auch den privat versicherten Krankenhauspatienten zugute. Daher ist es sachlich gerechtfertigt, wenn sich die privaten Versicherungsunternehmen an dieser Aufgabe finanziell entsprechend ihrem Versichertenanteil mit einem angemessenen Beitrag an den Gesamtkosten beteiligen.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln. Gefördert werden dürfen nach Satz 1 Nummer 1 nur neue Vorhaben. Satz 1 Nummer 1 knüpft hierfür zeitlich an den Beginn des zu fördernden Vorhabens an. Unschädlich ist es daher, wenn mit der Planung eines Vorhabens bereits im Jahr 2015 begonnen worden ist. Die Ausführung der Planung darf dagegen erst im Jahr 2016 erfolgen. Da die Länder sich nach Satz 1 Nummer 2 an den Kosten einer Maßnahme zur Hälfte zu beteiligen haben, ist die Förderung eines Vorhabens aus dem Strukturfonds auf 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten begrenzt. Die Länder haben aber die Möglichkeit, den Träger der Einrichtung, die gefördert werden soll, an der Finanzierung des Vorhabens zu beteiligen. In diesem Fall ist der Finanzierungsanteil des Trägers auf den Anteil des Landes anzurechnen. Nach Satz 1 Nummer 3 wird vorgegeben, dass sich die Länder bei Inanspruchnahme der Fördermittel zu verpflichten haben, im Zeitraum von 2016 bis 2018 mindestens ihre jeweilige durchschnittliche Investitionskostenfinanzierung aus den Jahren 2012 bis 2014 beizubehalten und diese um den Betrag zu erhöhen, der sich aus der Ko-Finanzierung nach Satz Nummer 2 ergibt. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm nicht auf die Landesmittel zur Investitionsförderung angerechnet werden. Schließlich müssen die in Absatz 3 zu vereinbarenden Förderkriterien erfüllt sein.

Das BVA und die Länder treffen ihre jeweiligen Entscheidungen über die Bereitstellung von Fördermitteln unabhängig voneinander und in eigener Verantwortung. Insbesondere besteht keine Voreingrifflichkeit der Entscheidungen des BVA in der Weise, dass ein Land auf eine Zuteilung von Mitteln aus dem Strukturfonds durch das BVA angewiesen wäre, um seine gesetzlichen Verpflichtungen erfüllen zu können.

Satz 2 soll Überschneidungen mit Förderungen nach dem Kommunalinvestitionsförderungsgesetz ausschließen. Daher wird klargestellt, dass die vom Land auf Grund des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes aufzubringenden Mittel weder auf die von den Ländern zu erbringende Ko-Finanzierung im Rahmen des Strukturfonds noch auf die in den Jahren 2016 bis 2018 von den Ländern aufzubringenden Investitionsmittel angerechnet werden dürfen.

Die Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Strukturfonds ist von den Ländern beim Bundesversicherungsamt zu beantragen. Das Bundesversicherungsamt verwaltet die Mittel und zahlt Fördermittel nach Prüfung des Antrags an das jeweilige Land aus. Die dem Bundesversicherungsamt in diesem Zusammenhang entstehenden Personal- und Sachkosten werden aus dem Strukturfonds gedeckt. Überzahlte oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind unverzüglich zu erstatten. Die Erstattung hat vorrangig durch Verrechnung der Rückzahlungsansprüche des Bundesversicherungsamts mit Ansprüchen des betroffenen Landes auf Auszahlung von Fördermitteln zu erfolgen.

Zu Absatz 3

Das Nähere über die Kriterien der Förderung und das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Es wird sichergestellt, dass die Fördermittel aus dem Strukturfonds nur zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser von den Ländern abgerufen werden dürfen. Außerdem wird festgelegt, welche Nachweise dem Bundesversicherungsamt zur Prüfung der Fördervoraussetzungen und der zweckgerechten Verwendung der Fördermittel vorzulegen sind (Absatz 3 Nummer 3).

Zu § 13

Die Entscheidung darüber, welche Vorhaben unter Heranziehung von Mitteln aus dem Strukturfonds durch Bereitstellung der erforderlichen Ko-Finanzierung gefördert werden sollen, trifft das Land im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der

Ersatzkassen. Das Land kann andere Institutionen, wie etwa die Landeskrankengesellschaft, in den Abstimmungsprozess für die Förderentscheidung einbeziehen.

In Satz 3 wird ausdrücklich klargestellt, dass kein Anspruch auf Förderung aus dem Strukturfonds besteht.

Zu § 14

§ 14 regelt das Nähere zur Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels. Diese Auswertung soll die Entscheidung über die Fortsetzung der Förderung vorbereiten. Zu diesem Zweck gibt das Bundesversicherungsamt eine Auswertung bei einem externen Sachverständigen in Auftrag, der die hierfür erforderlichen Angaben bei den Ländern anfordern kann. Die Aufwendungen für die Auswertung, die Grundlage für einen entsprechenden Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Deutschen Bundestag ist, werden aus den Mitteln des Strukturfonds gedeckt.

Zu Nummer 6 (§ 17a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge durch § 17b Absatz 1a.

Zu Nummer 7 (§ 17b)

Zu Buchstabe a

Der bisherige Absatz 1 wird redaktionell angepasst und erhält mit den Absätzen 1 und 1a eine neue Gliederung.

Zu Absatz 1

Die bisherigen Regelungen zum pauschalierenden DRG-Vergütungssystem für Krankenhäuser sind nahezu inhaltsgleich in dem neu gefassten Absatz 1 enthalten.

Da die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-Spitzenverband, Verband der PKV) bislang nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gezielt abzusenken oder abzustufen, wird diese Option nun verbindlich vorgegeben (vgl. Satz 5, zweiter Halbsatz). Weitere Vorgaben für eine verbindliche Umsetzung werden in § 9 Absatz 1c und Absatz 2 Satz 3 KHEntG gemacht.

Zudem wurde Absatz 1 um eine Verpflichtung für die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ergänzt, mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau der Übervergütung zu ergreifen (vgl. Satz 6). Dies kann durch eine möglichst sachgerechte Abbildung der Kostenverhältnisse für die Krankenhausleistungen gelingen. Um dies zu gewährleisten, wurden die Anforderungen an die Qualität der zu übermittelnden Kostendaten und die hierfür erfolgenden Plausibilisierungsprüfungen sukzessive während des Entwicklungsprozesses des Entgeltsystems ausgebaut. Zudem werden zusätzlich zu den regulären Datenlieferungen der Kalkulationshäuser ergänzende Daten erhoben, um die vorhandene Kalkulationsbasis zu differenzieren und um in Einzelfällen zeitnähere Informationen zu einzelnen Leistungen und deren Preisen nutzen zu können. Um Fehlanreize bei der Vergütung zu verhindern, sind zusätzlich auch geeignete Korrekturen bei der DRG-Kalkulation zu prüfen und vorzunehmen, wenn auf Grundlage der für die Kalkulation verfügbaren Kosten eine systematische Übervergütung der Leistungen entstehen würde. Eine systematische Übervergütung kann z. B. bei sinkenden Sachkosten und steigenden Landesbasisfallwerten entstehen. Trotz der bereits heute etablierten Maßnahmen können bei einerseits sinkenden Sachkosten und andererseits steigenden Landesbasisfallwerten deutliche Vergütungsfehlansätze nicht ausgeschlossen werden. Diese gilt es zu analysieren und ggf. geeignete korrigierende Maßnahmen zu ergreifen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden deshalb beauftragt, bis spätestens zum 30. Juni 2016 ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der kalkulierten DRG-Fallpauschalen zu vereinbaren. Das Konzept ist vom InEK zu entwickeln. Gelingt eine Einigung nicht, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.

Das entwickelte und vereinbarte Konzept ist jährlich anzuwenden. Entsprechende korrigierende Maßnahmen sind erstmals für das Kalkulationsjahr 2016 und damit für das DRG-System 2017 einzuleiten. Das regelgebundene und empiriebasierte Kalkulationsverfahren wird dadurch nicht in Frage gestellt. Durch entsprechende Korrekturen werden dem

Krankenhausbereich keine Mittel entzogen. Vielmehr ändern sich dadurch lediglich die relativen Bewertungen einzelner Entgelte. Durch sachgerechte Korrekturen kann im Rahmen der Kalkulation eine Übervergütung von Sachkosten vermieden werden und die Mittel kommen im Rahmen des relationalen Systems z. B. personalintensiven Leistungen zugute.

Durch eine weitere Ergänzung von Absatz 1 wird für Palliativstationen oder -einheiten die Option gestärkt, krankenhausindividuelle Entgelte anstelle von bundesweit kalkulierten, pauschalierten Entgelten zu verhandeln. Dazu wird diesen gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausindividuelle Entgelte vereinbaren möchten. Diese Regelung ersetzt für Palliativstationen oder -einheiten die in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen vorgesehene schiedsstellenfähige Vereinbarungslösung. Damit können Krankenhäuser zukünftig dauerhaft eigenständig entscheiden, ob sie die Versorgung von palliativmedizinisch zu versorgenden Menschen in Palliativstationen oder -einheiten über bundesweit kalkulierte Entgelte oder als besondere Einrichtung über krankenhausindividuell zu verhandelnde Entgelte abrechnen wollen. Können sich die Vertragsparteien vor Ort nicht über die Höhe der krankenhausindividuellen Entgelte einigen, ist wie bisher gemäß § 13 Absatz 1 i. V. m. § 11 Absatz 1 KHEntgG die Schiedsstelle anrufbar.

Zu Absatz 1a

Die im bisherigen Absatz 1 aufgeführten Zu- oder Abschläge werden nunmehr enumerativ in Absatz 1a genannt. Gesonderte Vorgaben oder Hinweise zu einzelnen Zu- oder Abschlägen sind in dieser allgemein gehaltenen Aufzählung nicht mehr enthalten, sondern sind nunmehr – sofern erforderlich – zu- oder abschlagsbezogen in den Normen des KHEntgG enthalten.

Bestandteil dieser Aufzählung sind nunmehr auch Zu- oder Abschläge für außerordentlich gute oder unzureichende Qualität (Nummer 3) sowie befristete Zuschläge zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen oder Richtlinien des G-BA resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und den Zusatzentgelten berücksichtigt werden konnten (Nummer 5). Nummer 5 umfasst dabei auch die bisherige Beschlusslage zur Neonatologie, d. h., auch für daraus resultierende Mehrkosten können befristet krankenhausindividuelle Zuschläge vereinbart werden.

Die Aufzählung der Zu- oder Abschläge ist nicht abschließend, d. h., es ist grundsätzlich möglich, weitere Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, sofern diese erforderlich sind. Zu nennen sind hier z. B. Zuschläge für die Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge in § 17b Absatz 1 und 1a.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird eine abgelaufene Frist für einen Arbeitsauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen. Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge in § 17b Absatz 1 und 1a.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Die Kalkulationen der stationären Entgeltsysteme nach §§ 17b und 17d basieren auf Ist-Kostendaten und Ist-Leistungsdaten von Krankenhäusern. Durch die detaillierte Basierung auf empirischen Daten, deren Datenqualität durch umfassende Plausibilisierungen sukzessive verbessert wurde, ist eine differenzierte Abbildung der Kostenverhältnisse in den Bewertungsrelationen der Entgeltsysteme möglich. Da die Entgeltsysteme jedoch auf einer freiwilligen Kalkulationsbeteiligung beruhen, können derzeit einzelne Trägergruppen oder Leistungsbereiche in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert sein oder sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen. Zwar sollte die praktizierte freiwillige Kalkulationsteilnahme grundsätzlich auch zukünftig beibehalten werden. Dennoch stößt sie an Grenzen, obwohl das InEK seit dem Kalkulationsjahr 2013 auf der Grundlage von Leistungs- und Strukturdaten aller Krankenhäuser einen Abgleich zwischen den an der Kalkulation

teilnehmenden Krankenhäusern und der Grundgesamtheit vornimmt und hieraus zusätzliche wichtige Hinweise für die klassifikatorische Weiterentwicklung des DRG-Systems gewinnt. Soweit für die Kalkulation die Kostendaten bestimmter Trägergruppen oder Leistungsbereiche nicht vorliegen, können diese auch nicht anderweitig belastbar abgeleitet werden. Sofern bestimmte Trägergruppen oder Leistungsbereiche sich systematisch einer Kalkulationsbeteiligung entziehen, kann dies zu Vergütungsfehlansreizen führen. Dies kann z. B. dazu führen, dass bestimmte Operationen zu hoch vergütet werden und damit ein Fehlanreiz zur Durchführung dieser Leistungen gesetzt wird oder dass eine Übervergütung von sachkostenintensiven Leistungen zu Lasten von pflegeintensiven Bereichen geht. Ziel muss es daher nach Satz 3 sein, die bestehende freiwillige Stichprobe durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser zu ergänzen und hierdurch eine sachgerechte und repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen.

Um eine repräsentative Kalkulation zu gewährleisten, haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (DKG, GKV-Spitzenverband, Verband der PKV) daher nach Satz 6 auf der Grundlage eines vom InEK zu erarbeitenden Vorschlags bis zum 31. Dezember 2016 ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsbeteiligung und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zu erarbeiten. Als Grundlage für die Herstellung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage sind Struktur- und Leistungsmerkmale der Grundgesamtheit heranzuziehen. Dabei ist davon auszugehen, dass eine repräsentative Kalkulationsgrundlage nicht in einem Schritt, sondern erst nach und nach realisiert werden kann. Für einen praktikablen Einstieg zur Gewährleistung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage sollte für das Kalkulationsjahr 2017 erreicht werden, ausgewählte Nicht-Kalkulationskrankenhäuser aus denjenigen Trägergruppen und Größenklassen zu einer Kalkulationsbeteiligung zu verpflichten, die bislang unterproportional an der Kalkulation teilnehmen. Soweit dies nicht bereits anfänglich möglich ist, können im Rahmen einer sukzessiven Weiterentwicklung für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage schrittweise weitere Merkmale und Merkmalskombinationen berücksichtigt werden.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben nach Satz 7 als Bestandteil des Konzepts für die Entwicklung und Weiterentwicklung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage auch geeignete Maßnahmen zur effektiven Umsetzung des Konzepts zu vereinbaren. Diese sind besonders wichtig, um die angestrebte repräsentative Kalkulationsgrundlage auch wirksam realisieren zu können. Dazu erhalten die Selbstverwaltungspartner die Befugnis, geeignete Krankenhäuser mit verbindlicher Wirkung zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, eine verpflichtende Kalkulationsteilnahme effektiv durchzusetzen, z. B. durch spürbare Sanktionsmaßnahmen. Ferner sind Maßnahmen zu vereinbaren, damit die verpflichteten Kalkulationskrankenhäuser die notwendigen Daten vollständig und im vorgegebenen Zeitrahmen zur Verfügung stellen und damit die Übermittlung von formal und inhaltlich uneingeschränkt verwertbaren Daten gewährleistet wird. Eine geeignete Maßnahme dafür, dass die Daten uneingeschränkt verwertbar sind, könnte z. B. auch eine befristete, verpflichtende externe Kalkulationsunterstützung sein, deren Kosten, die über das vom DRG-Systemzuschlag gedeckte Kostenvolumen hinausgehen, von der jeweiligen Einrichtung zu tragen wären. Zu vereinbaren sind zudem geeignete Maßnahmen, damit die inhaltliche Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend geprüft werden kann. Dem könnte durch erweiterte Prüfkompetenzen bei der Prüfung der Nachvollziehbarkeit der übermittelten Daten und deren Grundlagen Rechnung getragen werden.

Soweit die nach den Sätzen 6 und 7 von den Selbstverwaltungspartnern zu treffenden Entscheidungen nicht zustande kommen, hat nach Absatz 7 Satz 6 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen auf Antrag einer Vertragspartei zu treffen.

Zu Buchstabe d

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

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Entwicklungs- und Kalkulationsaufgaben der DRG-Systemzuschlag von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend zu erhöhen.

Zu Buchstaben bb

Mit der Änderung wird ein abgelaufener Zeitpunkt im Zusammenhang mit der DRG-Einführung im Jahr 2003 rechtsbereinigend gestrichen.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Absatz 6, der Vorgaben zur verpflichtenden DRG-Einführung im Jahr 2004 und zur Konvergenzphase ab 2005 macht, wird aufgehoben, da die Regelungen wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant sind.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 17b Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Buchstabe h

Mit der Änderung wird ein zeitlich abgelaufener Terminauftrag im Zusammenhang mit der DRG-Begleitforschung rechtsbereinigend gestrichen.

Zu Buchstabe i

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Absatz 9, der Vorgaben zur Vergabe eines gemeinsamen Forschungsauftrags zur Leistungsentwicklung im Jahr 2012 macht, wird aufgehoben, weil die Regelungen wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant sind.

Zu Buchstabe j

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 17b Absatz 1.

Zu Nummer 8 (§ 17c)

Zu Buchstaben a und b

Mit der Änderung werden Fristen zu abgelaufenen Zeitpunkten im Zusammenhang mit der Vereinbarung der DKG und dem GKV-Spitzenverband zu näheren Einzelheiten des Prüfverfahrens nach § 275 Absatz 1c SGB V und dem Schlichtungsausschuss auf Bundesebene rechtsbereinigend gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung gestaltet das Schlichtungsverfahren für Streitigkeiten, bei denen die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung gemäß § 275 Absatz 1c SGB V streitig bleibt, grundlegend um.

Es hat sich gezeigt, dass der mit der Einrichtung und Organisation der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene verbundene Verwaltungsaufwand angesichts der typischerweise geringen Höhe der streitigen Forderungen nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der erzielbaren Verfahrensvereinfachung und -beschleunigung steht. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass eine nennenswerte Zahl von Streitigkeiten durch die Schlichtungsausschüsse abschließend entschieden wird, so dass eine spürbare Entlastung der Sozialgerichte voraussichtlich nicht eintreten wird. Aus diesem Grund werden die Regelungen zur Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene nach Absatz 4 und 4b aufgehoben. Stattdessen wird geregelt, dass sich die beteiligten Parteien zur Beilegung von Streitigkeiten über die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung nach § 275c Absatz 1c SGB V gemeinsam auf eine unabhängige Schlichtungsperson verständigen können. Damit wird sowohl für die Streitigkeiten im Bagatellbereich als auch für höhere Streitigkeiten die Möglichkeit geschaffen, in unbürokratischer Art und Weise eine schnelle und verbindliche Streitbeilegung herbeizuführen. In beiden Fällen handelt es sich um ein freiwilliges Schlichtungsverfahren.

Die Entscheidung durch eine Schlichtungsperson gewährleistet eine schnellere und kostengünstigere Lösung als die Befassung eines Schlichtungsausschusses. Um eine wirksame

Entlastung der Sozialgerichte zu erreichen, wird die gerichtliche Überprüfbarkeit der Entscheidungen der Schlichtungsperson eingeschränkt. Nach dem Regelungsvorbild der Schiedspersonen nach § 76 Absatz 6 SGB XI sollen Anträge auf gerichtliche Aufhebung nur dann zulässig sein, wenn die Schlichtungsentscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Dies ist der Fall, wenn die Entscheidung an elementaren Verfahrensmängeln leidet (etwa bei Unwirksamkeit der Schlichtungsvereinbarung, Willkürentscheidungen oder Verstößen gegen das Gebot der Unparteilichkeit), oder wenn die Entscheidung der Schlichtungsperson die Grenzen der Regelungsmaterie überschreitet. Die Reduzierung der Kontrolldichte auf eine Evidenz- und Missbrauchskontrolle ist vor allem dadurch gerechtfertigt, dass die Bestellung einer Schlichtungsperson freiwillig und alternativ zum Verfahren vor dem Sozialgericht erfolgt.

Die fakultative Schlichtungsperson erhält ihre Entscheidungsmacht als außergerichtlicher Konfliktlöser ausschließlich von den Parteien selbst, die zur Verabredung der Streitschlichtung nicht verpflichtet sind. Die fakultative Schlichtungsperson ist damit nicht als Behörde im Sinne des § 1 Absatz 2 SGB X zu qualifizieren.

Zu Buchstabe d

§ 17c Absatz 4a, der den GKV-Spitzenverband und die DKG mit der Entwicklung und modellhaften Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG beauftragt, wird aufgehoben. Die Vertragspartner sind nach fachlicher Prüfung zu der gemeinsamen Einschätzung gekommen, dass entsprechende Auffälligkeitsprüfungen in der Praxis nicht erfolgreich realisierbar sind.

Zu Buchstabe e

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Aufhebung von § 17c Absatz 4a.

Zu Nummer 9 (§ 17d)

Zu Buchstabe a

Durch den ergänzten Satz 7 wird vorgegeben, dass für den Bereich des pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen entsprechend den Vorgaben nach § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich jeweils um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in § 17b Absatz 1 und 1a.

Zu Buchstabe c

Können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene für den Bereich des Entgeltsystems nach § 17d nicht auf ein Konzept nach Absatz 1 Satz 7 für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage (inkl. Maßnahmen zu seiner effektiven Umsetzung) einigen, wird die Anrufung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 eröffnet.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, da mehrere Jahre nach dem Ende der Einführungsphase des DRG-Systems eine zeitliche Abgrenzung zu der abgelaufenen vorherigen Konvergenzphase inzwischen verzichtbar ist.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung von § 17b Absatz 1 KHG. Gleichzeitig wird die bisherige Verweiskette rechtsbereinigend aufgelöst und stattdessen wird die bisherige Bezugsnorm inhaltsgleich wiedergegeben. Nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind demnach – wie bisher – psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen,

soweit im Krankenhausfinanzierungsgesetz oder in der Bundespflegesatzverordnung nichts Abweichendes bestimmt wird.

Zu Nummer 3 (§ 2)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung knüpft an die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes im Urteil vom 22. Mai 2014 (3 C 13/13) zum Begriff der Zentren und Schwerpunkte im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 an. Die Einrichtung muss sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden.

Eine Zuschlagsberechtigung für besondere Aufgaben im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes kann nur vorliegen, soweit die besonderen Aufgaben des Krankenhauses einem entsprechenden besonderen Versorgungsauftrag des jeweiligen Landes zu entnehmen sind. Das gilt auch für die in § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 beispielhaft aufgeführten Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie für entsprechende Schwerpunkte; ein Automatismus für Zuschläge für besondere Aufgaben besteht auch bei diesen Einrichtungen nicht. Der besondere Versorgungsauftrag führt wegen der Verknüpfung von Krankenhausplanungs- und Krankenhausfinanzierungsrecht dazu, dass auch entgeltrechtlich von einer zuschlagsberechtigten Einrichtung ausgegangen werden kann. Mit dem neuen Satz 4 wird deshalb ausdrücklich klargestellt, dass Voraussetzung für eine Zuschlagsberechtigung die Wahrnehmung besonderer Aufgaben ist, die der Einrichtung durch Entscheidung des jeweiligen Landes zugewiesen sind. Dabei kann der besondere Versorgungsauftrag im Krankenhausplan des Landes oder durch eine gleichartige Festlegung im Einzelfall erteilt werden.

Mit dem neuen Satz 5 wird zum einen klargestellt, dass entgeltrechtlich nur besondere Aufgaben berücksichtigt werden können, die nicht bereits in den DRG-Fallpauschalen abgebildet sind, nach sonstigen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes oder Regelungen des SGB V, wie z. B. mit den fallbezogenen Krebsregisterpauschalen nach § 65c SGB V, vergütet werden. Zum anderen wird ausdrücklich klargestellt, dass besondere Aufgaben, und damit zuschlagsfähig, auch Leistungen sein können, die nicht in der unmittelbaren stationären Patientenversorgung bestehen (so auch BVerwG a. a. O.).

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, da mehrere Jahre nach dem Ende der Einführungsphase des DRG-Systems eine zeitliche Abgrenzung zu der abgelaufenen vorherigen Konvergenzphase inzwischen verzichtbar ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine klarstellende Ergänzung des KHEntgG dahingehend, dass das von den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbarende Erlösbudget nicht Entgelte für Modellvorhaben nach § 63 SGB V umfasst. Eine entsprechende Regelung ist bereits Bestandteil der Bundespflegesatzverordnung; insoweit ist die redaktionelle Klarstellung im KHEntgG systemgerecht.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene im Jahr 2017 wird die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft. Zur Vermeidung von Fehlanreizen unterliegen auch die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils dem bisherigen dreijährigen

Mehrleistungsabschlag. Für das Jahr 2017 und die Folgejahre neu vereinbarte zusätzliche Leistungen unterliegen dem neuen Fixkostendegressionsabschlag.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung von § 17b Absatz 1 KHG.

Zu Buchstabe d

Ab dem Jahr 2017 werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen verursachungsgerecht bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigt. Dafür haben die Vertragsparteien vor Ort bei einem insgesamt für das Krankenhaus zu erwartenden Leistungsanstieg für gegenüber den Vorjahren jeweils zusätzlich vereinbarte bzw. abgerechnete DRG-Fallpauschalenleistungen (Zuwachs von Fallzahl und Schweregraden, d. h. Zuwachs des vereinbarten Casemixvolumens) die auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe und die durch § 10 Absatz 13 vorgegebene Dauer als Mindestabschlagshöhe und -dauer anzuwenden (Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13). Ein Fixkostendegressionsabschlag ist somit nur dann zu erheben, wenn in Saldo über alle Fallpauschalenleistungen eines Krankenhauses zusätzliche Leistungen vereinbart werden bzw. entstanden sind. Betriebswirtschaftliche Kostenvorteile entstehen durch die Erbringung zusätzlicher Mengen auch bei Leistungen, die in außerordentlich guter Qualität erbracht werden oder bei denen keine Gefahr eines Mengenanstiegs aus wirtschaftlichen Gründen besteht. Da die Verlagerung der Fixkostendegression von der Landesbasisfallwertebene auf die Ortsebene aufwandsneutral erfolgen soll, müssen diese Effekte zukünftig beim einzelnen Krankenhaus preismindernd berücksichtigt werden. Leistungen mit außerordentlich guter Qualität werden insoweit besser gestellt, als dass Krankenhäuser hierfür zukünftig Qualitätszuschläge erhalten können. Die Leistungen, die einem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, sind nach Ablauf der jeweiligen Geltung des Abschlags in den Folgejahren jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts abrechenbar. Zudem wird der Fixkostendegressionsabschlag – ebenso wie der Mehrleistungsabschlag – bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts weder erhöhend noch absenkend berücksichtigt.

Abweichend von der Anwendung der von den Vertragspartnern auf Landesebene festgelegten Mindestabschlagshöhe und der durch § 10 Absatz 13 vorgegebenen Dauer ist nach Satz 2 von den Vertragsparteien vor Ort ein höherer Abschlag oder eine längere Abschlagsdauer oder ein höherer Abschlag und eine längere Abschlagsdauer zu vereinbaren, soweit bei bestimmten zusätzlich vereinbarten Leistungen von einer höheren Fixkostendegression als den auf Landesebene vereinbarten Abschlagssätzen und der durch § 10 Absatz 13 vorgegebenen Dauer auszugehen ist. Entsprechendes gilt für die zusätzliche Vereinbarung von Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind. Eine längere Abschlagsdauer ist z. B. dann angezeigt, wenn die Leistungssteigerungen bei einem Krankenhaus erst zu einem späteren Zeitpunkt als der auf der Landesebene festgelegten Mindestabschlagsdauer zu sprungfixen Kosten führt. Auf eine Erhöhung von Abschlagshöhe und -dauer durch die Vertragsparteien vor Ort ist für diejenigen Leistungen zu verzichten, für welche die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben für eine Absenkung oder Abstufung der Bewertung vorgegeben haben.

Nicht in die Ermittlung der Abschlagssumme einzubeziehen sind nach Satz 3 die zusätzlich vereinbarten Leistungen, die durch den von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegten Ausnahmekatalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 ausgenommen sind. Auch Leistungen, für welche die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben für eine Absenkung oder Abstufung der Bewertung gemacht haben, werden nicht in die Ermittlung der Abschlagssumme einbezogen.

Für Leistungen eines Krankenhauses, die dadurch begründet sind, dass Leistungen zwischen Krankenhäusern verlagert werden, ohne dass die Leistungsmenge, also die Summe der effektiven Bewertungsrelationen, im Einzugsgebiet des Krankenhauses ansteigt, wird der Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe angewandt. Hierdurch wird gewollten Umstrukturierungs- und Konzentrationsprozessen Rechnung getragen. Bei Krankenhäusern, die z. B. aufgrund der Schließung eines anderen Krankenhauses in der Umgebung oder aufgrund guter Qualität zusätzliche Patientinnen und Patienten gewinnen, ist für die durch entsprechende Leistungsverlagerungen begründeten Leistungszuwächse nur der halbe

Fixkostendegressionsabschlag zu erheben. Entsprechende Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet des Krankenhauses sind für die Anwendung des halbierten Fixkostendegressionsabschlags durch geeignete Darlegung – ggf. auch vor der Schiedsstelle – vom aufnehmenden Krankenhaus glaubhaft zu machen. Hierzu kann das Krankenhaus von den nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG am Pflegesatzverfahren Beteiligten für die Krankenhäuser im Einzugsgebiet des Krankenhauses eine Information über die auf Grundlage der Abschnitte E1 bis E3 der Anlage 1 zum Krankenhausentgeltgesetz vorgelegten aggregierten Daten einholen. Dabei dürfen dem Krankenhaus keine Informationen über die Mengenentwicklung bei einzelnen Leistungen oder sonstige Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhäuser im Einzugsgebiet zur Verfügung gestellt werden. Sofern bei den Krankenhäusern im Einzugsgebiet ein Leistungsrückgang eingetreten ist, der dem Leistungszuwachs bei dem aufnehmenden Krankenhaus weitgehend entspricht, ist von einer Leistungsverlagerung auszugehen. Entsprechendes gilt für glaubhaft dargelegte Leistungsverlagerungen, die bei Krankenhausschließungen eintreten.

Die auf der Grundlage der Sätze 1 bis 4 ermittelte Abschlagssumme wird nach Satz 5 – ebenso wie der bisherige Mehrleistungsabschlag – durch einen einheitlichen Abschlag auf alle bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen umgesetzt. Krankenhäuser ohne Leistungszuwächse rechnen die DRG-Fallpauschalen ohne Fixkostendegressionsabschlag ab. Für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags gehen nach Satz 6 in die Abschlagssumme neben den prospektiv vereinbarten zusätzlichen Leistungen auch die innerhalb der durch § 10 Absatz 13 festgelegten Abschlagsdauer in den Vorjahren zusätzlich oder weniger erbrachten DRG-Fallpauschalen ein, allerdings nur, soweit diese nach dem Jahr 2016 erbracht wurden. Eintretende Leistungsschwankungen innerhalb der maßgeblichen Abschlagsdauer sind somit zu berücksichtigen. Sofern von zusätzlichen Leistungen ausgegangen wurde, tatsächlich aber ein Leistungsrückgang eintrat, sind die rückläufigen Leistungen bei der Ermittlung der Abschlagssumme zu berücksichtigen. Die maßgebliche Höhe der Abschlagssumme wird zudem durch die auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe, krankenhausindividuell abweichende Vereinbarungen und Ausnahmen bestimmt.

Da der Mehrleistungsabschlag zum Jahresende 2016 grundsätzlich abgeschafft wird, aber zur Vermeidung von Fehlanreizen für Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 der Mehrleistungsabschlag auch noch dreijährig anzuwenden ist, ist nach Satz 7 das entsprechende Mehrleistungsabschlagsvolumen in den Jahren 2017 und 2018 bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags erhöhend zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag auf die DRG-Fallpauschalen umzusetzen.

Von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirksamkeit für die Vertragsparteien vor Ort zu treffende nähere Einzelheiten für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind nach Satz 8 zudem anzuwenden.

Zu Buchstabe e

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

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge in § 17b Absatz 1a KHG.

Zu den Buchstaben g und h

Die Regelung dient der Rechtsbereinigung. Die bisherigen Absätze 8 und 9 sind wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant.

Zu Buchstabe i

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Vorschrift des neuen Absatzes 8 werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung und zeitliche Aufstockung von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu 90 Prozent gefördert wird. Mit der Regelung wird ein dreijähriges Pflegestellen-

Förderprogramm in den Jahren 2016 bis 2018 aufgelegt. Durch die Ergänzung in Satz 1 wird vorgegeben, dass ausschließlich Pflegepersonal in der unmittelbaren, also direkten Patientenversorgung gefördert wird, um die pflegerische Versorgungssituation zu verbessern. Mit den geförderten zusätzlichen Personalstellen kann insbesondere ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten, pflegebedürftigen oder behinderten Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden. Intention der Förderung ist es nicht, Möglichkeiten für die weitere Übertragung ärztlicher Aufgaben zu schaffen. Zusätzliches Pflegepersonal auf Intensivstationen soll durch das Programm nicht gefördert werden, weil Intensivstationen in der Vergangenheit von zusätzlichen Stellen profitiert haben. Eine doppelte Finanzierung von Stellen, sowohl aus Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms als auch z. B. aus Mitteln für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, ist nicht zulässig.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird vorgegeben, dass Krankenhäuser bei Neueinstellungen oder Aufstockungen von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung einen zusätzlichen Budgetanteil bis zur Höhe von jährlich 0,15 Prozent erhalten können.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung in Satz 3 ermöglicht, notwendige Einstellungen, die in einem Jahr nicht realisiert werden können, auch noch im Folgejahr zu vereinbaren und zu finanzieren.

Zu Doppelbuchstabe dd

Voraussetzung für die Förderung durch das Pflegestellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2015 zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung neu eingestellt wird oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Um möglichem Missbrauch vorzubeugen, hat das Krankenhaus nach Satz 5 durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zu belegen. Die Neuregelung von Satz 5 gibt vor, dass darin alle gegenüber dem Bestand am 1. Januar 2015 neu eingestellten bzw. zeitlich aufgestockten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen als grundsätzlich förderfähig zu berücksichtigen sind. Durch die Vorgabe dieses frühen Stichtages zur Ermittlung der prinzipiell förderfähigen Pflegekräfte bzw. der förderfähigen Personalkosten wird das Risiko strategischer Entlassungen und Neueinstellungen zur Inanspruchnahme von Fördermitteln vermindert. Die Regelung trägt damit dazu bei, das Ziel einer besseren Versorgungssituation durch zusätzliches Pflegepersonal zu erreichen. Eine Verwendung der Mittel zur Finanzierung des bestehenden Personalbestands würde der Intention des Pflegestellen-Förderprogramms nicht gerecht. Der Förderzeitraum 2016 bis 2018 bleibt durch die Stichtagsregelung unberührt.

Zu Doppelbuchstabe ee

Da das Ziel des Pflegestellen-Förderprogramms eine Verbesserung der Pflegekapazitäten in der unmittelbaren Patientenversorgung ist, sind Arbeitsorganisationsmaßnahmen nicht Gegenstand der Förderung.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Satzes 6.

Zu Doppelbuchstabe gg

Aufgrund der frühzeitigen gesetzlichen Einführung des Pflegestellen-Förderprogramms für die Jahre 2016 bis 2018 ist eine Regelung zur unterjährigen Umsetzung der Förderung nicht erforderlich.

Zu Doppelbuchstabe hh

Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel zurückzuzahlen. Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Die Neufassung gibt vor, dass der Jahresabschlussprüfer bei der Bestätigung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel zu berücksichtigen hat, dass ausschließlich Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gefördert wird. Um im Zusammenhang mit der nachzuweisenden zweckentsprechenden Mittelverwendung Verschiebungen zwischen den gesamten

Pflegestellen eines Krankenhauses und den Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung erkennen zu können, sind sowohl die gesamten jahresdurchschnittlichen Pflegestellen als auch die jahresdurchschnittlichen Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres vorzulegen. Damit die ebenfalls aufgrund der Förderung nachzuweisenden zusätzlichen Stellen gegenüber dem bisherigen Stellenbestand abgegrenzt werden können, ist zudem für den Nachweis des Jahresabschlussprüfers einmalig die Stellenbesetzung in den beiden genannten Bereichen zum Stichtag 1. Januar 2015 auszuweisen. Durch die Vorgabe dieses frühen Stichtages zur Ermittlung der prinzipiell förderfähigen Pflegekräfte bzw. der förderfähigen Personalkosten wird das Risiko strategischer Entlassungen und Neueinstellungen zur Inanspruchnahme von Fördermitteln vermindert. Die Regelung trägt damit dazu bei, das Ziel einer besseren Versorgungssituation durch zusätzliches Pflegepersonal zu erreichen. Eine Verwendung der Mittel zur Finanzierung des bestehenden Personalbestands würde der Intention des Pflegestellen-Förderprogramms nicht gerecht. Der Förderzeitraum 2016 bis 2018 bleibt durch die Stichtagsregelung unberührt.

Zu Doppelbuchstabe ii

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung der bisherigen Sätze 6 und 10.

Zu Doppelbuchstabe jj

Nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms sollen die Mittel dem Krankenhausbereich weiterhin zweckgebunden für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Durch eine geeignete Anschlussregelung soll weiterhin eine zielgenaue und sachgerechte Zuordnung der Mittel im Bereich der Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung gewährleistet werden. Eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission soll entsprechende Vorschläge erarbeiten. Solange entsprechende Regelungen noch nicht gelten, werden zusätzliche Mittel zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in der unmittelbaren Patientenversorgung weiterhin durch krankenhausindividuelle Zuschläge gezahlt. Darüber hinaus soll sie auch prüfen, ob im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte der allgemeine Pflegebedarf und ein erhöhter Pflegebedarf von an Demenz erkrankten bzw. pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder von Menschen mit Behinderung in Krankenhäusern sachgerecht abgebildet werden. Abhängig vom Prüfergebnis sollen dann ggf. auch Vorschläge dazu unterbreitet werden, wie die sachgerechte Abbildung des Pflegebedarfs im DRG-System oder über ausdifferenzierte Zusatzentgelte erfolgen kann. Entsprechende Vorschläge wären dann durch Einbringung in den strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung des DRG-Systems auf die Verbesserung der sachgerechten Leistungsabbildung hin zu überprüfen.

Zu Buchstabe j

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der bisherigen Sätze 6 und 10 im neuen Absatz 8.

Zu Nummer 5 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge in § 17b Absatz 1a KHG.

Zu Buchstabe b

Die Neufassung von § 5 Absatz 2 nimmt redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge in § 17b Absatz 1a KHG sowie materielle Änderungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vor.

Satz 1 entspricht weitgehend dem bisherigen § 5 Absatz 2 Satz 1. Die Regelung legt fest, dass die Vertragspartner vor Ort einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren, wenn die gesetzlichen Vorgaben sowie die Vorgaben des G-BA und des jeweiligen Landes erfüllt sind. Die bislang vorgesehene Vereinbarung von Empfehlungen für Maßstäbe durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entfällt dafür. Die Selbstverwaltungspartner hatten lediglich eine Grundvereinbarung abgeschlossen, in der mögliche allgemeine Kriterien für die

Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags aufgeführt waren. Eine Konkretisierung dieser Kriterien wurde dagegen nicht vereinbart. Durch die Festlegung der Voraussetzungen durch den G-BA wird das Verfahren zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nunmehr stringenter geregelt. Bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags haben die Vertragsparteien insbesondere die Höhe des Zuschlags festzulegen. Dabei bemisst sich die krankenhausindividuell zu vereinbarende Höhe des Zuschlags nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der Leistungseinheiten bzw. Abteilungen, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung erforderlich sind, und nicht nach dem Gesamtdefizit des Krankenhauses. Wie bisher ist der Sicherstellungszuschlag jährlich neu zu vereinbaren.

Satz 2 ist überwiegend mit den ersten beiden Teilsätzen des bisherigen § 17b Absatz 1 Satz 7 KHG identisch. Auch zukünftig können die Länder ergänzende oder abweichende Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen durch Rechtsverordnung erlassen. Wenn ergänzende oder abweichende Festlegungen des Landes zu höheren Ausgaben der Kostenträger für Sicherstellungszuschläge führen als die G-BA-Vorgaben, dann ist die Differenz absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen (siehe hierzu auch Änderung des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6).

Satz 3 entspricht dem bisherigen § 17b Absatz 1 Satz 7 letzter Teilsatz KHG und stellt daher keine Neuerung dar.

Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist nach Satz 4 zukünftig ein Defizit des gesamten Krankenhauses und nicht nur bei einzelnen Leistungen oder Abteilungen. Mit dem Hausbezug wird eine zielgenaue finanzielle Förderung der bedarfsnotwendigen Leistungen nur derjenigen Krankenhäuser bewirkt, denen es wirtschaftlich schlecht geht. Damit wird eine undifferenzierte finanzielle Förderung vermieden, weil die Sicherstellungszuschläge auf echte Notsituationen begrenzt bleiben. Angesichts der kostenrechnerischen Gestaltungsmöglichkeiten, Kosten bzw. Verluste verursachende Beträge einzelnen Leistungen bzw. Abteilungen zuzuordnen, ist zur Verhinderung von missbräuchlichen Zuordnungen das Abstellen auf das gesamte Krankenhaus erforderlich. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Kosten gezielt einzelnen Leistungen bzw. Abteilungen zugeordnet werden und trotz bestehender Überschüsse des Krankenhauses vergemeinschaftet werden. Der Sicherstellungszuschlag ist daher – wie bislang – subsidiär zu vereinbaren, wenn unter Einbeziehung aller Entgelte, die das Krankenhaus abrechnet, ein Defizit verbleibt und auch die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Satz 5 knüpft an den bisherigen § 5 Absatz 2 Satz 2 an. Dabei wird die bislang nach § 17b Absatz 1 Satz 9 KHG den Vertragspartnern vor Ort obliegende Prüfung, ob die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen im Einzelfall erfüllt sind, auf die zuständige Landesbehörde verlagert, die auf der Grundlage der G-BA-Vorgaben entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist. Hierdurch wird eine einheitliche Anwendung und Auslegung der gesetzlichen Vorgaben sowie der vom G-BA festgelegten Vorgaben im Land sichergestellt.

Würde ein vor einer Fusion genehmigter Sicherstellungszuschlag für ein Krankenhaus bei der Fusion automatisch wegfallen, würde dies die Bereitschaft zu Krankenhausfusionen senken. Um dies zu verhindern, kann nach Satz 6 ein bestehender Sicherstellungszuschlag nach einer Fusion für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Dazu erfolgt die Prüfung der Voraussetzungen für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags bei Krankenhausfusionen abweichend von dem grundsätzlich geltenden Hausbezug bezogen auf die einzelnen Betriebsstätten. Zudem muss die Betriebsstätte im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen sein, müssen an dem Standort mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben werden und muss das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und vom im Auftrag der Krankenkassen zu beauftragenden Jahresabschlussprüfer bestätigt sein. Diese zusätzlichen Voraussetzungen beugen einer missbräuchlichen Inanspruchnahme des Sicherstellungszuschlags vor.

Satz 7 regelt, dass Klagen gegen die Entscheidung der zuständigen Landesbehörde, ob die Voraussetzungen für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags für ein Krankenhaus oder eine Betriebsstätte erfüllt sind, keine aufschiebende Wirkung haben. Hierdurch wird das Verfahren zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschleunigt.

Um eine Unterbrechung in der Finanzierung von Krankenhäusern zu vermeiden, die bereits Sicherstellungszuschläge erhalten, regelt Satz 8, dass für die Jahre 2016 und 2017

übergangsweise Sicherstellungszuschläge auf der Grundlage der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden sollen. Mit der Formulierung „sollen“ wird zum Ausdruck gebracht, dass ein Zuschlag regelhaft zu vereinbaren ist und nicht deshalb entfallen darf, weil die neuen Voraussetzungen noch nicht anwendbar sind. Damit können Verzögerungen aufgrund erforderlicher Anlaufzeiten für die Umsetzung der zum Jahresende 2016 vom G-BA festzulegenden neuen bundeseinheitlichen Vorgaben verhindert werden. Die Abrechenbarkeit dieser übergangsweise noch berechenbaren Sicherstellungszuschläge endet zum Jahresende 2017. Eine doppelte Abrechnung der übergangsweise noch abrechenbaren Zuschläge und der Zuschläge auf neuer Grundlage ist nicht zulässig.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt klar, dass – wie nach bisheriger Rechtslage – die Vertragsparteien die konkreten Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 für das einzelne Krankenhaus vor Ort vereinbaren. Die Zuschläge sind auf der Grundlage der näheren Maßgaben und Festlegungen in der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1a Nummer 2 festzulegen.

Um eine Unterbrechung in der Finanzierung von besonderen Aufgaben von Krankenhäusern zu vermeiden, die bereits entsprechende Zuschläge erhalten, regelt Satz 2, dass für das Jahr 2016 übergangsweise Zuschläge für besondere Aufgaben auf der Grundlage der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden sollen. Mit der Formulierung „sollen“ wird zum Ausdruck gebracht, dass ein Zuschlag regelhaft zu vereinbaren ist und nicht deshalb entfallen darf, weil die neuen Voraussetzungen noch nicht anwendbar sind. Damit können Verzögerungen aufgrund erforderlicher Anlaufzeiten für die Umsetzung der zum 31. März 2016 von den Vertragsparteien auf Bundesebene festzulegenden Vorgaben verhindert werden. Die Abrechenbarkeit dieser übergangsweise noch berechenbaren Zuschläge für besondere Aufgaben endet zum Jahresende 2017, um der Notwendigkeit der krankenhauplanerischen Ausweisung und Festlegung der besonderen Aufgaben Rechnung zu tragen. Eine doppelte Abrechnung der übergangsweise noch abrechenbaren Zuschläge und der Zuschläge auf neuer Grundlage ist nicht zulässig.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 3a

Mit der Regelung werden Qualitätszu- und -abschläge für einen vom G-BA festzulegenden Katalog geeigneter Leistungen oder Leistungsbereiche eingeführt. Auf der Grundlage der vom G-BA zu beschließenden Bewertungskriterien und der regelmäßig zur Verfügung zu stellenden einrichtungsbezogenen Datenauswertung durch das Institut nach § 137a SGB V können die Vertragsparteien nach § 11 feststellen, welche Leistungen oder Leistungsbereiche welcher Krankenhäuser grundsätzlich die Anforderungen und Voraussetzungen zur Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen erfüllen (siehe dazu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V).

Nach Satz 1 vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort, ob zukünftig Qualitätszu- oder -abschläge anzuwenden sind. Sie haben dazu unter Anwendung der Bewertungskriterien des G-BA und der Auswertungsergebnisse für das einzelne Krankenhaus zu prüfen, ob im jeweiligen Krankenhaus Besonderheiten vorliegen, die einen Verzicht auf die Anwendung eines Qualitätszu- oder -abschlags begründen. Sinn und Zweck dieser Regelung ist insbesondere die Vermeidung unberechtigter Zu- oder Abschläge für das einzelne Krankenhaus. Im Lichte des Prüfungsergebnisses vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort die Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen. Kommt eine Vereinbarung über einen Qualitätszu- oder -abschlag nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 13 (§ 11 Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 13 Absatz 1).

Vereinbarte Qualitätszu- oder -abschläge sind nicht auf alle Fälle eines Krankenhauses anzuwenden, sondern ausschließlich auf die vom G-BA für eine qualitätsabhängige Vergütung bestimmten Leistungen oder Leistungsbereiche. Qualitätszu- oder -abschläge sind erstmals für die betroffenen Fälle zu erheben, die ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung zur Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der Qualitätszu- oder -abschlag ist letztmalig für die betroffenen Fälle anzuwenden, die am letzten Tag des Monats aufgenommen werden, in dem eine auf der Grundlage neuer Informationen

durchgeführte Prüfung der Vertragsparteien vor Ort ergibt, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung eines Qualitätszu- oder -abschlags nicht mehr vorliegen.

Sofern die Prüfung der Vertragsparteien vor Ort zu dem Ergebnis kommt, dass Leistungen oder Leistungsbereiche eines Krankenhauses von unzureichender Qualität sind, wird abweichend vom oben geschilderten Verfahren der Qualitätsabschlag nicht unmittelbar wirksam. Die Vertragsparteien vor Ort haben dann auch zu vereinbaren, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres beseitigt werden. Die einjährige Aussetzung der Qualitätsabschläge soll dazu beitragen, dass die betroffenen Krankenhäuser oder Fachabteilungen notwendige Maßnahmen, z. B. personelle oder organisatorische Veränderungen, vornehmen können, um die erforderlichen Qualitätsverbesserungen innerhalb eines angemessenen Zeitraums zu erreichen. Hierdurch sollen unbillige Härten vermieden werden, die entstehen könnten, wenn Qualitätsabschläge sofort wirksam würden.

Für den Fall, dass die vor der Vereinbarung ermittelten Qualitätsmängel bei der nächsten Prüfung der Vertragsparteien vor Ort, die dem Ablauf der einjährigen Frist zur Mängelbeseitigung folgt, weiterhin fortbestehen, wird der vereinbarte Qualitätsabschlag für die betroffenen Fälle für ab dem Monatsersten des Folgemonats aufgenommene Patientinnen und Patienten angewendet. Zusätzlich soll der Qualitätsabschlag grundsätzlich rückwirkend für die betroffenen Fälle ab dem Vereinbarungszeitpunkt angewendet werden. Um den Bürokratieaufwand gering zu halten, wird der Rückwirkung des Qualitätsabschlags Rechnung getragen, indem er ab dem Erhebungszeitpunkt in doppelter Höhe für die in den folgenden zwölf Kalendermonaten zu erbringenden Leistungen anzuwenden ist. Sofern während der Erhebungsdauer des erhöhten Abschlags eine der nächsten Prüfungen der Vertragsparteien vor Ort zu dem Ergebnis kommt, dass die Voraussetzungen für die Erhebung eines Qualitätsabschlags nicht mehr vorliegen, endet – abweichend vom grundsätzlich vorgegebenen zwölfmonatigen Erhebungszeitraum – auch die Erhebung des erhöhten Abschlags für die betroffenen Fälle des laufenden Vereinbarungszeitraums am letzten Tag des Monats der erneuten Prüfung. Die in den Sätzen 2 und 3 vorgesehenen Regelungen zum Beginn und zum Ende der Erhebung des Qualitätsabschlags gelten daher für den Qualitätsabschlag in doppelter Höhe entsprechend.

Die Qualitätszu- und -abschläge sind – wie andere Zu- und Abschläge – in der Rechnung vom Krankenhaus gesondert auszuweisen und entfalten damit auch Signalwirkung gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie deren Kostenträgern.

Zu Absatz 3b

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

Zu Absatz 3c

Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA resultieren und die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen und der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten, vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben befristete krankenhausesindividuelle Zuschläge. Die Regelung ermöglicht damit den Krankenhäusern eine Refinanzierung von kurzfristig entstehenden Kosten, die dem Grunde oder auch der Höhe nach noch nicht in die Kalkulation der DRG-Bewertungsrelationen und Zusatzentgelte einfließen konnten. Bedarf hierfür besteht, wenn der G-BA kostenwirksame Vorgaben für die voll- und teilstationäre Leistungserbringung macht, diese Vorgaben aber grundsätzlich erst mit zweijähriger Verzögerung in die Kalkulationsgrundlage für die Kalkulation des DRG-Systems einfließen können. Dabei hat sich die jeweilige Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Zuschlägen innerhalb des vom G-BA gesetzten materiellen Rahmens zu bewegen. Sofern z. B. durch zusätzliche Vorgaben zur Strukturqualität, wie sie etwa von der Richtlinie für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen vorgegeben werden, eine Konzentration der Leistungserbringung auf bestimmte Krankenhäuser erreicht werden soll, ist dieser Voraussetzung auch bei der Finanzierung Rechnung zu tragen. Insoweit können Einrichtungen, die die Anforderungen von

Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA nicht erfüllen, die Zuschläge grundsätzlich nicht vereinbaren. Dem trägt Satz 2 dahingehend Rechnung, dass Krankenhäuser, die die zusätzlichen Anforderungen des G-BA noch nicht erfüllen, diese Zuschläge nur vereinbaren und abrechnen können, soweit der G-BA keine entsprechend einschränkende Regelungen beschlossen hat. Die Regelungen können insbesondere sowohl Übergangsfristen als auch einschränkende Vorgaben enthalten, welche Anforderungen Krankenhäuser erfüllen müssen, um zukünftig die Leistungen auf der Grundlage eines Beschlusses oder einer Richtlinie des G-BA erbringen zu können. Die zu vereinbarenden Zuschläge sollen die aufgrund der Vorgaben des G-BA zusätzlich aufgewendeten personellen und sachlichen Mittel der Krankenhäuser abbilden. Wenn der Mehraufwand bei der Kalkulation der bundesweiten Entgelte berücksichtigt wird, können die krankenhausesindividuellen Zuschläge nicht mehr gesondert erhoben werden (vgl. § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7).

Die Vereinbarung umfasst auch den Mehraufwand aus der mit Wirkung zum 1. Januar 2014 geänderten Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA. Auch für Kosten, die dem Krankenhaus ab der 2./3. Lesung dieses Gesetzes für Maßnahmen zur Umsetzung dieser Richtlinie entstehen, sind krankenhausesindividuelle Zuschläge zu vereinbaren, wenn die Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden. Dies bedeutet, dass die ab dem Zeitpunkt der 2./3. Lesung anfallenden Kosten für Personal, das zur Erfüllung der geänderten Richtlinie ab dem 1. Januar 2014 eingestellt worden ist, durch die Zuschläge zu finanzieren sind. Hierdurch wird eine Benachteiligung von Krankenhäusern, die bereits unmittelbar nach Inkrafttreten der geänderten Richtlinie Maßnahmen getroffen haben, gegenüber Krankenhäusern, die entsprechende Maßnahmen erst nach Inkrafttreten der Finanzierungsregelung in diesem Gesetz vornehmen, vermieden.

Im Hinblick auf den Beschluss des G-BA zu einem Stufensystem, das strukturelle und personelle Unterschiede und Mindestvoraussetzungen bei der Notfallversorgung sowie den zeitlichen Umfang der Vorhaltung von Notfallleistungen in Krankenhäusern abbildet, auf dessen Grundlage zukünftig entsprechend gestaffelte Notfallzu- und -abschläge vereinbart werden, ist eine Vereinbarung von Zuschlägen zur Finanzierung von Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse dagegen nicht möglich. Der Beschluss zu den Notfallstufen hat nicht das Ziel, neue und weiterreichende Vorgaben für die Teilnahme an der Notfallversorgung festzulegen. Er dient vielmehr als Grundlage für eine differenziertere und aufwandsgerechtere Vereinbarung von Notfallzu- und -abschlägen. Der Beschluss verursacht daher keine zusätzlichen Kosten bei den Krankenhäusern, sondern berücksichtigt bestehenden erhöhten oder verminderten Aufwand durch den Umfang der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung.

Zu Buchstabe e

Die Regelung dient der Rechtsbereinigung. Die Vorschrift ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant.

Zu Nummer 6 (§ 6)

Zu den Buchstaben a bis d

Die Vorschrift wird im Wege der Rechtsbereinigung angepasst. Zudem werden redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderung des § 17b Absatz 1 KHG, der Neustrukturierung von § 9 Absatz 1 und der Neustrukturierung der Vorschriften zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser nachvollzogen.

Zu Nummer 7 (§ 7)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderung von § 17b Absatz 1 KHG sowie der Einführung von neuen Zu- und Abschlägen nach diesem Gesetz, z. B. für Zuschläge auf Grundlage des Pflegestellen-Förderprogramms, Zuschläge für Leistungen mit außerordentlich guter Qualität und Abschläge für Leistungen mit unzureichender Qualität, Zuschläge für klinische Sektionen oder befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA.

Zu Nummer 8 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 17b Absatz 1 KHG sowie der Einführung von neuen Zu- und Abschlägen nach diesem Gesetz (vgl. Begründung zu Nummer 7).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorschriften zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser.

Zu Doppelbuchstabe bb

Krankenhäusern steht grundsätzlich kein Vergütungsanspruch für Leistungen zu, welche die Vorgaben des G-BA zu Mindestmengen bei planbaren Leistungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterschreiten. Die allgemeinen Krankenhausleistungen für diese Leistungen können gegenüber den Patientinnen und Patienten oder deren Krankenversicherungen dann nicht abgerechnet werden. Für die jeweiligen Leistungen dürfen dann gegenüber allen Benutzern des Krankenhauses keine Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen abgerechnet werden. Eine Abrechnung ist möglich, wenn bestimmte vom G-BA vorgegebene Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V dies zulassen. Eine Abrechnung ist auch dann möglich, wenn die Mindestmenge aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht wird; dies ist nach § 136b Absatz 4 SGB V vom Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich nachzuweisen. Schließlich kann trotz einer Unterschreitung der Mindestmenge das Land Leistungen aus dem Mindestmengenkatalog festlegen, bei denen bei Anwendung der Mindestmenge und des Vergütungsausschlusses ansonsten die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre (vgl. § 136b Absatz 5 SGB V).

Zu Buchstabe c

Der Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent ist letztmalig für Patientinnen und Patienten in Rechnung zu stellen, die bis zum 31. Dezember 2016 voll- oder teilstationär aufgenommen werden und wird danach abgeschafft. Mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene ab dem Jahr 2017 wird zum Ende des Jahres 2016 die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft, wobei zur Vermeidung von Fehlanreizen die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils noch dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag unterliegen (siehe dazu Änderung von § 4 Absatz 2a Satz 8).

Zu Nummer 9 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Der bisherige Absatz 1 erhält mit den Absätzen 1 bis 1c eine neue Gliederung. Der neue Absatz 1 regelt dabei Tatbestände, die die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren haben, während Absatz 1a ergänzende Regelungen zu den Zu- und Abschlägen sowohl in inhaltlicher als auch in zeitlicher Hinsicht beinhaltet. Tatbestände, die die Vertragsparteien auf Bundesebene für die Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren haben, finden sich nunmehr in Absatz 1b wieder. Absatz 1c regelt die zeitliche Vorgabe für die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffende gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung von Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte gibt, dass sie in erhöhtem Maße zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen führen. Durch die zeitliche Vorgabe kann die Absenkung oder Abstufung noch bei der Kalkulation des jeweils nächstjährigen DRG-Systems berücksichtigt werden.

Gleichzeitig werden redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderung des § 10 Absatz 6 KHEntgG und des § 17b Absatz 1 und 1a KHG nachvollzogen und die Vorschrift wird im Wege der Rechtsbereinigung angepasst.

Zu Absatz 1

Der bisherige Absatz 1 wird weitgehend inhaltsgleich übernommen und durch die Regelungen der Nummer 6 ergänzt.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach Nummer 6 erstmals bis zum 30. September 2016 einen engen Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen für zusätzliche Leistungen zu vereinbaren, die nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen und die daher nicht in die Ermittlung der Abschlagssumme nach § 4 Absatz 2b einbezogen werden. Als mögliche Ausnahmetatbestände sind zusätzlich vereinbarte Leistungen bei den besonders förderungswürdigen Transplantationen oder bei Bewilligung zusätzlicher Versorgungsaufträge, für die bisher keine Abrechnungsmöglichkeit bestand, oder nach vorübergehenden Leistungsrückgängen, die durch personelle Wechsel oder umfassende Baumaßnahmen in einem Krankenhaus bedingt sind, oder DRG-Fallpauschalen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln denkbar. Keinen Ausnahmetatbestand in dem intendierten engen Sinne bildet die Erweiterung eines Versorgungsauftrags durch die Aufstockung der Bettenzahl. Bei Bedarf ist der Katalog von den Vertragsparteien in den Folgejahren anzupassen.

Erstmals bis zum 30. September 2016 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene zudem nach Nummer 6 über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende nähere Einzelheiten zur Umsetzung eines Fixkostendegressionsabschlags nach § 10 Absatz 13 durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren. Dies umfasst insbesondere die Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses im Fall von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern, die dem halbierten Fixkostendegressionsabschlag unterliegen. Dabei ist als Einzugsgebiet eines Krankenhauses das Gebiet zu definieren, aus dem der ganz überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten eines Krankenhauses kommt. Zu berücksichtigen ist hierbei zudem, dass das Einzugsgebiet eines Krankenhauses nicht an Ländergrenzen endet. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben zudem weitere Details festzulegen, damit Krankenhäuser bei Leistungsverlagerungen einen geminderten Fixkostendegressionsabschlag geltend machen können. Bei Bedarf ist die Vereinbarung von den Vertragsparteien auf Bundesebene in den Folgejahren anzupassen.

Kommt eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu dem Ausnahmenkatalog oder zu den näheren Einzelheiten zur Umsetzung eines Fixkostendegressionsabschlags nicht zustande, entscheidet nach § 9 Absatz 2 Satz 1 die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei.

Zu Absatz 1a

Zu Nummer 1

Mit Nummer 1 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bundeseinheitliche Vorgaben für befristete Zuschläge für die zeitnahe Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA zu vereinbaren. Als durch die Vertragspartner regelungsbedürftiger Tatbestand ist insbesondere die Erhebungsdauer der befristeten Zuschläge zu benennen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können jedoch auch zu weiteren als regelungsbedürftig erachteten Sachverhalten Vorgaben für die krankenhausindividuelle Vereinbarung der befristeten Zuschläge treffen, z. B. zu Vorgaben, die eine zweckgebundene Verwendung der zusätzlichen Erlöse gewährleisten. Sobald der aus den Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA resultierende Mehraufwand in den von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu vereinbarenden bundesweiten Entgelten berücksichtigt wird, können die krankenhausindividuellen Zuschläge nicht mehr gesondert erhoben werden. Die konkrete Entgelthöhe ist unter Berücksichtigung der Vorgaben auf Bundesebene und der maßgeblichen krankenhausindividuellen Bezugsgröße (vgl. § 5 Absatz 1 Satz 3) auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu vereinbaren. Können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht auf die Vorgaben für zeitlich befristete Zuschläge einigen, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG die ausstehenden Entscheidungen.

Zu Nummer 2

Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, bis zum 31. März 2016 unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben in § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 das Nähere zu den Zuschlägen für besondere Aufgaben zu vereinbaren. Dabei haben sie bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben insbesondere folgende Aspekte zugrunde zu legen: Die besonderen Aufgaben von Einrichtungen können sich aus einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung ergeben (z. B. im Rahmen einer Netzwerkorganisation, bei krankenhausübergreifender Koordination oder Dokumentation). Sie

können sich außerdem ergeben aus der Erforderlichkeit von besonderen, zusätzlichen Vorhaltungen eines Krankenhauses, z. B. aufgrund geringer Häufigkeit der Fälle und Erkrankungen (wie in Zentren für Seltene Erkrankungen). Besondere Vorhaltungen können zudem erforderlich sein für die Behandlung von Risiko- und Hochrisikopatienten bei Behandlungen mit einer besonderen krankheitsspezifischen Komplexität. Ausnahmsweise kommen dabei auch krankenhausinterne Vorhaltungen in Betracht. Ferner kann die Notwendigkeit, die Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen zu konzentrieren, Kriterium für besondere Aufgaben im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 sein.

Die Vertragspartner haben zudem bei der Konkretisierung der besonderen Aufgaben sicherzustellen, dass diese Aufgaben nicht bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 oder nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder des SGB V vergütet werden. Hierzu können sie z. B. auch ein Anfrageverfahren beim InEK etablieren, ob bestimmte besondere Aufgaben bereits von den kalkulierten Entgelten des DRG-Systems umfasst sind.

Für den Betrieb klinischer Krebsregister können keine Zuschläge vereinbart werden, da diese Aufgaben bereits über die fallbezogenen Krebsregisterpauschalen nach § 65c Absatz 4 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 SGB V vergütet werden.

Ferner wird ausdrücklich klargestellt, dass die Möglichkeit der Vertragspartner, besondere Einrichtungen befristet aus den DRG-Vergütungen auszunehmen, unberührt bleibt. Besondere Aufgaben entsprechender Einrichtungen sind im Rahmen der zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Entgelte zu berücksichtigen. Eine zusätzliche Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen für besondere Aufgaben, die nach § 17b Absatz 1a KHG ein ergänzendes Entgeltelement zu dem bundeseinheitlich kalkulierten DRG-System bilden, ist für besondere Einrichtungen nicht zulässig.

Zu Nummer 3

Klinische Sektionen sind ein wertvolles Instrument der medizinischen Qualitätssicherung, das bislang zu selten angewandt wird. Um dieses Qualitätssicherungsinstrument zu stärken, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, u. a. die Anforderungen an die Durchführung von Sektionen zu vereinbaren, die zur Qualitätssicherung durchgeführt werden (z. B. medizinische, organisatorische und technische Vorgaben). Hierdurch wird gewährleistet, dass klinische Sektionen nach einheitlichen Standards durchgeführt werden. Die Ergebnisse klinischer Sektionen können darüber hinaus der Qualitätsverbesserung der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes dienen.

In den 1980er Jahren lag die Sektionsrate noch bei rund 10 Prozent aller stationärer Todesfälle. Die heute bei nur noch rund 1 Prozent liegende Sektionsrate soll deshalb durch die Vorgabe einer in Abhängigkeit von der Anzahl stationärer Todesfälle zu erreichenden Sektionsrate in dem für die Qualitätssicherung erforderlichen Umfang gesteigert werden. Den Vertragsparteien obliegt die Aufgabe, eine sachgerechte und gleichsam realistische Rate zu vereinbaren, um die Zahl der klinisch-pathologischen Obduktionen wieder zu erhöhen. Vorzugeben sind zudem Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle. Die Vorgabe einer Sektionsrate hat zur Konsequenz, dass der Zuschlag vom einzelnen Krankenhaus nur geltend gemacht werden kann, wenn die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarte Rate auch erreicht wird.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen auch die Berechnungsmodalitäten zur Ermittlung der Zuschlagshöhe für die Krankenhäuser festlegen. Beispielsweise könnte die Zuschlagshöhe durch die Vertragsparteien nach § 11 durch Multiplikation der Anzahl durchgeführter Sektionen mit den auf Bundesebene bestimmten Durchschnittskosten pro Fall und Division des resultierenden Betrags durch die Zahl der voll- und teilstationären Behandlungsfälle ermittelt werden.

Um eine angemessene Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion auf Bundesebene ermitteln zu können, ist das DRG-Institut von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Kalkulation zu beauftragen. Hierfür sind voraussichtlich gesonderte Erhebungen erforderlich. Der so ermittelte Durchschnittswert ist Grundlage für die Festlegung der Höhe der Sektionskosten pro Fall durch die Vertragspartner auf Bundesebene. Die Kalkulation ist regelmäßig anzupassen. Die für die Finanzierung der Kalkulation erforderlichen Mittel sind über den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 KHG zu decken. Bei Bedarf ist dieser entsprechend von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu erhöhen.

Kommt eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht zustande, entscheidet nach § 9 Absatz 2 Satz 1 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG.

Zu Nummer 4

Außerordentlich gute oder unzureichende Qualität von stationären Leistungen soll künftig durch Qualitätszu- oder -abschläge bei der Vergütung berücksichtigt werden. Hierdurch sollen Anreize zur Verbesserung der Qualität gesetzt werden. Außerordentlich gute Qualität soll belohnt, unzureichende Qualität soll, nachdem mindestens ein Jahr Zeit zur Beseitigung der Qualitätsmängel eingeräumt wurde, finanzielle – und letztlich auch krankenhausplanerische – Konsequenzen haben, wenn festgestellte Mängel weiterhin bestehen. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen erfolgt auf der Grundlage des vom G-BA festzulegenden Katalogs geeigneter stationärer Leistungen sowie der ebenfalls durch den G-BA festzulegenden Qualitätsziele, Indikatoren und Bewertungskriterien nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V.

Für den Fall, dass die Vereinbarung zur Höhe der Qualitätszu- und -abschläge bis zum 30. Juni 2018 nicht zustande kommt, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG.

Zu Nummer 5

Bislang wird dem unterschiedlichen Umfang der Einbindung der Krankenhäuser in die Notfallversorgung nur durch einen gesetzlichen Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall Rechnung getragen, der nach § 4 Absatz 6 bei Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, abgezogen wird. Zwar hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene diesen 50-Euro-Abschlag durch die Vereinbarung von abweichenden Zu- oder Abschlägen ablösen können. Hiervon wurde jedoch kein Gebrauch gemacht. Durch die Festlegung eines Stufensystems, das strukturelle und personelle Unterschiede und Mindestvoraussetzungen bei der Notfallversorgung sowie den zeitlichen Umfang der Vorhaltung von Notfalleleistungen in Krankenhäusern abbildet, soll nunmehr in Verbindung mit entsprechend gestaffelten Zu- und Abschlägen erreicht werden, dass künftig Krankenhäuser mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen bessergestellt werden als Krankenhäuser mit einem geringeren Umfang. Für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung soll ein Abschlag vereinbart werden.

Nach Nummer 5 haben die Vertragspartner auf Bundesebene die Höhe der Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf der Grundlage des Stufensystems zu vereinbaren, das der G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V bis zum 31. Dezember 2016 zu entwickeln hat. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist bis zum 30. Juni 2017 zu schließen. Sie haben sich vom InEK bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterstützen zu lassen, soweit die Daten hierfür vorliegen. Darüber hinaus haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage von § 9 Absatz 1 Nummer 3 weitere erforderliche Regelungen zur Erhebung der Notfallzu- und -abschläge, z. B. zum Zeitpunkt der erstmaligen Erhebung, zu vereinbaren. Bis zum Zeitpunkt der Erhebung der neuen Zu- und Abschläge auf der Grundlage des Stufensystems des G-BA haben Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, weiterhin nach § 4 Absatz 6 einen Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall vorzunehmen.

Zu Absatz 1b

Nummer 5a des bisherigen Absatzes 1 wird in Absatz 1b inhaltlich übernommen.

Auch Satz 2 des bisherigen Absatzes 1 wird in Absatz 1b übernommen, jedoch dahingehend ergänzt, dass die Vertragspartner auf Bundesebene für die bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, Empfehlungen für die Verhandlung durch die Vertragspartner auf Landesebene abgeben können.

Zu Absatz 1c

Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte zu im erhöhten Maße

wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gibt, die sich also über die Morbiditätsentwicklung hinaus besonders dynamisch entwickeln, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen zu vereinbaren. Dabei kann eine mehrjährige und überdurchschnittliche Leistungsdynamik grundsätzlich als erster Hinweis auf eine wirtschaftlich begründete Fallzahlentwicklung dienen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind frei in der Art und Weise der Vorgabe einer Absenkung bzw. Abstufung. Sie können einen fixen pauschalen Abschlagssatz für die betroffenen Leistungen vorgeben. Genauso können sie aber vorgeben, dass bei auffällig dynamisch wachsenden Leistungen eine Mindestabsenkung der Bewertung zu erfolgen hat, wobei dann empirisch im Rahmen der Kalkulation zu ermitteln ist, inwieweit über die Mindestabsenkung eine Anpassung der Bewertung angezeigt ist. Die Vereinbarung hierzu ist von den Selbstverwaltungspartnern so frühzeitig zu treffen, dass das InEK die Vorgaben noch während der Kalkulation des DRG-Katalogs für das folgende Jahr berücksichtigen kann. Um dies unter Berücksichtigung eines möglichen Schlichtungsverfahrens rechtzeitig zu gewährleisten, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die notwendigen Vorgaben bereits bis zum 31. Mai 2016 zu vereinbaren. Gelingt bis zu diesem Termin eine Einigung nicht, gilt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG als angerufen. Die Bundesschiedsstelle hat dann innerhalb von sechs Wochen über die ausstehenden Vorgaben zu entscheiden (vgl. § 9 Absatz 2 Satz 3). Die Vorgaben sind vom InEK bei der Kalkulation des DRG-Entgeltsystems zu berücksichtigen.

Durch die Absenkung oder Abstufung der Bewertung kann einer wirtschaftlich begründeten Leistungsdynamik bei bestimmten Leistungen begegnet werden. Die Ressourcen für entsprechende Leistungen werden vermindert. Da durch die Berücksichtigung entsprechender Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene bei der Kalkulation eine andere Verteilung der Mittel für die Krankenhausversorgung erfolgt, werden dem Krankenhausbereich hierdurch keine Finanzmittel entzogen. Vielmehr wirkt sich dies positiv zu Gunsten von Leistungen aus, die keine in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen aufweisen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung von § 9 Absatz 1 und der Einführung des § 9 Absatz 1b.

Zudem wird die Konfliktlösung durch Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit auf die Entgeltkataloge und damit auf den Kernbestand der Entgeltsysteme begrenzt.

Auch für die Vereinbarung von Abrechnungsbestimmungen für Zu- und Abschläge ist zukünftig eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG möglich. Damit wird der Konfliktlösungsmechanismus wieder auf die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zurückverlagert und deren Verantwortung gestärkt. Kommen Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene über die Höhe differenzierter Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und den Abschlag für die Nichtteilnahme nicht zustande, kann die Schiedsstelle durch das Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden.

Sofern den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 eine Einigung auf Vorgaben zur Absenkung oder Abstufung der Bewertung von Leistungen nicht gelingt, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, trifft nach Ablauf der Frist die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf der Grundlage vorliegender Vorschläge innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Umbenennung von Anlage 1 Abschnitt B2 in Abschnitt B1. Zudem dient die Regelung der Rechtsbereinigung, da eine Regelung gestrichen wird, die durch Zeitablauf nicht mehr relevant ist.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert wird mit Wirkung für den Landesbasisfallwert 2017 aufgehoben. Damit werden betriebswirtschaftliche Vorteile zusätzlicher Leistungen (Fixkostendegression) zukünftig nicht mehr allen Krankenhäusern entgegeng gehalten. Zukünftig erfolgt die Berücksichtigung der leistungsmengenabhängigen betriebswirtschaftlichen Vorteile zusätzlicher Leistungen verursachungsgerecht beim einzelnen Krankenhaus. Unabhängig von der Verhandlung des Landesbasisfallwerts vereinbaren hierfür zukünftig die Vertragsparteien auf Landesebene, erstmals für die Anwendung im Jahr 2017, einen Fixkostendegressionsabschlag einschließlich dessen jeweiliger Erhebungsdauer, der im Grundsatz der bisher nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vorzunehmenden absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen entspricht (vgl. dazu § 10 Absatz 13).

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung. Es wird klargestellt, dass Ausgaben im Zusammenhang mit einer oberhalb der Obergrenze liegenden Ausgabenentwicklung bei den Leistungsbereichen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, nur dann nach Nummer 5 absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind, wenn diese nicht bereits nach Nummer 6 bei der Verhandlung absenkend berücksichtigt werden. Eine absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen, deren Berücksichtigung in Nummer 6 ausgeschlossen ist, ist nicht zulässig.

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

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Zuschläge führen zu einer Umverteilung der Vergütung, z. B. zwischen Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, und solchen, die hieran nicht teilnehmen. Da der Aufwand hierfür aber bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen. Nicht absenkend geltend gemacht werden dürfen Zuschläge zur Finanzierung von Ausbildungskosten, da die Ausbildungskosten bereits in der Vergangenheit aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert wurden und somit diese Aufgabe nicht durch den Landesbasisfallwert finanziert wird. Sofern für bestimmte Aufgabenstellungen zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden, dürfen auch diese Zuschläge nicht abgezogen werden. Dies trifft zu für die ausdrücklich gesetzlich benannten Zuschläge auf Grundlage des Pflegestellen-Förderprogramms, des Hygiene-Förderprogramms, Sicherstellungszuschläge, Zuschläge für Leistungen mit außerordentlich guter Qualität, Zuschläge für klinische Sektionen, befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA sowie für Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Einrichtungen.

Sicherstellungszuschläge sind zukünftig nur insoweit absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen, als sie auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben der Länder zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beruhen. Sicherstellungszuschläge, die dagegen auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben des G-BA vereinbart werden, sind nicht absenkend zu berücksichtigen. Grundsätzlich entfällt somit zukünftig die bisherige absenkende Berücksichtigung der Sicherstellungszuschläge bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts. Hierdurch werden die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen verbessert, um die Sicherstellung der Krankenhausversorgung in strukturschwachen ländlichen und urbanen Regionen zu gewährleisten. Für eine weiterhin absenkende Berücksichtigung auf Grund von ergänzenden oder abweichenden Landesvorgaben ist die Differenz zwischen den Summen der Sicherstellungszuschläge nach den Vorgaben des Landes und nach den G-BA-Vorgaben maßgeblich, die bei fehlenden eindeutigen Datengrundlagen von den Vertragsparteien auf Landesebene zu schätzen sind.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Damit die Mittel für Krankenhausleistungen im Land durch die Erhebung von Abschlägen für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nicht gekürzt werden, ist – analog zu der absenkenden Berücksichtigung der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung nach Nummer 6 – nach Nummer 7 die Summe der entsprechenden Abschläge erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen. Zudem ist die landesweite Summe der zusätzlichen Mittel für befristete Zuschläge nach § 5 Absatz 3c zur Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, die die allgemeinen Krankenhäuser (ohne die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen) betreffen, insoweit bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts erhöhend zu berücksichtigen, als die Zuschläge nicht mehr vom einzelnen Krankenhaus erhoben werden und die zusätzlichen Mittel oder ein Teil der zusätzlichen Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt wurde. Eine nochmalige Berücksichtigung dieser Mehrkosten in Zusammenhang mit den berücksichtigungsfähigen voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2) ist nicht zulässig, da es ansonsten zu einer doppelten Berücksichtigung käme. Ebenso wie für Zuschläge für außerordentlich gute Qualität keine Absenkung des Landesbasisfallwerts vorzunehmen ist, wirken Abschläge für Leistungen, die in unzureichender Qualität erbracht werden, dementsprechend auch nicht erhöhend auf den Landesbasisfallwert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neu gefassten Satz 2 wird für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts der von den Vertragsparteien auf Landesebene nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 zu berücksichtigende Tatbestand der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven präzisiert. Vorgegeben wird, dass bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere auch die Entwicklung der Produktivität (z. B. die allgemeine Verweildauerentwicklung), die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und das Verlagerungspotential von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen ist. Um eine doppelte Berücksichtigung dieser Aspekte zu vermeiden, sind bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts nur diejenigen Einflussgrößen von möglichen Wirtschaftlichkeitsreserven maßgeblich, die nicht bereits anderweitig im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Somit dürfen Skaleneffekte zusätzlicher Leistungen, die durch den Fixkostendegressionsabschlag zukünftig beim einzelnen Krankenhaus geltend gemacht werden, nicht noch einmal zusätzlich unter dem Begriff der Produktivität bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts geltend gemacht werden. Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen, z. B. zur Verlagerungen von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich, sind insoweit bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen, als sie nicht bereits durch abgesenkte Krankenhausbudgets mindernd in die Ausgangsgrundlage nach § 10 Absatz 1 Satz 2 für die Verhandlung eingehen. Unberücksichtigt bei der Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bleiben zudem die zusätzlichen Finanzierungsmittel für das Pflegestellen-Förderprogramm sowie des Hygiene-Förderprogramms, damit die gewollte personelle und finanzielle Aufstockung gewährleistet wird.

Die Empfehlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene für die bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, sind von den Vertragsparteien auf Landesebene zu berücksichtigen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung. Die Regelung ist durch Zeitablauf nicht mehr relevant.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung von § 9 Absatz 1 und der Einführung des § 9 Absatz 1b.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neugefassten Satz 4 wird gewährleistet, dass zusätzliche Mittel, die für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA erforderlich sind, auch bei Überführung der befristeten Zuschläge in die Landesbasisfallwerte

unabhängig von der jeweiligen Obergrenze zur Verfügung gestellt werden. Zudem werden durch die Neufassung Regelungen, die durch Zeitablauf nicht mehr relevant sind, bereinigt.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorschrift wird im Wege der Rechtsbereinigung angepasst. Nach wie vor ist es Aufgabe des Statistischen Bundesamtes, den Orientierungswert für Krankenhäuser sachgerecht zu ermitteln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung von § 9 Absatz 1 und der Einführung des § 9 Absatz 1b.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Systematik, die Veränderung der Landesbasisfallwerte durch einen unter Berücksichtigung von Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V und Orientierungswert zu vereinbarenden Veränderungswert als Obergrenze zu begrenzen, bleibt bis zum Vorliegen eines Orientierungswerts, der die Kostenentwicklungen und -strukturen der Krankenhäuser umfassend berücksichtigt bzw. abbildet, bestehen. Mit dem Ziel, diese Vorgehensweise zu ersetzen, prüft der Gesetzgeber anhand eines weiterentwickelten Orientierungswerts, ob der volle Orientierungswert für eine Anwendung ab dem Jahr 2018 zum Veränderungswert wird und insoweit der anteilige Orientierungswert oder die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V als Obergrenze für die Veränderung der Landesbasisfallwerte künftig unberücksichtigt bleiben.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Die auf der Grundlage des bisherigen § 10 Absatz 13 vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene wissenschaftliche Untersuchung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung zu den Ursachen der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder ist für die Spannweite der Landesbasisfallwerte im Jahr 2007 zu dem Ergebnis gekommen, dass sich nur rund ein Drittel der Unterschiede mit Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur in den Ländern erklären lässt. Gemäß der Vereinbarung im Koalitionsvertrag, dass nicht erklärbare Unterschiede aufgehoben werden sollen, wird der Basisfallwertkorridor, an den die Landesbasisfallwerte angeglichen werden, verkleinert, indem die untere Korridorgrenze von -1,25 Prozent auf -1,02 Prozent unterhalb des Bundesbasisfallwerts angehoben wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung in Satz 2 sowie die Regelung zur Angleichung an die untere Korridorgrenze in Satz 7 wird die Konvergenz der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor ab 2016 fortgesetzt. Die Angleichung der Landesbasisfallwerte an die obere Korridorgrenze erfolgt in sechs gleichen Schritten, um den Krankenhäusern in den betroffenen Ländern ausreichend Zeit für eine Anpassung ihrer Organisationsstrukturen und ihrer Abläufe an die geänderten finanziellen Rahmenbedingungen zu geben. Die Regelung findet in der Praxis voraussichtlich nur auf den Landesbasisfallwert in Rheinland-Pfalz Anwendung.

Satz 3 bestimmt die jährlichen Angleichungsschritte für die Konvergenz der Landesbasisfallwerte an die obere Korridorgrenze. Dabei werden die grundsätzlich gleich hohen Angleichungsschritte umgerechnet auf den jeweils noch verbleibenden Konvergenzzeitraum. Das Verfahren entspricht der Vorgehensweise, die bereits sowohl bei der Konvergenz der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die Landesbasisfallwerte als auch bei der Konvergenz der Landesbasisfallwerte an den bisherigen einheitlichen Basisfallwertkorridor in den Jahren 2010 bis 2014 angewendet worden ist und somit den Beteiligten bekannt ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung enthält Folgeänderungen, die sich aus der modifizierten Fortsetzung der Konvergenz der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor ergeben. Es werden daher zeitliche Bezüge angepasst und in der Vergangenheit liegende Tatbestände gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Die Konvergenz der Landesbasisfallwerte an die obere Korridorgrenze umfasst durch die in Satz 2 neu geregelte Konvergenzphase zwischen 2016 und 2021 sechs Konvergenzschritte. Hierdurch haben die Krankenhäuser in den betroffenen Ländern ausreichend Zeit, ihre Organisationsstrukturen und Abläufe an die geänderten finanziellen Rahmenbedingungen anzupassen. Die sogenannte Kappungsgrenze, die dem Schutz vor einer unzumutbaren Absenkung der Landesbasisfallwerte im Rahmen des Konvergenzprozesses diene, wird daher gestrichen. Durch die Streichung wird zudem erreicht, dass auch Landesbasisfallwerte oberhalb der oberen Korridorgrenze wirksam an diesen Wert angeglichen werden.

Zu Doppelbuchstabe ee

Die Regelung bestimmt, dass die für das Jahr 2016 verhandelten Landesbasisfallwerte in einem Schritt an die untere Korridorgrenze angeglichen werden, sofern sie die untere Korridorgrenze unterschreiten. Auch in den Folgejahren werden Landesbasisfallwerte, die unterhalb der unteren Korridorgrenze liegen, jeweils in einem Schritt an die untere Korridorgrenze angeglichen. Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in den Ländern mit Landesbasisfallwerten an der unteren Korridorgrenze wird dadurch über die Verbesserungen in den Jahren 2010 bis 2014 hinaus weiter erheblich verbessert. Eine Unterschreitung der unteren Korridorgrenze ist nur möglich, wenn Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschläge, die auf gegenüber den G-BA-Vorgaben ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind. Diese absenkende Berücksichtigung hat somit erst nach der Angleichung an die untere Korridorgrenze zu erfolgen, weil die absenkende Berücksichtigung in Ländern an der unteren Korridorgrenze ansonsten keine Wirkung entfalten würde und es zu einer Ungleichbehandlung zwischen Ländern an der unteren Korridorgrenze und Ländern innerhalb des Korridors käme.

Zu Doppelbuchstabe ff

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung dazu, dass zukünftig für die Angleichung an die obere und die untere Korridorgrenze zwei unterschiedliche Verfahren bestehen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

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

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur geänderten Satzählung in Absatz 8, wodurch nunmehr der alte Satz 6 und der neue Satz 7 in Absatz 8 für den angeglichenen Basisfallwert in Bezug genommen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Im Zusammenhang mit der ab dem 1. Januar 2020 erfolgenden Umstellung auf einen nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten ermittelten bundeseinheitlichen Basisfallwert und dessen Korridorgrenzen setzt die Regelung die Rahmenbedingungen für eine möglichst frühzeitige Vereinbarung der Landesbasisfallwerte. Ab dem Jahr 2020 läuft das Schiedsstellenverfahren dann automatisch an, d. h. ohne Antrag einer Vertragspartei, wenn der Landesbasisfallwert nicht bis zu dem gesetzlich vorgegebenen Termin am 30. November vereinbart worden ist. Die Schiedsstelle hat den Landesbasisfallwert in diesem Fall innerhalb von sechs Wochen festzusetzen. Die Regelung wirkt verzögerten Verhandlungen der Landesbasisfallwerte entgegen und sorgt dafür, dass Krankenhäuser und Kostenträger frühzeitig Planungssicherheit für die Budgetverhandlungen erhalten. Die Regelung findet erstmals Anwendung für die im Jahr 2019 zu vereinbarenden Landesbasisfallwerte, wenn diese nicht vor dem 1. Januar 2020 vereinbart wurden.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2017 zu überführenden Mittel des Hygiene-Förderprogramms auch die Mittel für die

krankenhausinterne Besetzung neu geschaffener Hygienestellen umfasst. Zudem wird eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 4 vorgenommen.

Zu Buchstabe h

Der bisherige Absatz 13 ist wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant, da die vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 zu vergebende wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Landesbasisfallwerte fristgerecht in Auftrag gegeben wurde. Die Ergebnisse der vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung durchgeführten Untersuchung zu den erklärbaren Unterschieden der Basisfallwerte werden bei der weiteren Annäherung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt. Die Vertragsparteien auf Landesebene haben nach dem neuen Absatz 13 für die von der Landes- auf die Krankenhausebene erfolgende verursachungsgerechte Verlagerung der Fixkostendegression für zusätzlich vereinbarte Leistungen nach Satz 1 einen Fixkostendegressionsabschlag mit einer fünfjährigen Erhebungsdauer zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist für die Vertragsparteien vor Ort als Mindestabschlagshöhe und -dauer verbindlich. Die Vertragsparteien vor Ort haben für Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression oder für Leistungen mit Anhaltspunkten zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen höhere Abschlagsquoten und -dauern zu vereinbaren (§ 4 Absatz 2b Satz 2). Um dem Sachverhalt Rechnung zu tragen, dass ab einem bestimmten Leistungszuwachs zusätzliche Fixkosten, z. B. für neues Personal, entstehen (sprungfixe Kosten), wird für die Erhebung des Abschlags eine fünfjährige Dauer vorgegeben. Der Abschlag ist von den Vertragsparteien auf Landesebene in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen festzulegen. Satz 2 gibt für die Vereinbarung der Abschlagshöhe zudem vor, dass gegenüber einer für das Jahr 2015 ausdrücklich oder implizit bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts vereinbarten Absenkung bei einer Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags durch die Vertragsparteien vor Ort keine Mehrausgaben entstehen dürfen. Unberührt hiervon bleibt die finanzielle Wirkung des von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden engen Katalogs von unverzichtbaren Ausnahmen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6. Durch Bezugnahme auf die für das Jahr 2015 bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts berücksichtigte Abschlagshöhe wird eine unerwünschte Beeinflussung der noch für das Jahr 2016 zu führenden Landesbasisfallwertverhandlungen verhindert.

Die Vereinbarung ist mit Wirkung für die Vertragsparteien vor Ort bis zum 30. September, erstmals bis zum 30. September 2016, zu treffen. Damit ist im Herbst 2016 erstmals die Abschlagshöhe zusammen mit dem bundesweiten Ausnahmenkatalog nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags bei den prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Da die absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen als Verhandlungstatbestand für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts aufgehoben wird, hat die Vereinbarung der Abschlagsquoten zukünftig inhaltlich unabhängig von der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu erfolgen.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Bei der Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus ist zukünftig neben dem Versorgungsauftrag auch die Einhaltung des Mindestmengenkatalogs einschließlich ggf. bestehender Ausnahmetatbestände zu berücksichtigen. Leistungen, die die Vorgaben des Mindestmengenkatalogs unterschreiten und für die keine Ausnahmeregelungen gelten gemacht werden können, dürfen nicht vereinbart und nicht abgerechnet werden (vgl. § 8 Absatz 4 Satz 2).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Umbenennung von Anlage 1 Abschnitt B2 in Abschnitt B1.

Zu Nummer 12 (§ 15)

Die Streichung dient der Rechtsbereinigung. Die Regelung ist durch Zeitablauf nicht mehr relevant.

Zu Nummer 13 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Die Regelung bezieht sich auf einen abgelaufenen Zeitraum und wird daher im Wege der Rechtsbereinigung aufgehoben.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des § 17b Absatz 1a KHG, der die Vorgaben für Zu- und Abschläge neu strukturiert. Da dies auch die Zu- und Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung umfasst, ist eine gesonderte Erwähnung dieses Merkmals verzichtbar.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach bisheriger Rechtslage wird lediglich die Postleitzahl des Wohnorts der Patientinnen und Patienten erhoben. Hierdurch stellt sich das Problem, dass eine trennscharfe und eindeutige Gebietsabgrenzung der Postleitzahlengebiete mit administrativen Gebietseinheiten auf Basis des amtlichen Gemeindegchlüssels (Bundesland, Regierungsbezirk, Kreis, Gemeinde) häufig nicht möglich ist. In Einzelfällen umfasst beispielsweise ein Postleitzahlengebiet bis zu drei Landkreise. Für eine trennscharfe Zuordnung werden die zu erhebenden Daten daher um den Wohnort, in den Stadtstaaten um den Stadtbezirk, erweitert. Bei im Ausland lebenden Patientinnen und Patienten gilt die Angabe des Staates, in dem der Hauptwohnsitz liegt, als der Wohnort. Eine entsprechend trennscharfe Zuordnung wird benötigt, um die Datengrundlage der Länder für eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung sowie für die amtliche Krankenhausstatistik zu verbessern.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung bestimmt, dass die Länder zusätzlich zu den bisher übermittelten Daten auch die Höhe der je Behandlungsfall abgerechneten Entgelte (Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe h) erhalten können. Voraussetzung für die Übermittlung der zusätzlichen Daten ist, dass das Land die Investitionsförderung auf der Grundlage von leistungsorientierten Investitionspauschalen nach § 10 KHG durchführt oder dies beabsichtigt. Die Kenntnis der Höhe der Entgelte ist Voraussetzung für die Ermittlung der Investitionsförderbeträge, die die Krankenhäuser auf der Grundlage der vom InEK ermittelten und veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen von den Ländern erhalten. Dabei dürfen die Länder die Höhe der Entgelte lediglich zum Zweck der Investitionsförderung verwenden. Erfolgt die Investitionsförderung nicht auf der Grundlage von Investitionspauschalen, ist die Kenntnis der Länder über die Höhe der von den Krankenhäusern abgerechneten Entgelte nicht erforderlich und eine Übermittlung der Daten daher nicht vorgesehen.

Zu den Doppelbuchstaben bb bis dd

Der bisherige Satz 4 beinhaltet Ausführungen zu einem abgelaufenen Zeitraum und wird insoweit im Wege der Rechtsbereinigung aufgehoben. Zudem werden redaktionelle Folgeänderungen durchgeführt und die Rechtssprache angepasst.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Ergänzung von Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d. Die Regelung beschränkt die Verwendung der zusätzlich erhobenen Daten entsprechend der bisherigen Beschränkung der Verwendung der Postleitzahl. Hierdurch wird datenschutzrechtlichen Erfordernissen Rechnung getragen.

Zu Buchstabe d

Die Neufassung der Regelung beinhaltet eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Einführung des neuen § 137a SGB V mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG). Gemäß § 137a SGB V wurde der G-BA beauftragt, ein fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz

im Gesundheitswesen zu gründen. Dieses neue Qualitätsinstitut übernimmt ab 1. Januar 2016 dauerhaft die Aufgaben der bis zu diesem Zeitpunkt befristet beauftragten Institution nach § 137a SGB V a. F.. Damit das neue Qualitätsinstitut ab dem 1. Januar 2016 die Daten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nummer 2 für Zwecke der Qualitätssicherung auf Antrag nutzen kann, muss Absatz 3a an die neuen Strukturen der Qualitätssicherung angepasst werden. Antragsberechtigt ist nunmehr der G-BA, wobei er das Institut nach § 137a SGB V oder eine andere Stelle zur Antragstellung, Datenhaltung und -auswertung beauftragen kann. Diese Ausgestaltung stellt klar, dass die Datenhoheit und damit Verantwortung für die ordnungsgemäße Nutzung der Daten für Zwecke der Qualitätssicherung ausdrücklich beim G-BA als juristischer Person des öffentlichen Rechts liegt, der die Gestaltung der Qualitätssicherung übertragen ist. Der G-BA kann im Rahmen der Entwicklung oder Durchführung der Qualitätssicherung neben dem Institut nach § 137a SGB V auch andere Einrichtungen mit der Anforderung und Verarbeitung der ausgewählten Leistungsdaten beauftragen. Dies ermöglicht insbesondere, dass weitere Einrichtungen wie z. B. andere Institute, die bei Aufgaben der Qualitätssicherung vom G-BA einbezogen werden, hierbei - soweit dies erforderlich ist - auch Zugriff auf die genannten Daten erhalten. Der Verweis in Satz 4 wird bereinigt und bezieht sich auf Absatz 3 Satz 9. Der Verweis macht deutlich, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Daten datenschutzrechtlich nur im Rahmen des jeweiligen Antrags zulässig ist.

Zu Nummer 14 (Anlage 1)

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

Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Abschaffung des Versorgungszuschlags nach § 8 Absatz 10 zum 1. Januar 2017.

Artikel 4 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG)

Zu Nummer 1

Nach geltender Rechtslage wird der bundeseinheitliche Basisfallwert ermittelt, indem die gewichteten Landesbasisfallwerte um die volle Obergrenze (Orientierungswert oder Grundlohnrate) angehoben werden. In der Folge steigen auch die Grenzen des einheitlichen Basisfallwertkorridors um die volle Obergrenze. Daher steigen die Landesbasisfallwerte in Ländern an der unteren Korridorgrenze unabhängig vom Ergebnis der Landesbasisfallwertverhandlungen um die volle Obergrenze. Insoweit werden diese Landesbasisfallwertverhandlungen auch als „Scheinverhandlungen“ kritisiert. Um die Bedeutung der Landesbasisfallwertverhandlungen zu stärken, wird erstmals mit Wirkung für das Jahr 2021 der bundeseinheitliche Basisfallwert nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten ermittelt und veröffentlicht. Der bundeseinheitliche Basisfallwert und der Basisfallwertkorridor für das Jahr 2020 werden noch nach altem Recht im Herbst 2019 ermittelt. Um Unter- oder Überschreitungen der zukünftig nachgehend ermittelten Korridor Grenzen gegenüber den für dasselbe Jahr verhandelten oder festgesetzten Landesbasisfallwerten frühzeitig ermitteln und ausgleichen zu können, wird in Satz 3 die Frist für die Übermittlung der vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerte und der übrigen vorgesehenen Werte durch die Landeskrankenhausesellschaften an das DRG-Institut auf den 28. Februar jedes Jahres vorverlegt. Die frühere Datenübermittlung wird durch eine Änderung des Absatzes 10 ermöglicht, nach der ab dem Jahr 2020 das Schiedsstellenverfahren automatisch, d. h. ohne Antrag einer Vertragspartei, anläuft, wenn der Landesbasisfallwert nicht bis zu dem gesetzlich vorgegebenen Termin am 30. November des vor der Datenübermittlung liegenden Jahres vereinbart worden ist. Die Schiedsstelle hat den

Landesbasisfallwert in diesem Fall innerhalb von sechs Wochen, d. h. bis spätestens Mitte Januar, festzusetzen. Das DRG-Institut ermittelt auf dieser Grundlage kurzfristig einen mit Leistungsmengen gewichteten Durchschnitt der Landesbasisfallwerte. Dieses Vorgehen ist bereits aus der geltenden Rechtslage bekannt. Die Vorlage des Berechnungsergebnisses bei den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene wird mit Satz 5 auf den 15. März jedes Jahres festgelegt. Das Berechnungsergebnis ist von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene als einheitlicher Basisfallwert zu vereinbaren, um dem Wert die notwendige Verbindlichkeit für die Kostenträger und Krankenhäuser zu verleihen. Ausgehend von dem einheitlichen Basisfallwert haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zudem den einheitlichen Basisfallwertkorridor zu vereinbaren.

Während nach bisheriger Rechtslage der im Herbst vereinbarte einheitliche Basisfallwert und der einheitliche Basisfallwertkorridor Auswirkungen für die Landesbasisfallwerte des Folgejahres hatte, entfalten der zukünftig nachgehend zu Beginn des Jahres vereinbarte einheitliche Basisfallwert und der einheitliche Basisfallwertkorridor bereits im laufenden Jahr Wirkung (siehe hierzu die Änderungen in Absatz 11). Daher ist es sachgerecht, die Fristen durch die Änderungen in den Sätzen 3 und 5 gegenüber der geltenden Rechtslage vorzulegen. Durch die Änderungen wird der Bedarf an finanziellen Ausgleichen den Beteiligten frühzeitig bekannt, und mit der Abwicklung der Ausgleichsleistungen kann dementsprechend frühzeitig begonnen werden.

Zu Nummer 2

Der neue Absatz 11 regelt die Angleichung der Landesbasisfallwerte an den ab dem Jahr 2021 nachgehend ermittelten einheitlichen Basisfallwert und Basisfallwertkorridor (vgl. hierzu die Änderungen in Absatz 9). Dazu ermitteln nach Satz 1 die Vertragsparteien auf Landesebene in Ländern, in den der von den Vertragsparteien vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgesetzte Landesbasisfallwert außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors liegt, die Differenz zwischen der maßgeblichen Korridorgrenze und dem Landesbasisfallwert. In Ländern mit einem Basisfallwert unterhalb der unteren Korridorgrenze ist für die Ermittlung der Differenz die untere Korridorgrenze maßgeblich. Die zu ermittelnde Differenz hat in diesen Ländern ein positives Vorzeichen. In Ländern mit einem Basisfallwert oberhalb der oberen Korridorgrenze ist für die Ermittlung der Differenz die obere Korridorgrenze maßgeblich. Die zu ermittelnde Differenz hat in diesen Ländern ein negatives Vorzeichen. Der vereinbarte oder festgesetzte Landesbasisfallwert zuzüglich der (positiven oder negativen) Differenz ergibt den Landesbasisfallwert einschließlich Konvergenzanpassung, der vereinbart oder festgesetzt worden wäre, wenn den Beteiligten bei der Vereinbarung oder Festsetzung der Basisfallwertkorridor bereits bekannt gewesen wäre. Zur Verwaltungsvereinfachung sieht die Regelung keine erneute unterjährige Vereinbarung der Landesbasisfallwerte durch die Vertragsparteien auf Landesebene nach den dafür bestehenden Vorschriften vor. Vielmehr ist neben dem Landesbasisfallwert unterjährig ein Ausgleichsbetrag abzurechnen. Dieser Betrag ergibt sich daraus, dass er wegen der unterjährigen Vereinbarung der Differenz zwischen maßgeblicher Korridorgrenze und Basisfallwert nur für das restliche Kalenderjahr abgerechnet werden kann und die Differenz insoweit zu erhöhen ist. Der Ausgleichsbetrag ist nach Satz 2 von den Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. April jedes Jahres zu vereinbaren. Der Ausgleichsbetrag, der positiv oder negativ sein kann, ist nach Satz 3 von den Krankenhäusern zusätzlich zu dem Landesbasisfallwert je Bewertungsrelation abzurechnen. Die abzurechnende Summe ergibt sich daher aus der Multiplikation des vereinbarten Ausgleichsbetrags mit der Anzahl der abgerechneten Bewertungsrelationen. Zur Verwaltungsvereinfachung erfolgt die Abrechnung im Rahmen des bestehenden Verfahrens nach § 15 Absatz 3. Danach wird die Abrechnung im restlichen Kalenderjahr im Rahmen des gemeinsamen Zu- oder Abschlags vorgenommen, mit dem u. a. die Mehr- und Mindererlösausgleiche abgewickelt werden. Satz 4 sieht eine Berichtigung der Ausgangsgrundlage für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das folgende Jahr um die von den Vertragsparteien vereinbarte (positive oder negative) Differenz zwischen der maßgeblichen Korridorgrenze und dem vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert vor. Dadurch wird gewährleistet, dass bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das folgende Jahr die Konvergenzanpassung des vorangegangenen Jahres berücksichtigt wird.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung - BPfIV)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Die Inhaltsübersicht wird redaktionell nach Maßgabe der Überschriften der entsprechenden Rechtsnormen angepasst.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neufassung von § 17b Absatz 1 KHG. Gleichzeitig wird die bisherige Verweiskette rechtsbereinigend aufgelöst und stattdessen wird die bisherige Bezugsnorm inhaltsgleich wiedergegeben. Nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind demnach – wie bisher – Krankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Zu Nummer 3 (§ 2)

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

Zu Nummer 4 (§ 5)

Zu Absatz 3

Qualitätszu- und -abschläge auf der Grundlage der Vorgaben des G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V finden grundsätzlich auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Anwendung. Es gelten die im Krankenhausentgeltgesetz vorgegebenen Regelungen entsprechend. Voraussetzung dafür, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Qualitätszu- und -abschläge zur Anwendung kommen ist, dass der G-BA für psychiatrische und psychosomatische Leistungen und Leistungsbereiche dementsprechende Anforderungen definiert.

Zu Absatz 4

Auch den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird die Möglichkeit eingeräumt, zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA resultieren und die noch nicht bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen für die tagesbezogenen Entgelte, der Zusatzentgelte und der ergänzenden Tagesentgelte berücksichtigt werden konnten, auf der Grundlage bundeseinheitlicher Vorgaben befristete krankenspezifische Zuschläge mit den Kostenträgern vor Ort zu vereinbaren (vgl. auch die Begründung zu § 5 Absatz 3c KHEntgG).

Zu Nummer 5 (§ 8)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Vorschriften zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser.

Zu Nummer 6 (§ 9)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 7 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Da der Aufwand für Zuschläge in der Regel bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts zu berücksichtigen. Mit der Änderung von § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 wird vorgegeben, dass bestimmte Zuschlagstatbestände bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts nicht mindernd zu berücksichtigen sind. Im Einzelnen sind dies Sicherstellungszuschläge, soweit sie nicht auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 KHEntgG beruhen, befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen und Zuschläge für außerordentlich gute Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen. Für diese Aufgabenstellungen werden zusätzliche Ressourcen bereitgestellt, so dass in der Folge bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts diese Zuschläge nicht abgezogen werden dürfen. Ebenfalls nicht absenkend geltend gemacht werden dürfen Zuschläge zur Finanzierung von Ausbildungskosten, da die Ausbildungskosten bereits in der Vergangenheit aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert wurden und somit diese Aufgabe nicht durch den Landesbasisentgeltwert finanziert wird. Da die Ausbildungszuschläge nicht zu den sonstigen Zuschlägen nach § 7 Satz 1 Nummer 3 gehören, ergibt sich die gewollte Rechtsfolge bereits bislang durch Verwendung des Begriffs „sonstige Abschläge“ in § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5, so dass keine gesonderte Ausnahmeregelung erforderlich ist.

Zu Buchstabe b

Nach der geänderten Fassung des § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 ist die landesweite Summe der zusätzlichen Mittel für befristete Zuschläge nach § 5 Absatz 4 zur Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, die psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen betreffen, insoweit bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts erhöhend zu berücksichtigen, als die befristeten Zuschläge nicht mehr vom einzelnen Krankenhaus erhoben werden und die zusätzlichen Mittel oder ein Teil der zusätzlichen Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt wurde. Darüber hinaus sind weiterhin die sogenannten sonstigen Abschläge erhöhend zu berücksichtigen, soweit diese Leistungen bereits bisher mit dem Basisentgeltwert vergütet wurden. Ebenso wie für Zuschläge für außerordentlich gute Qualität keine Absenkung des Landesbasisentgeltwerts vorzunehmen ist, wirken Abschläge für Leistungen, die in unzureichender Qualität erbracht werden, dementsprechend auch nicht erhöhend auf den Landesbasisentgeltwert.

Zu Nummer 8 (§ 14)

Es wird klargestellt, dass auch nicht in § 5 genannte Zu- und Abschläge der Genehmigung nach § 14 durch die zuständige Landesbehörde unterliegen. Hierdurch wird gewährleistet, dass alle nach der Bundespflegesatzverordnung krankenhausindividuell vereinbarten Zu- und Abschläge der Genehmigung unterliegen und eine Aufspaltung des Rechtsschutzes vermieden wird.

Zu Nummer 9 (§ 18)

Es wird klargestellt, dass sich der Nachweis der Stellenbesetzung, die zweckentsprechende Mittelverwendung als auch die Rückzahlungspflicht von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln sowohl auf die regulär nach der Psychiatrie-Personalverordnung als auch

auf die nachverhandelten Personalstellen bezieht. Die Regelung gilt sowohl für Psych-Einrichtungen, die ihre Leistungen mit dem bisherigen Entgeltsystem krankenhausindividueller tagesgleicher Pflegesätze abrechnen, als auch für Einrichtungen, die ihre Leistungen nach dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem nach § 17d KHG berechnen.

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

Zu Nummer 1 (§ 65c)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 2 (§ 81)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 3 (§ 87)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 4 (§ 87a)

Durch die Senkung des Investitionskostenabschlags auf 5 Prozent soll eine angemessene Berücksichtigung des derzeitigen Förderumfangs der Investitionskosten ermöglicht werden. Die Senkung des Investitionskostenabschlags führt in der Folge zu einer höheren Vergütung der in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen, sowohl für Leistungen innerhalb, als auch für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

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

Dazu sind in den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 durch den Bewertungsausschuss auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Senkung des Investitionskostenabschlags nach § 120 Absatz 3 Satz 2 innerhalb der Honorarverteilung nach § 87b entspricht. Wird der Investitionskostenabschlag im Rahmen der Honorarverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung z. B. nach der Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen (z. B. Auszahlungsquoten) abgezogen, so ist der Betrag der Honorarerhöhung durch die Senkung des Investitionskostenabschlages nach der Anwendung der Begrenzungsregelungen maßgeblich. Die Vorgaben des Bewertungsausschusses sollen eine einheitliche Verfahrensweise bei der Anpassung der Aufsatzwerte auch unter Berücksichtigung einer unterschiedlichen Mengensteuerung (z. B. unterschiedliche Quotierung dieser Leistungen) im Rahmen der Honorarverteilung in den Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen. Für die zur Erstellung der Vorgaben erforderlichen Daten gilt Absatz 6 entsprechend. Die basiswirksame Anpassung der Aufsatzwerte hat rückwirkend zum Inkrafttreten der Senkung des Investitionskostenabschlages auf der Grundlage der aktuell vorliegenden Daten zu erfolgen.

Zu Nummer 5 (§ 91)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 6 (§ 92)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 7 (§ 92a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen zu § 221 Absatz 2 und 3 (Artikel 6 Nummer 20).

Zu Nummer 8 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung in Absatz 2 wird für die Ermessensentscheidung der Krankenkassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern das Ziel einer patientengerechten und qualitativ hochwertigen Krankenhausbehandlung ausdrücklich zusätzlich vorgegeben. Die Regelung korrespondiert insoweit mit der Neuregelung in § 1 Absatz 1 KHG (Artikel 1 Nummer 1), mit der die patientengerechte und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern als weiteres Zielkriterium für die Krankenhausplanung eingeführt wird.

Zu Buchstabe b

Im Hinblick auf das Ziel, eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung sicherzustellen, wird in Absatz 3 klargestellt, dass Versorgungsverträge mit Krankenhäusern, die dauerhaft eine in einem erheblichen Umfang unzureichende Qualität aufweisen, nicht geschlossen werden dürfen. Die Feststellung der unzureichenden Qualität kann auch nur eine oder mehrere Fachabteilungen eines Krankenhauses betreffen. In diesem Fall bleibt der Abschluss von Versorgungsverträgen im Hinblick auf die übrigen Fachabteilungen zulässig. Maßgeblich sind – wie auch für die Krankenhausplanung der Länder – die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a KHG auf der Grundlage der vom G-BA nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien. Gleiches gilt für Krankenhäuser, die die maßgeblichen landesrechtlichen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllen oder für die wiederholt Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a KHEntG vereinbart wurden. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit müssen hierfür mindestens zwei Mal in Folge für die gleiche Leistung oder den gleichen Leistungsbereich Qualitätsabschläge vereinbart worden sein.

Zu Nummer 9 (§ 110)

Mit den Neuregelungen wird der Qualität der Krankenhausbehandlung auch im Hinblick auf die Kündigung von Versorgungsverträgen eine besondere Bedeutung zugewiesen.

Zu Buchstabe a

Durch die Einfügung des neuen Satzes 2 in Absatz 1 wird festgelegt, dass der Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus, das dauerhaft eine in einem erheblichen Umfang unzureichende Qualität aufweist, zu kündigen ist. Mit der Bezugnahme auf § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird klargestellt, dass dies der Fall ist, wenn ein Krankenhaus bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a KHG auf der Grundlage der vom G-BA nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien dauerhaft in einem erheblichen Maß unzureichende Ergebnisse erzielt. Die Feststellung der unzureichenden Qualität kann auch nur eine oder mehrere Fachabteilungen eines Krankenhauses betreffen. Die Kündigung ist dann nur auf diesen Teil des Krankenhauses zu beschränken.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit den Änderungen des Absatzes 2 wird die Kündigung von Versorgungsverträgen durch die Kassen erleichtert. Durch die Aufhebung des Satzes 1 entfällt das Erfordernis für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, gemeinsam das Benehmen mit den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen über eine Kündigung herstellen zu müssen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des Satzes 1.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Ergänzung des Satzes 3 wird der zuständigen Landesbehörde eine Darlegungslast auferlegt, wenn sie die Genehmigung einer Kündigung gegenüber einem Plankrankenhaus versagen will. In diesem Fall hat die Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich zu begründen. Das bedeutet, dass sie konkret darlegen muss, warum der Versorgungsbedarf, der bisher von dem betroffenen Krankenhaus gedeckt worden ist, nicht in zumutbarer Weise von anderen Krankenhäusern gedeckt werden kann.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Regelung wird erreicht, dass ein Plankrankenhaus nicht mehr für die Versorgung der gesetzlich Versicherten zugelassen ist, sobald und soweit die Kündigung des Versorgungsvertrags wirksam wird. Nach § 108 Nummer 2 sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) soweit und solange zur Versorgung der gesetzlich Versicherten mit Krankenhausbehandlung zugelassen. Durch die Neuregelung gilt diese Zulassung mit Wirksamwerden der Kündigung auch dann nicht mehr, wenn das Land das Krankenhaus insoweit nicht oder noch nicht durch Feststellungsbescheid aus dem Krankenhausplan herausgenommen hat. Damit wird es den kündigungsberechtigten in Absatz 1 Satz 1 genannten Verbänden erleichtert, ein Plankrankenhaus ganz oder teilweise von der Versorgung der Versicherten auszuschließen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den neuen Kündigungsgrund nach § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 für eine patientengerechte und qualitätsgesicherte stationäre Versorgung der Versicherten von Bedeutung.

Zu Nummer 10 (§ 110a)

Zu Absatz 1

Nach Satz 1 sollen die Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen Qualitätsverträge zu Leistungen und Leistungsbereichen, die vom G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 festzulegen sind, abschließen.

Durch die Qualitätsverträge soll erprobt werden, inwieweit sich die weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen durch Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen erreichen lässt.

Für eine anschließende Evaluierung sind die Qualitätsverträge nach Satz 3 zu befristen. Der G-BA hat das Institut nach § 137a mit der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den festgelegten Leistungen und Leistungsbereichen gemäß § 136b Absatz 8 Satz 2 zu beauftragen.

Satz 4 verankert die Maßgabe, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen nicht Inhalt der Vereinbarung sein darf und deshalb unzulässig ist.

Zu Absatz 2

Satz 1 verankert die Kompetenz der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, bis spätestens zum 31. Juli 2018 bundeseinheitlich für die Vertragsparteien verbindliche Vorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge, insbesondere im Hinblick auf die zu vereinbarenden höherwertigen Qualitätsanforderungen und die Befristung im Sinne des § 110a Absatz 1 Satz 3 festzulegen. Die einheitlichen Vorgaben – insbesondere bezüglich der Qualitätsanforderungen – sind deshalb erforderlich, um die nach dem Erprobungszeitraum anschließende Evaluierung gemäß § 136b Absatz 8 Satz 2 zu ermöglichen.

Satz 3 begründet eine Konfliktlösung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, soweit eine Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

Zu Nummer 11 (§ 113)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 12 (§ 115b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 13 (§ 120)

Um eine Doppelfinanzierung bei den Investitionskosten zu vermeiden, ist bei öffentlich geförderten Krankenhäusern weiterhin ein Investitionskostenabschlag bei der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen nach § 120 Absatz 1 zu berücksichtigen, wobei der Abschlag künftig mit 5 Prozent angesetzt wird, um damit eine angemessene Berücksichtigung des derzeitigen Förderumfangs der Investitionskosten zu ermöglichen.

Zu Nummer 14 (§ 135a)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 15 (§ 135b bis § 137)

Zu § 135b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt. Die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung (§ 136 a. F.) werden ohne inhaltliche Änderung in den neuen § 135b überführt. Aus Gründen der Rechtsbereinigung wird das in § 136 Absatz 4 a. F. genannte Datum (31. Januar 2009) nicht in § 135 Absatz 4 übernommen.

Zu § 135c

Zu Absatz 1

Die Regelung des § 136a Satz 2 und 3 a. F. zur Vermeidung von Zielvereinbarungen, die die ärztliche Unabhängigkeit von leitenden Ärzten im Krankenhaus gefährden, wird in § 135c Absatz 1 Satz 2 neu gefasst und weiterentwickelt.

Mit der geänderten Formulierung in Satz 2 wird die Intention des Gesetzgebers klargestellt, dass die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft sich nicht nur gegen Vertragsgestaltungen mit Zielvereinbarungen richten sollen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Die Empfehlungen sollen vielmehr jegliche Zielvereinbarungen ausschließen, welche die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Mit der Änderung werden Vorschläge der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte aufgegriffen, die nach einer Aktualisierung der Empfehlungen zur Vertragsgestaltung im Krankenhaus eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Formulierung gefordert haben. Die Regelung nennt als Beispiel auszuschließender Zielvereinbarungen nunmehr nicht mehr nur Abreden, die auf einzelne Leistungen bezogen sind. Es werden – wie von der Ärzteschaft vorgeschlagen – ausdrücklich auch Vereinbarungen finanzieller Anreize aufgeführt, die auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe und Messgrößen hierfür abstellen. Hierunter fällt beispielweise eine Zielvereinbarung, die eine Prämienzahlung für das Erreichen von bestimmten Bewertungsrelationen vorsieht. Durch das Wort „insbesondere“ wird klargestellt, dass es sich um keine abschließende Aufzählung handelt. Hierdurch ist auch zum Ausdruck gebracht, dass die Empfehlungen nach dem Sinn und Zweck dieser Vorschrift weiterzuentwickeln sind, sobald festgestellt wird, dass weitere Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden sollten. Eine gesetzliche Anpassung wegen solcher Fortentwicklungen der Empfehlungen ist wegen des veränderten Wortlauts künftig nicht mehr erforderlich. Hingegen sind Zielvereinbarungen weiterhin zu befürworten, die finanzielle Anreize bieten, um beispielsweise die konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder sonstige Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu fördern. Die vormals enthaltene zeitliche Frist zur Abgabe der Empfehlungen (30. April 2013) ist gestrichen, da die Deutsche Krankenhausgesellschaft zusammen mit der Bundesärztekammer ihrem gesetzlichen Auftrag nach § 136a a. F. nachgekommen ist. Nunmehr ist es deren Aufgabe, die Empfehlungen kontinuierlich anzupassen.

Zu Absatz 2

Die gesetzliche Regelung (§ 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 a. F.), dass die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine Erklärung zur Einhaltung der Empfehlungen nach Absatz 1 oder eine Information zu deren Nichteinhaltung ausweisen müssen, wird aus Gründen der Übersichtlichkeit und des Sachzusammenhangs nunmehr in dieser Bestimmung geregelt. Entsprechend der gesetzlichen Weiterentwicklung in Absatz 1 werden auch die Transparenzpflichten angepasst, indem der ausdrückliche Leistungsbezug der Zielvereinbarungen durch eine weitere Formulierung ersetzt wird. Entsprechend fordert Satz 2, dass bei Nichteinhaltung der Empfehlungen von solchen Zielvereinbarungen betroffene „Leistungen oder Leistungsbereiche“ im Qualitätsbericht offenzulegen sind. Hiermit wird sichergestellt, dass auch bei Zielvereinbarungen nach Absatz 1 Satz 2, die sich nicht auf einzelne Leistungen beziehen, eine Angabe zum Leistungsbereich, für den diese gilt (z. B. Geburtshilfe), anzugeben ist. Sofern eine Zielvereinbarung beispielsweise nach Absatz 1 in abstrakter Form Leistungskomplexe umfasst und somit mehrere verschiedene Einzelleistungen betrifft, ist möglichst konkret der betroffene Leistungsbereich beziehungsweise die betroffene Abteilung anzugeben. Ziel ist es, das Vorliegen von Zielvereinbarungen, die nicht den Empfehlungen der Deutschen

Krankenhausgesellschaft entsprechen, besonders für Patientinnen und Patienten hinreichend transparent zu machen und konkrete Nachfragen bei der Krankenhauswahl zu ermöglichen.

Aus Gründen der Rechtsbereinigung wird die Aussage „liegen diese Empfehlungen nach dem 30. April 2013 nicht vor“ gestrichen, da sich, wie zu Absatz 1 ausgeführt, der gesetzliche Auftrag erledigt hat.

Zu § 136

Zu Absatz 1

Absatz 1 entspricht der Regelung des § 137 Absatz 1 a. F. Aufgrund zusätzlicher Aufträge an den G-BA, insbesondere im Bereich der stationären Versorgung sowie verschiedener Konkretisierungen der bestehenden Regelungen, erfolgt aus rechtssystematischen Gründen eine Umstrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im neunten Abschnitt. Zur besseren Übersichtlichkeit und Verständlichkeit stellt nun § 136 die Grundnorm für Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 dar. Die Richtlinienaufträge des G-BA zu ausgewählten Bereichen werden in § 136a konkretisiert. Zudem sind auch die Regelungen zu den Beschlüssen des G-BA im stationären Bereich nunmehr in einem gesonderten Paragraphen (§ 136b) geregelt.

Der Verweis auf § 116b Absatz 4 Satz 4 ist redaktionell korrigiert (vorher: § 116b Absatz 3 Satz 3).

Zu Absatz 2

Die Verpflichtung, die Richtlinien sektorenübergreifend zu erlassen, entspricht dem § 137 Absatz 2 a. F.. Aufgrund der Neustrukturierung sind die Verweise angepasst.

Zu Absatz 3

Der § 136 Absatz 3 entspricht der Beteiligungsregelung des § 137 Absatz 1 Satz 3 a. F.

Zu § 136a

Aus rechtssystematischen Gründen werden die Richtlinienaufträge des G-BA zu ausgewählten Bereichen, die bislang im § 137 Absatz 1a bis 1d sowie Absatz 4 a. F. geregelt waren, in den neuen § 136a überführt. Während die Grundnorm § 136 in Absatz 1 die Richtlinienkompetenz des G-BA für die Vorgaben der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung allgemein darstellt, werden in § 136a die vom Gesetzgeber konkret aufgegebenen Richtlinienaufträge für ausgewählte Bereiche geregelt. Die Verweise werden aufgrund der Neufassung der Regelungen zur Qualitätssicherung entsprechend angepasst. Der Regelungsinhalt bleibt weitgehend unberührt. Geändert wurden zwei zeitliche Vorgaben: Der Auftrag nach Absatz 1 zur Bestimmung von Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität für die externe stationäre Qualitätssicherung ist vom G-BA nicht innerhalb der vormals gesetzten Frist (31. Dezember 2012) abgeschlossen worden. Nach der Entwicklung der Indikatoren hat der G-BA nunmehr zügig deren Übernahme in die Verfahren der externen Qualitätssicherung zu beschließen. Zum Abschluss des Auftrags ist dem G-BA jetzt eine Frist bis 31. Dezember 2016 gesetzt. Er ist gehalten, diesen Auftrag innerhalb dieses neuen Zeitfensters zu erfüllen. Die Frist nach Absatz 3 für die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (26. Februar 2014) ist aufgrund der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags gestrichen worden (vgl. § 137 Absatz 1d Satz 1 a. F.).

Zu § 136b

Aufgrund der Erweiterung und Konkretisierung der gesetzlich vorgesehenen Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im stationären Bereich werden diese nunmehr in einem neuen, eigenständigen Paragraphen verankert.

Zu Absatz 1

Satz 1 Nummer 1 entspricht § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 a. F.

In Satz 1 Nummer 2 wird der bisher in § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 a. F. geregelte gesetzliche Auftrag an den G-BA, Beschlüsse zur Regelung von Mindestmengen zu fassen, im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung angepasst. Der Verweis auf §§ 17, 17b KHG wird gestrichen, da das Tatbestandsmerkmal der planbaren Leistung durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hinreichend definiert ist (BSG Urteil vom 12. September 2012, B 3 KR 10/12 R, Rn. 50 ff; BSG Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, Rn. 28 ff.). Danach geht einer planbaren Leistung schon wegen der Schwere des Eingriffs und der nicht unbeträchtlichen Risiken regelmäßig eine Entscheidungsphase voraus, sodass unvorhergesehene Leistungen aus dem Anwendungsbereich ausscheiden. Die bisherige Formulierung einer Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge „in besonderem Maße“ ist ebenfalls gestrichen. In Anlehnung an die höchstrichterliche

Rechtsprechung liegt eine Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge vor, wenn bei einer hoch komplexen Leistung ein nach wissenschaftlichen Maßstäben wahrscheinlicher Zusammenhang belegt werden kann. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine Studienlage besteht, die auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweist. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität ist ausdrücklich nicht erforderlich (BSG Urteil vom 12. September 2012, B 3 KR 10/12 R, Rn. 35 ff.; BSG Urteil vom 18. Dezember 2012, B 1 KR 34/12 R, Rn. 33 ff.). Neben wissenschaftlichen Studien können für die Ermittlung eines Zusammenhangs zwischen Menge und Qualität auch andere Quellen, aus denen Informationen zu relevanten Aspekten sichtbar werden, herangezogen werden.

Bezugspunkt einer Mindestmengenfestlegung kann nach der Regelung der Arzt, der Standort eines Krankenhauses oder eine Kombination von Arzt und Krankenhausstandort sein. Damit wird klargestellt, dass die Mindestmenge von der den Patienten tatsächlich versorgenden Einheit zu erfüllen ist. Die Variante der arzt- und einrichtungsbezogenen Mindestmenge ermöglicht, dass bei der Wissensgenerierung die gesamte Bandbreite von Studienergebnissen und anderweitigen Erkenntnissen, die auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hinweisen, zu nutzen ist. Die weitere Konkretisierung der Anforderungen an den Beschluss des G-BA und die Anwendung der Mindestmengenregelung folgt in den Absätzen 3 bis 5.

Satz 1 Nummer 3 übernimmt den bereits in § 137 Absatz 3 Nummer 4 a. F. vorgesehenen Auftrag an den G-BA, Anforderungen an die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser festzulegen. Konkrete gesetzliche Vorgaben für die Berichte sind in Absatz 6 und 7 geregelt.

Bei Satz 1 Nummer 4 handelt es sich um einen neuen Auftrag an den G-BA, vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu bestimmen, die sich für den Abschluss von Qualitätsverträgen nach § 110a eignen. Der G-BA kann danach entscheiden, ob es im Hinblick auf die mit diesen Verträgen angestrebten Qualitätsverbesserungen und deren Messbarkeit sinnvoller ist, einzelne Leistungen (z. B. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation) oder ganze Leistungsbereiche (z. B. endoprothetische Versorgung) als Vereinbarungsgegenstand auszuwählen. Dabei enthält die Formulierung „Leistungen oder Leistungsbereiche“ keine Alternativentscheidung. Vielmehr kann der G-BA auch Kombinationen von Leistungen und Leistungsbereichen auswählen. Die Konkretisierung dieses Auftrags folgt in Absatz 8.

Satz 1 Nummer 5 enthält den neuen Auftrag an den G-BA, einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen. Dabei stehen wie in Nummer 4 die Begriffe Leistung und Leistungsbereiche nicht in einem Alternativverhältnis, d. h., der G-BA kann auch Kombinationen von Leistungen und Leistungsbereichen auswählen. Die Auswahl soll die Grundlage für Qualitätszu- und -abschläge bilden, die im Krankenhausfinanzierungsrecht neu eingeführt werden. Zudem hat der G-BA die erforderlichen Qualitätsziele (z. B. Wiederherstellung der Beweglichkeit bei Gelenkersatz) sowie die zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren (z. B. Messgröße der postoperativen Beweglichkeit) zu beschließen, die bei der Festlegung der Zu- und Abschläge von den Vertragsparteien vor Ort herangezogen werden müssen (vgl. § 5 Absatz 3a Satz 1 KHEntgG). Dabei kann der G-BA für Zu- und Abschläge einer Leistung oder eines Leistungsbereichs auch unterschiedliche Qualitätsindikatoren auswählen (z. B. geringe Komplikationsrate für Zuschläge und hohe postoperative Infektionsrate für Abschläge). Er kann grundsätzlich Indikatoren aus allen Dimensionen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) bestimmen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Einhaltung von Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität für die Vergütungs-differenzierung außer Betracht bleibt. So kann es für die Einhaltung von Mindestanforderungen naturgemäß keine Zuschläge geben und bei ihrer Nichteinhaltung ist die Vergütung bereits gänzlich ausgeschlossen (vgl. § 137 Absatz 1 Satz 5). Die weitere Konkretisierung des Auftrags an den G-BA folgt in Absatz 9.

Der Verweis in Satz 2 beinhaltet eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Normierung der Beschlüsse zur Qualitätssicherung im Krankenhaus in einem eigenständigen Paragraphen notwendig ist. Bisher waren die Ermächtigungen für Richtlinien des G-BA nach den §§ 136 und 136a sowie für Beschlüsse zum Krankenhausbereich nach § 136b in einer Norm (§ 137 a. F.) geregelt. Satz 3 entspricht unverändert der Beteiligungsregelung des § 137 Absatz 3 Satz 5 a. F.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 sind die Regelungen des § 137 Absatz 3 Satz 6 bis 9 a. F. unverändert übernommen.
Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 bestimmt, dass der G-BA in seinem Beschluss Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen für Mindestmengen normieren kann. Die Vorschrift zielt darauf ab, typisierungsbedingte Härten einer strikten Leistungsuntergrenze im Einzelfall abzumildern und damit die grundrechtsrelevanten Erwerbsinteressen der Krankenhäuser angemessen zu schützen. Der G-BA kann beispielsweise bei Erfüllung von im Einzelnen festzulegenden Qualitätsanforderungen auch Einrichtungen in einem zu bestimmenden Korridor unterhalb der festgesetzten Mindestmenge die Teilnahme an der betroffenen Versorgung ermöglichen. Auch kann er mit Übergangsregelungen „Karenzzeiten“ vorsehen, sofern es im betroffenen Leistungsbereich ein Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung gibt und das betroffene Haus nach diesem Verfahren gute Qualitätsergebnisse aufweist.

Nach Satz 2 ist das Verfahren zur Festlegung einer Mindestmenge zu operationalisieren und transparent zu machen. Die hierfür zu treffenden Bestimmungen hat der G-BA in seiner Verfahrensordnung nach § 91 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 zu regeln. Damit wird eine nachvollziehbare und gleichmäßige Umsetzung gesichert. Als Teil der Verfahrensordnung bedürfen die Regelungen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 91 Absatz 4 Satz 2.

Nach Satz 3 soll der G-BA die Effekte der Festlegung neuer Mindestmengen möglichst zeitnah durch Evaluationen begleiten und je nach Ergebnis die Mindestmenge gegebenenfalls anpassen. Damit wird erreicht, dass die Auswirkungen von Mindestmengenfestlegungen auf die Versorgungsqualität durch den G-BA verfolgt und möglicherweise notwendige Korrekturen veranlasst werden. Die Evaluation neuer Mindestmengen ist dabei von besonderer Bedeutung, wenn diese nicht auf eine klare wissenschaftliche, durch hochwertige Studien gesicherte Evidenz gestützt werden können. Ist die Studienlage dagegen eindeutig, ermöglicht die Soll-Bestimmung auch, dass der G-BA im Einzelfall von einer Evaluation absehen kann. Dies ist schon im Hinblick auf einen sachgerechten Einsatz seiner Ressourcen und die wirtschaftliche Verwendung von Finanzmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich.

Zu Absatz 4

Absatz 4 Satz 1 enthält ein Leistungsverbot für Krankenhäuser, die eine festgelegte Mindestmenge voraussichtlich nicht erreichen (§ 137 Absatz 3 Satz 2 a. F.). Wird die Leistung dennoch bewirkt, liegt ein Verstoß gegen § 2 Absatz 1 Satz 3 (Qualitätsgebot) und § 12 Absatz 1 Satz 2 (Wirtschaftlichkeitsgebot) vor.

Rechtsfolge eines Verstoßes ist gemäß Satz 2 der Ausschluss der Vergütung. Der Ausschluss umfasst die Gesamtkosten des abzurechnenden Falles, d. h. wenn eine Mindestmenge für eine Operation (beispielsweise Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation) gilt, so erstreckt sich der Vergütungsausschluss auch auf alle der Operation vor- und nachgelagerten Leistungen.

Satz 3 regelt, wer zu welchem Zeitpunkt gegenüber wem nach welchen Kriterien die Prognose trifft, ob die Mindestmenge im nächsten Jahr voraussichtlich erreicht wird. Nach dieser Regelung liegt die Prognosekompetenz grundsätzlich beim Krankenhausträger, da er über die Gesamtheit der Informationen verfügt, die notwendig ist, um die zukünftige Leistungsentwicklung beurteilen zu können. Maßgeblich für die Entscheidung ist die prospektive Leistungsentwicklung; damit soll der Anreiz einer Indikationsausweitung im laufenden Jahr zur Erfüllung der festgelegten Mindestmenge von vornherein ausgeschlossen werden. Entspricht die Ist-Zahl am Ende eines Kalenderjahres nicht der zuvor abgegebenen Prognose, wirkt sich dies nicht auf die Vergütung der Leistungen des laufenden Jahres aus, sondern ist im Rahmen der Prognose für das nächste Jahr zu berücksichtigen. Der Krankenhausträger gibt die Prognose gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen ab. Satz 4 führt ein Beispiel auf, wann regelmäßig anzunehmen ist, dass eine positive Prognose erfolgt (BSG Urteil vom 14. Oktober 2014, B 1 KR 33/13 R, Rn. 52 ff.). Die Prognose nach Satz 3 ist vom Krankenhausträger zu begründen. Sie muss auf den gemäß Satz 5 vom G-BA bundeseinheitlich vorzugebenden Kriterien beruhen, die das Verfahren spezifizieren und u. a. vorgeben, welche Leistungen konkret für die Prognose zu berücksichtigen sind. Gemäß Satz 6 können die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen die vom Krankenhausträger getroffene Prognose widerlegen. Voraussetzung dafür ist, dass tatsächliche Anhaltspunkte begründeten Anlass zu erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der getroffenen Prognose geben. Im Konfliktfall ist der Rechtsweg vor den

Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt, damit eine Entscheidung im Wege des Eilrechtsschutzes vor Beginn des maßgeblichen Kalenderjahres möglich bleibt.

Zu Absatz 5

Absatz 5 entspricht § 137 Absatz 3 Satz 3 a. F. Danach können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden Ausnahmetatbestände bestimmen, sofern die Anwendung einer Mindestmenge dazu führen könnte, die flächendeckende Versorgung zu gefährden. Sie entscheiden nach Satz 2 auf Antrag eines Krankenhauses auch, ob in diesen Ausnahmefällen unterhalb der Mindestmenge das Leistungsverbot und der Vergütungsausschluss nach Absatz 4 Satz 1 und 2 Anwendung finden.

Zu Absatz 6

Um die Nutzbarkeit und den Informationswert der strukturierten Qualitätsberichte für Patientinnen und Patienten zu erhöhen, werden gesetzliche Vorgaben für eine verstärkte Patientenorientierung der Berichte festgelegt.

Eine Ergänzung der bisherigen Vorschrift (vgl. § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 a. F.) erfolgt in Satz 1 dahingehend, dass die Berichte künftig auch Informationen zu Nebendiagnosen, die mit relevanten Hauptdiagnosen häufig verbunden werden, beinhalten müssen. In Zeiten, in denen auch aufgrund der demografischen Entwicklung die Zahl von Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen und komplexeren Krankheitsbildern wächst, tragen Angaben zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus zu einer Erhöhung des Informationswerts für die Patientinnen und Patienten bei.

Satz 2 gibt vor, dass auch Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit der G-BA sie durchführen lässt, in den Qualitätsbericht zu integrieren sind. Sobald vom Institut nach § 137a Module für Patientenbefragungen entwickelt (vgl. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1) und vom G-BA z. B. in der externen Qualitätssicherung eingeführt sind, besteht damit die Verpflichtung, deren maßgebliche Ergebnisse im Qualitätsbericht zu präsentieren.

Satz 3 schreibt im Interesse der Patientenorientierung zudem vor, dass besonders patientenrelevante Informationen in einem speziellen Berichtsteil zusammengefasst werden. Der G-BA hat in seinem Beschluss die Vorgaben für diesen speziellen Berichtsteil zu treffen. Dieser Teil des Qualitätsberichts, der sich gezielt an die Patientinnen und Patienten richtet, muss übersichtlich sein und in verständlicher Sprache gefasst werden. Das bedeutet, dass eine überschaubare Zahl von Informationen, die aus Patientensicht bei der Auswahl eines Krankenhauses oder Standortes als die die Patientin und den Patienten tatsächlich versorgende Einheit von besonderer Bedeutung sind, komprimiert und adressatengerecht darzustellen sind. Die Regelung gibt dabei vor, dass dies insbesondere Aspekte der Patientensicherheit betrifft. Ausdrücklich genannt werden Informationen über Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit (z. B. die Durchführung klinisch-pharmakologischer Visiten oder die Einsetzung einer Arzneimittelkommission), Maßzahlen zur Personalausstattung in den Abteilungen (z. B. Patienten/Pflegekraft), die Erfüllung wesentlicher Hygienestandards (einschließlich geeigneter Informationen zum Stand von Krankenhausinfektionen) sowie die Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements (vgl. auch § 136a Absatz 3 Satz 2). Bei Letzterem ist für Patientinnen und Patienten insbesondere von Interesse, ob Fehlermeldesysteme in den Einrichtungen für alle Bereiche eingeführt sind, wie eine Fehlermeldekultur gelebt und wie systematisch mit gemeldeten Fehlern umgegangen wird.

Die Regelung zur Veröffentlichung der Erklärung zu Zielvereinbarungen im Qualitätsbericht (§ 137 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 a. F.) ist weiter entwickelt und aufgrund des Sachzusammenhangs nunmehr im neuen § 135c Absatz 2 geregelt.

Zu Absatz 7

Die Regelung übernimmt § 137 Absatz 3 Satz 4 a. F. in redaktionell überarbeiteter Form. Zudem ist durch Ergänzung in Satz 1 ausdrücklich klargestellt, dass die Veröffentlichung der Qualitätsberichte auch zu den Aufgaben des G-BA gehört, der den Erarbeitungs- und Zusammenführungsprozess der Qualitätsberichte verantwortet.

Gemäß Satz 3 wird nunmehr auch das Krankenhaus verpflichtet, seinen Qualitätsbericht auf seiner Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen; eine solche Pflicht bestand bisher nicht. Durch den erleichterten Zugang zum Qualitätsbericht des jeweiligen Krankenhauses wird die Transparenz für Patientinnen und Patienten erhöht.

Zu Absatz 8

Für die Erprobung der nach § 110a vorgesehenen Qualitätsverträge wird dem G-BA in Satz 1 aufgetragen, vier Leistungen oder Leistungsbereiche aus dem stationären Bereich bis zum 31.

Dezember 2017 zu bestimmen. Der G-BA gibt damit vor, welche Leistungen oder Leistungsbereiche für den Abschluss von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen mit dem Krankenhausträger geeignet sind (vgl. § 110a Absatz 1 Satz 1).

Die Entscheidung über die Geeignetheit der Leistungen bzw. Leistungsbereiche für Qualitätsverträge hat der G-BA unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. Strukturvorgaben, Qualitätszu- und -abschläge oder Mindestmengenfestlegung) zu treffen. So erscheint es auch im Hinblick auf die spätere Evaluierbarkeit der Wirkungen von Qualitätsverträgen nicht sinnvoll, diese für Leistungen oder Leistungsbereiche vorzusehen, in denen zur gleichen Zeit weitere Qualitätssicherungsinstrumente eingesetzt werden. Ansonsten könnten bewirkte Veränderungen der Qualität später nicht auf eine einzelne Maßnahme zurückgeführt werden. Für die Qualitätsverträge bieten sich daher Leistungs- und Versorgungsthemen (z. B. die Vermeidung des Dekubitus) oder auch konkrete Leistungen (im Sinne kodierter Prozeduren) an, für welche ein Verbesserungspotenzial der Ergebnisqualität erkennbar ist und für die bisher keine weiteren Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergriffen wurden. Diese Herangehensweise hat der G-BA insbesondere vor dem Hintergrund des Modellcharakters der nach § 110a zu erprobenden Verträge und der erwünschten Gestaltungsfreiheit bei den Regelungen der Verträge zu berücksichtigen.

Nach Satz 2 hat der G-BA das Institut nach § 137a mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität in den vertragsgegenständlichen Leistungsbereichen zu beauftragen, die nach Ablauf des Erprobungszeitraums durchgeführt werden soll. Die Evaluation soll insbesondere darüber Auskunft geben, ob und inwieweit sich die Versorgungsqualität durch den Abschluss von Qualitätsverträgen verbessert hat. Um aufzuzeigen, ob und in welcher Weise sich die Qualitätsverträge auf die Versorgungsqualität auswirken, hat das Institut auch Vergleiche mit der Leistungserbringung in Krankenhäusern ohne Qualitätsverträge vorzunehmen (Satz 3).

Zu Absatz 9

Um die Qualität der stationären Versorgung zu fördern und weiterzuentwickeln, soll sich Qualität auch bei der Vergütung der Krankenhausleistung bemerkbar machen. Deshalb werden Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Qualität gemäß § 5 Absatz 3a KHEntgG vereinbart. Der G-BA hat bis zum 31. Dezember 2017 eine Auswahl von Leistungen bzw. Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen. Ferner muss er die erforderlichen Qualitätsziele und die zu berücksichtigenden Qualitätsindikatoren festlegen, die bei der Anwendung der Zu- und Abschläge herangezogen werden müssen. Bei der Auswahl der Leistungen oder Leistungsbereiche hat er zu beachten, dass verschiedene Qualitätssicherungsinstrumente, welche dieselben Leistungsbereiche betreffen, sich sinnvoll ergänzen, damit sie nicht zu übersteigerten oder widersprüchlichen Effekten führen. Er kann deshalb im Rahmen seiner Durchführungsbestimmungen auch Informationen von Ländern oder Vertragspartnern und weiteren mit Aufgaben der Qualitätssicherung betrauten Organisationen anfordern, aus denen deren Qualitätssicherungsmaßnahmen in zuvor bestimmten Leistungsbereichen ersichtlich sind.

Dem G-BA wird in Satz 2 aufgegeben, alle erforderlichen Bestimmungen für ein geeignetes Verfahren zu regeln, damit die Krankenkassen und die Krankenhäuser regelmäßig die notwendigen Informationen für die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen erhalten. Dazu gehört auch die Bestimmung des geeigneten Zeitpunkts der Datenlieferung, damit die Informationen bei den prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen vorliegen. Der G-BA legt insbesondere fest, in welcher Form und zu welchen Zeitpunkten er die jährlichen Bewertungskriterien und die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse für die qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile zur Verfügung stellt. Dabei soll der jeweilige Standort des Krankenhauses, das heißt die den Patienten versorgende Einheit, berücksichtigt werden.

Nach Satz 3 ist der G-BA verpflichtet, zu den von ihm bestimmten Qualitätsindikatoren möglichst aktuelle, quartalsweise Datenübermittlungen der Krankenhäuser sowie deren zeitnahe Auswertung vorzugeben. Soweit möglich sollen Routinedaten genutzt werden. Für die qualitätsabhängige Vergütung ist also ein möglichst enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Qualitätserhebung, Auswertung und Vergütungsfolge gefordert. Die Auswertung

muss im Hinblick auf ihre Rechtssicherheit trotz des engen Zeitrahmens methodisch geeignet sein, z. B. in Bezug auf die Risikoadjustierung eine ausreichende Validität der Daten zu sichern.

Der G-BA hat nach Satz 4 Gestaltungsspielraum, in welcher Weise er die Informationen anbietet. Dies kann beispielsweise über eine geeignete Internetplattform (z. B. ein Intranet), die in der Regelung beispielhaft genannt ist, oder über eine Datenbank erfolgen. Dabei müsste der Zugang für die einzelnen Adressaten spezifisch geregelt werden. So ist etwa den Krankenhäusern der Zugang ausschließlich zu den das jeweilige Haus betreffenden Daten zu eröffnen. Satz 5 verpflichtet die Krankenkassen in das Informationsangebot nach Satz 4 regelmäßig Daten zu den vereinbarten Zu- und Abschlägen einzuspeisen, um diesbezüglich den Informationsfluss insbesondere an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu gewährleisten. Für die zuständigen Landesbehörden ist in Satz 5 zweiter Halbsatz gesetzlich sichergestellt, dass sie auf die vom G-BA bereitgestellten Informationen zu den vereinbarten qualitätsabhängigen Vergütungsbestandteilen zugreifen können. Sie können diese Informationen für ihre Krankenhausplanung nutzen, sofern dies landesrechtlich vorgesehen ist.

Zu § 136c

Zu Absatz 1

Die nach Satz 1 vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen den Ländern Kriterien für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung nach § 8 Absätze 1a und 1b KHG liefern. Sie werden nach § 6 Absatz 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans, soweit die zuständige Landesregierung dies nicht durch Rechtsverordnung ausschließt. Durch die Anwendung der Qualitätsindikatoren werden die Länder in die Lage versetzt, bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern auch die Versorgungsqualität der Einrichtungen zu berücksichtigen. Auf diesem Wege können Erkenntnisse aus der Qualitätssicherung des G-BA künftig auch im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden.

Die nach Satz 1 vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen den Ländern Kriterien für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung nach § 8 Absatz 2 KHG liefern. Dadurch werden die Länder in die Lage versetzt, bei ihren Planungsentscheidungen neben Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern auch Qualitätsaspekte zu berücksichtigen. Auf diesem Wege können Erkenntnisse aus der externen stationären Qualitätssicherung des G-BA künftig auch im Rahmen der Krankenhausplanung umgesetzt werden. Die Indikatoren können alle Dimensionen der Versorgungsqualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) im Krankenhaus betreffen. Dabei wird die Zuordnung von Leistungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren angestrebt. Neben Ergebnis- und Prozessindikatoren (z. B. Komplikationsraten bei bestimmten Eingriffen oder Durchführungsquoten bei notwendiger Antibiotikaprophylaxe) kommen als Indikatoren zur Strukturqualität z. B. auch konkrete apparative oder bauliche Anforderungen sowie Maßzahlen zur Personalausstattung in Betracht. In den Ländern erfolgt bisher regelmäßig keine Beplanung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche, sondern von Abteilungen. Damit die Indikatoren sich für Zwecke der Planung eignen, müssen diese daher z. B. in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen. Um trotz des unterschiedlichen Leistungsgeschehens in Abteilungen gleicher Art zu sachgerechten Indikatoren zu gelangen, kann der G-BA etwa auf Grundlage von Anforderungen der Weiterbildung in den jeweiligen Abteilungen Grundleistungsbereiche benennen, die das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abbilden und als Basis für die festzulegenden Indikatoren gelten können. Es obliegt dann dem jeweiligen Land zu prüfen, ob diese Grundleistungsbereiche auch für die spezifische Versorgungssituation in den Krankenhäusern des Landes als sachgerecht angesehen werden.

Nach Satz 2 werden die beschlossenen planungsrelevanten Indikatoren vom G-BA den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden als Empfehlungen zugeleitet. Durch Landesrecht kann gemäß § 6 Absatz 1a Satz 2 zweiter Halbsatz KHG ausgeschlossen werden, dass die Empfehlungen Bestandteil des Krankenhausplans werden.

Satz 2 zweiter Halbsatz stellt klar, dass die Regelung in Absatz 1 Satz 2 keinen Einfluss auf die Verbindlichkeit von Qualitätsanforderungen des G-BA gemäß § 91 Absatz 6 insbesondere für die Leistungserbringer – in diesem Fall die Krankenhäuser – hat. Der empfehlende

Charakter der vom G-BA zu beschließenden Qualitätsindikatoren gilt ausschließlich im Verhältnis zu den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern.

Ein erster Beschluss zu den planungsrelevanten Indikatoren ist nach Satz 3 bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen, um eine zeitnahe Umsetzung qualitätsorientierter Planungsentscheidungen in den Ländern zu ermöglichen. Durch die Fristsetzung wird deutlich, dass bei diesem ersten Beschluss nicht an eine Entwicklung neuer Indikatoren gedacht ist. Vielmehr ist der G-BA gehalten, z. B. aus den vorhandenen Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung oder bereits festgelegten Strukturanforderungen geeignete Indikatoren auszuwählen beziehungsweise zusammenzustellen. Mit dem ersten Beschluss soll zunächst nur ein Einstieg in die Festlegung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren erfolgen. Zur Erreichung des genannten Zeitziels kann die Auswahl der Indikatoren mit Unterstützung des Instituts nach § 137a beispielsweise auf Basis von Sachverständigenaussagen oder auf Grundlage ähnlicher Evidenz erfolgen. Insbesondere wird nicht erwartet, dass innerhalb des gegebenen Zeitraums Studien hinreichende Belege für die Effekte jedes Indikators auf das Leistungsgeschehen einer Abteilung insgesamt erbringen werden. Deshalb darf die begründete und z. B. durch wissenschaftliche Aussagen untermauerte Einschätzung genügen, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für die Verbesserung der Versorgungsqualität bei der Anwendung des betreffenden Indikators spricht. Die Länder erhalten durch die nach Absatz 2 regelmäßig zu übermittelnden Daten die Möglichkeit, die Richtigkeit dieser Annahme zu beobachten und durch eigene Maßnahmen (wie z. B. die Modifizierung von Indikatoren und Indikatorensets) oder durch Hinweise an den G-BA auf eine entsprechende Anpassung hinzuwirken.

Der G-BA hat über den ersten Beschluss zu den Indikatoren nach Satz 1 hinaus künftig kontinuierlich weitere planungsrelevante Indikatoren zu bestimmen und notwendige Anpassungen bereits empfohlener Indikatoren vorzunehmen.

Zu Absatz 2

Um den Ländern die Beurteilung der Versorgungsqualität in den Krankenhäusern zu ermöglichen, übermittelt der G-BA den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu nach Absatz 1 Satz 1 beschlossenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung dieser Qualitätsergebnisse. Die zu liefernden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse müssen die Länder in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist. Die Übermittlung der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse erfolgt dabei zum Zwecke der Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung und umfasst nach dem Gebot der Datensparsamkeit nur die dafür erforderlichen Daten, also insbesondere keine versichertenbezogenen Angaben.

Damit den Ländern die genannten Informationen regelmäßig zur Verfügung gestellt werden können, hat der G-BA nach Satz 2 durch entsprechende Verpflichtungen der Krankenhäuser in seinen Richtlinien sicherzustellen, dass diese dem Institut nach § 137a quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren liefern. Da die Länder die Auswertungsergebnisse nach Maßgabe ihrer landesrechtlichen Bestimmungen bei Planungsentscheidungen berücksichtigen wollen, ist es von besonderer Bedeutung, dass die entsprechenden Daten möglichst zeitnah, vollständig und valide vorliegen. Der G-BA erhält nach Satz 3 aus diesem Grund den Auftrag, das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs mit der Datenvalidierung für die planungsrelevanten Indikatoren zu verkürzen. Nach Auskunft von Fachexperten ist eine Verkürzung um bis zu sechs Monate realistisch.

Durch die kontinuierliche Beobachtung der Auswertungsergebnisse können die Länder zeitnah bei Veränderungen der Versorgungsqualität Korrekturen an den im Krankenhausplan verbindlich gestellten Indikatoren vornehmen oder im Rahmen ihrer Beteiligung im G-BA Änderungsvorschläge für die Beschlüsse nach Absatz 1 einbringen.

Zu Absatz 3

Anstelle der bislang nach § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG vorgesehenen Vereinbarung von Maßstäben durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind zukünftig die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für somatische

Krankenhäuser wie auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (vergleiche § 17d Absatz 2 Satz 5 KHG) durch den G-BA zu beschließen. In einer nicht abgeschlossenen Aufzählung gibt die Vorschrift dem G-BA vor, zu welchen Aspekten er Vorgaben zu beschließen hat.

Zu den Aspekten, zu denen der G-BA bis zum 31. Dezember 2016 Vorgaben zu beschließen hat, zählt die Erreichbarkeit alternativer Krankenhäuser gemessen in Minuten Fahrtzeit. Eine Vorgabe zur Erreichbarkeit ist für die Prüfung relevant, ob die Leistung in einem anderen geeigneten Krankenhaus erbracht werden kann und somit die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist. Die Vorgaben müssen so ausgestaltet sein, dass sie regionalen Besonderheiten, die die Erreichbarkeit beeinflussen (z. B. Topographie, Verkehrsinfrastruktur und -lage), hinreichend Rechnung tragen.

Eine weitere obligatorische Vorgabe betrifft die Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht. Eine entsprechende Festlegung ist notwendig, um einen geringen Versorgungsbedarf von Unwirtschaftlichkeiten als mögliche Ursache von Defiziten in einem Krankenhaus unterscheiden zu können. Mit dem Sicherstellungszuschlag sollen nur Defizite auf Grund eines geringen Versorgungsbedarfs, nicht jedoch Defizite auf Grund von Unwirtschaftlichkeiten ausgeglichen werden. Dabei kann es vorkommen, dass ein Krankenhaus sowohl wegen eines geringen Versorgungsbedarfs als auch wegen unwirtschaftlicher Betriebsführung ein Defizit erzielt. In einem solchen Fall kann das Krankenhaus einerseits einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren, weil es sich definitionsgemäß um ein für die Versorgung notwendiges und damit unverzichtbares Krankenhaus handelt. Andererseits ist das Krankenhaus anzuhalten, die bestehenden Unwirtschaftlichkeiten abzubauen. Eine entsprechende Berücksichtigung hat durch die Vertragsparteien vor Ort bzw. im Rahmen der Prüfung durch die Länder zu erfolgen. Ein geringer Versorgungsbedarf kann z. B. anhand von Einwohnerzahlen und Krankheitshäufigkeiten bemessen werden.

Daneben hat der G-BA eine Vorgabe zu der Frage zu beschließen, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, da nur hierfür Sicherstellungszuschläge vereinbart werden dürfen. Bei der Festlegung, welche Leistungen für die Versorgung der Bevölkerung notwendig vorzuhalten sind, ist ein enger Maßstab anzuwenden. Neben Leistungen der Notfallversorgung (im Sinne der rettungsdienstlichen Definition) können Leistungen einbezogen werden, bei denen unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung erforderlich ist.

Da es sich um eine nicht abgeschlossene Aufzählung handelt, kann der G-BA darüber hinaus auch zu weiteren Aspekten Vorgaben festlegen.

Sobald die zum 31. Dezember 2016 zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorliegen, hat der G-BA bei den Vorgaben die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen. Hierdurch wird das Verhältnis zwischen den Sicherstellungszuschlägen und Qualitätsaspekten bestimmt. Daher ist zum einen festzulegen, inwieweit ein Krankenhaus, das bei den planungsrelevanten Indikatoren unzureichende Qualität aufweist, einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren kann. Denkbar ist z. B., die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags mit einer Auflage zur Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung zu versehen. Zum anderen ist festzulegen, wie mit Krankenhäusern umzugehen ist, die zwar grundsätzlich als Alternative für ein Krankenhaus, das einen Sicherstellungszuschlag vereinbaren möchte, in Frage kommen, jedoch bei den planungsrelevanten Indikatoren unzureichende Qualität aufweisen.

Die Festlegung des Näheren über die Prüfung der Einhaltung der Vorgaben durch die zuständige Landesbehörde in einem Beschluss des G-BA gewährleistet eine bundeseinheitliche Anwendung der Vorgaben. So könnte beispielsweise für die Minutenwerte bei der Erreichbarkeit festgelegt werden, welche Verkehrsmittel und Verkehrssituation zu Grunde zu legen sind und an Hand welchen Anfangs- und Endzeitpunkts der festgelegte Minutenwert zu berechnen ist.

Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften werden beteiligt, indem sie Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, die der G-BA bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen hat. Der Beschluss des G-BA hat normsetzenden Charakter und bedarf einschließlich der tragenden Gründe der öffentlichen Bekanntmachung.

Zu Absatz 4

Durch die Regelung in Satz 1 erhält der G-BA den Auftrag, ein Stufensystem der Teilnahme an der Notfallversorgung festzulegen. Die Entwicklung eines solchen Stufensystems der

Teilnahme an der Notfallversorgung soll strukturelle Voraussetzungen definieren, z. B. zur Vorhaltung der Art und Anzahl bestimmter Abteilungen, zur Anzahl von Intensivbetten und vorhandener medizintechnischer Ausstattung sowie zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals. Zudem ist zu berücksichtigen, ob eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen besteht. Die Stufen können auch Differenzierungen nach Indikationsbereichen vorsehen. 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. Nach Satz 3 ist der G-BA verpflichtet, festgelegte planungsrelevante Qualitätsindikatoren bei den Vorgaben für die Notfallversorgung zu berücksichtigen, soweit diese hierfür Relevanz besitzen. Dies kommt insbesondere bei Indikatoren zur Strukturqualität für Leistungsbereiche in Betracht, die in die Notfallversorgung einbezogen werden sollen. In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen sollen Krankenhäuser zukünftig der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung erhalten, die nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntG von den Vertragspartnern auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2017 zu vereinbaren sind. Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindlich Abschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntG zu erheben.

Die betroffenen medizinischen Fachgesellschaften werden beteiligt, indem Sie Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten, die der G-BA bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen hat. Der Beschluss des G-BA hat normsetzenden Charakter und bedarf einschließlich der tragenden Gründe der öffentlichen Bekanntmachung.

Die Kompetenzen des G-BA, auf der Grundlage von § 136 Absatz 1 SGB V Regelungen zur Qualitätssicherung der ambulanten Notfallversorgung und zur Stärkung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung zu treffen, bleiben unberührt.

Zu § 136d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im neunten Abschnitt. Der Auftrag an den G-BA zur Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung entspricht dem § 137b a. F. (Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin) und wird ohne Änderung des Regelungsinhalts in den neuen § 136d überführt. Die Überschrift wird zu Zwecken der Klarstellung in „Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss“ umbenannt.

Zu § 137

Zu Absatz 1

Die Anforderungen zur Qualitätssicherung, die der G-BA in Richtlinien nach § 136 oder Beschlüssen nach § 136b festlegt, sind für Leistungserbringer verbindlich (§§ 91 Absatz 6, 136b Absatz 2 Satz 1). Schutz und Vertrauen der Patientinnen und Patienten erfordern, dass diese Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Hierfür bedarf es nach den bisherigen Erfahrungen, insbesondere mit der Erfüllung von Strukturvorgaben klarer Regelungen zur Durchsetzung, für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nicht einhalten.

Satz 1 stellt insoweit klar, dass der G-BA gesetzlich ermächtigt und beauftragt ist, an die Nichteinhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen Konsequenzen zu knüpfen, die entsprechend dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz je nach Art und Schwere des Verstoßes stufenweise einzusetzen sind. Hierfür hat der G-BA dem Wortlaut der Regelung nach ein gestuftes System von angemessenen Folgen vorzusehen, welche bei Qualitätsverstößen zur Anwendung kommen.

Satz 2 konkretisiert die Ermächtigung des G-BA in Bezug auf die von ihm zu regelnden Folgen. Danach kommen zunächst Maßnahmen zur Förderung der Qualitätsverbesserung in Betracht, z. B. Beratungs- oder Fortbildungsangebote, mit denen die Leistungserbringer darin unterstützt werden sollen, die Qualitätsanforderungen einzuhalten. Die Ermächtigung umfasst nach der Regelung aber auch Durchsetzungsmaßnahmen mit Sanktionscharakter, bei deren Anwendung der G-BA wiederum je nach Art und Schwere des Verstoßes Konsequenzen mit unterschiedlicher Eingriffsintensität vorzugeben hat.

Satz 3 führt einen nicht abschließenden Katalog von relevanten Durchsetzungsmaßnahmen auf. Der G-BA kann im Rahmen seines Gestaltungsspielraums aber auch zusätzlich Folgen

bestimmen. Die Vorschrift ermöglicht dem G-BA damit ein breites Spektrum an Konsequenzen. Geregelt werden können nach der exemplarischen Aufzählung insbesondere Konsequenzen finanzieller Art wie Vergütungsabschläge oder sogar das Entfallen des Vergütungsanspruchs (Nummer 1 und 2). Letzteres kann der G-BA dem Wortlaut nach für Leistungen vorsehen, bei denen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht eingehalten werden. Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei Krankenhausleistungen. Danach ist eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung nicht im Rechtssinne erforderlich (§ 39) mit der Folge, dass hierfür keine Vergütung beansprucht werden kann. Leistungen, die solche Mindestanforderungen der Qualität nicht erfüllen, verstoßen gegen das Qualitätsgebot aus § 2 Absatz 1 Satz 3 und sind weder ausreichend, noch zweckmäßig oder wirtschaftlich im Sinne von § 12 Absatz 1 Satz 1 (BSG Urteil vom 1. Juli 2014, B 1 KR 15/13 R, Rn.10 ff.).

Der G-BA ist nach Nummer 3 darüber hinaus ermächtigt, einrichtungsbezogene Informationen über Qualitätsverstöße an Dritte weiterzugeben. Hierunter fallen insbesondere Mitteilungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden aber auch Informationen an Gesundheitsämter oder im Transplantationsbereich an die Überwachungs- und Prüfungskommission bei der Bundesärztekammer. Die Weitergabe von Erkenntnissen über Qualitätsverstöße ist vor allem dann von Bedeutung, wenn die zu informierende Stelle nur in Kenntnis dieser Informationen ihre Aufgaben (z. B. Gesundheitsämter im Bereich der Krankenhaushygiene) sachgerecht erfüllen kann. Explizit berechtigt ist der G-BA nach Nummer 4 außerdem, die Unterrichtung der Öffentlichkeit über die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen vorzugeben. Dies kann insbesondere bei Qualitätsmängeln, welche die Patientensicherheit gefährden, oder bei erheblichen Verstößen gegen Transparenzpflichten in Betracht kommen.

Die Regelung nach Satz 4 stellt klar, dass die unterschiedlichen Maßnahmen vom G-BA dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechend festzulegen und einzusetzen sind. Das heißt, dass bei Qualitätsverstößen eingriffsstärkere Maßnahmen wie Vergütungsabschläge regelmäßig erst zur Anwendung kommen dürfen, wenn etwa Unterstützungsangebote oder weniger belastende Durchsetzungsmaßnahmen nicht zum Erfolg geführt haben.

Satz 5 gibt dem G-BA vor, die Festlegungen zu den Folgen von Qualitätsverstößen sowie zu den Stellen, die diese Folgen durchzusetzen haben, grundsätzlich in einer Richtlinie zu regeln. Die generelle Festlegung der Konsequenzen, die an Verstöße gegen Qualitätsanforderungen geknüpft werden können, stärkt die Transparenz und Rechtssicherheit der Durchsetzung von Qualitätssicherungsvorgaben. Bei der Festlegung der für die Durchsetzung der Folgen zuständigen Stellen kommen je nach Maßnahme und Leistungsbereich unterschiedliche Akteure in Betracht, z. B. die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen, insbesondere für die Durchsetzung von Vergütungsfolgen. Die Maßnahmen zur Unterstützung der Qualitätsverbesserungen können als Aufgabe auch den Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung oder den Lenkungsgremien der externen stationären Qualitätssicherung auf Landesebene übertragen werden. Die Richtlinie bedarf der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (§ 94 Absatz 1).

Durch die Regelung in Satz 6 erhält der G-BA den Auftrag, die grundsätzlichen Regeln zu den Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach Satz 4 in den einzelnen Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung zu konkretisieren. In den spezifischen Beschlüssen zu Qualitätsanforderungen sind danach jeweils auch Regelungen zu den Folgen ihrer Nichteinhaltung und den jeweils anzuwendenden Durchsetzungsmaßnahmen zu treffen. Dabei ist in Bezug auf unterschiedlich schwere Verstöße gegen Qualitätsanforderungen auch in diesen themenbezogenen Festlegungen das nach den Sätzen 1 und 2 vorgeschriebene gestufte Vorgehen zu beachten.

Satz 7 stellt klar, dass von dem nach den Sätzen 1 und 2 geforderten stufenweisen Vorgehen bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen gegen Qualitätsanforderungen abgewichen werden kann. Dem G-BA steht es danach frei, für diese Fälle abweichende Regelungen zu treffen.

Zu Absatz 2

Satz 1 enthält die Verpflichtung des G-BA, in den Richtlinienbestimmungen für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Krankenhaus eine Dokumentationsrate von 100 Prozent vorzugeben. Damit wird gesetzlich verdeutlicht, dass die Verpflichtung der

Krankenhäuser zur Beteiligung an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 durch entsprechende Dokumentationspflichten umzusetzen ist. Daran anknüpfend schreibt Satz 2 vor, dass jede Unterschreitung der 100-prozentigen Dokumentationsrate vom G-BA mit Vergütungsabschlägen zu sanktionieren ist, falls das jeweilige Krankenhaus nicht nachweist, dass der Dokumentationsausfall unverschuldet ist. Der G-BA ist danach gehalten, die Erhebung von Vergütungsabschlägen pro nicht dokumentierten Datensatz abweichend von der aktuellen Regelung auch außerhalb des Transplantationswesens (hier ist die gesetzliche Vorgabe bereits erfüllt) nicht erst bei einer Unterschreitung der Dokumentationsrate von 95 Prozent, sondern bei jedem Verstoß gegen die 100-Prozent-Vorgabe vorzusehen.

Zu Absatz 3

Für die Durchsetzung von Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung ist es von wesentlicher Bedeutung, dass deren Einhaltung auch kontrolliert wird. Das bisherige Fehlen von Prüfmechanismen hat denn auch zu erheblichen Umsetzungsdefiziten bei der Erfüllung von Qualitätsanforderungen geführt. So lässt sich teilweise bereits aus den Qualitätsberichten ablesen, dass Krankenhäuser Leistungen erbringen, obwohl sie die vom G-BA hierfür festgelegten Anforderungen nicht erfüllen (z. B. Mindestmengen). Durch die Regelung in § 275a erhält der MDK deshalb nunmehr die Aufgabe, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Krankenhaus zu überprüfen.

Anknüpfend an die Regelung nach § 275a erteilt Satz 1 dem G-BA den Auftrag, die notwendigen Einzelheiten zu den Prüfungen des MDK in einer Richtlinie zu regeln. Der G-BA ist danach ermächtigt, alle Regelungen zu treffen, die erforderlich sind, damit die Prüfungen die Umsetzung der Qualitätssicherung wirkungsvoll unterstützen. Neben der Überprüfung von Qualitätsanforderungen aus Richtlinien und Beschlüssen hat der MDK insbesondere auch die Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung zu prüfen. Dies ist geboten, weil die Verlässlichkeit dieser Dokumentation die Voraussetzung für wichtige neue Instrumente der Qualitätssicherung ist. Nur wenn die mit der Qualitätssicherung erhobenen Daten die Qualität der Leistungen sachgerecht wiedergeben, können diese Daten rechtssicher als Grundlage z. B. für eine qualitätsabhängige Vergütung oder für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden.

Satz 2 konkretisiert den Regelungsauftrag um konkrete Festlegungen, die der G-BA in jedem Fall zu treffen hat. Danach hat er zunächst Bestimmungen zur Auslösung und Durchführung der unangemeldeten Kontrollen vorzusehen. Dies betrifft insbesondere Regelungen, welche Stelle bei welchen Anhaltspunkten Kontrollen des MDK der Krankenversicherung auch in unangemeldeter Form veranlassen kann. Als Auftraggeber für die Kontrollen kommen insbesondere die Stellen aus den Organisationsstrukturen der Qualitätssicherung in Betracht, denen die Aus- und Bewertung der von den Krankenhäusern übermittelten Qualitätsdaten obliegt. Dies sind im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung die Lenkungsorgane auf Landesebene und das Institut nach § 137a. Insbesondere in Bezug auf die Einhaltung von Qualitätsanforderungen aus Richtlinien zur Struktur- und Prozessqualität kann aber auch eine Beauftragung durch die Krankenkassen sinnvoll sein. Denn ihnen gegenüber haben die Krankenhäuser im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen regelmäßig die Einhaltung solcher Vorgaben durch Selbstauskünfte zu erklären.

Die Kontrollen sind dem Wortlaut nach anlassbezogen zu gestalten. Regelmäßige Routinekontrollen scheiden danach aus. Als Anhaltspunkte für begründete Kontrollen kommen z. B. Hinweise auf Qualitätsmängel, Auffälligkeiten bei Ergebnissen der externen Qualitätssicherung oder auch Angaben in Qualitätsberichten in Betracht. Auch ausnahmslos gute Ergebnisse bei der externen Qualitätssicherung könnten vom G-BA als Anhaltspunkt für unangemeldete Kontrollen vorgesehen werden. Im Hinblick auf den Prüfungsumfang, der vom G-BA festzulegen ist, sind grundsätzliche Festlegungen als auch Bestimmungen möglich, die jeweils eine Konkretisierung für einzelne Prüfkonstellationen beinhalten. Mit den Vorgaben zum Verfahren der Prüfungen ist insbesondere ein transparentes und einheitliches Vorgehen des MDK bei den Kontrollen sicherzustellen. Die geforderten Festlegungen zum Umgang mit den Prüfergebnissen und ihren Folgen zielen darauf ab, die notwendigen Konsequenzen aus den Ergebnissen der Kontrollen zu gewährleisten.

In Hinblick auf den Umgang mit den Prüfergebnissen schreibt Satz 3 vor, dass der G-BA die zeitnahe Information der für die Umsetzung der Qualitätssicherung zuständigen Stellen über

die Prüfergebnisse zu regeln hat. Insoweit ist bereits gesetzlich gefordert, dass diejenigen, die Verantwortung dafür tragen, dass notwendige Konsequenzen aus den Prüfergebnissen gezogen werden, die erforderlichen Informationen erhalten. Angemessene Fristen für die zeitnahe Information sind durch den G-BA vorzugeben.

Satz 4 verpflichtet den G-BA zur Bestimmung von Fällen, in denen der MDK einrichtungsbezogene Prüfergebnisse unverzüglich an Dritte weiterzugeben hat. Es geht hierbei darum, bei besonders schwerwiegenden Verstößen gegen Qualitätsanforderungen und akuten Qualitätsmängeln, den notwendigen direkten Informationsfluss an die jeweils zuständigen Stellen zu gewährleisten. Festzulegen sind damit neben den Fallkonstellationen, in denen insbesondere Gefahren für die Patientensicherheit eine direkte Weitergabe der Prüfergebnisse erfordern, auch die Stellen, denen diese zu übermitteln sind. In Betracht kommen hier insbesondere Gesundheitsbehörden der Länder und kommunale Gesundheitsämter.

Satz 5 fordert vom G-BA, dass die Festlegungen zu den Kontrollen des MDK eine aufwandsarme Umsetzung fördern. Hierdurch sollen der Mehraufwand sowohl für den MDK als auch für die Krankenhäuser begrenzt werden. In diesem Sinne können beispielsweise Regelungen, die auf klar formulierte Kontrollaufträge mit eingegrenzten Prüfgegenständen hinwirken, den Aufwand für alle Beteiligten im Rahmen halten.

Zu Nummer 16 (§ 137a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Buchstabe b

Als Grundlage für die Gestaltung und Weiterentwicklung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung benötigen die Länder künftig Erkenntnisse aus den Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung. Mit Hilfe dieser Daten werden die zuständigen Landesbehörden in die Lage versetzt, die Versorgungsqualität der Krankenhäuser ihres Landes zu bewerten und in ihre Planungsentscheidungen einfließen zu lassen. Für diese Zwecke ermächtigt und verpflichtet Absatz 11 Satz 1 den G-BA, das Institut nach § 137a zu beauftragen, den Ländern auf Antrag über die Regelung zur sekundären Datennutzung in Form von Auswertungsergebnissen nach Absatz 10 hinaus auch unausgewertete Qualitätssicherungsdaten (Einzel Datensätze) zur Verfügung zu stellen, die einrichtungsbezogen und versichertenbezogen pseudonymisiert sind, soweit dies für Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung erforderlich ist. Damit werden den Ländern für diese Zwecke eigene, insbesondere landesbezogene, Auswertungen der Qualitätssicherungsdaten ermöglicht. Die Regelung setzt voraus, dass die antragstellende Landesbehörde den Zweck, für den sie die Daten benötigt, konkret benennt und ein berechtigtes Interesse an der Datenverwendung nach Absatz 11 Satz 2 darlegt. Die Daten dürfen gemäß Absatz 11 Satz 3 nur durch die Landesbehörde oder eine von ihr benannte Stelle für die im Antrag benannten konkreten Zwecke verarbeitet und genutzt werden; eine Zusammenführung mit anderen Datenbeständen oder Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen. Da es sich bei den Daten um sensible personenbezogene Gesundheitsdaten handelt, ist es zu vermeiden, dass Datenbestände ohne zeitliche Begrenzung auch nach Abschluss des konkreten Zweckes gespeichert werden (Vorratsdatenspeicherung). Daher fordert Satz 4 von der Landesbehörde, in ihrem Antrag auch einen Zeitpunkt anzugeben, zu dem die Daten gelöscht werden. Durch Verweis finden die Regelungen des Absatzes 10 Satz 3 bis 5 entsprechende Anwendung. Danach übermittelt das Institut die beantragten Daten nach Prüfung des berechtigten Interesses, wenn sich das antragstellende Land zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Auch für die Anträge der Landesbehörden zur Datenübermittlung hat der G-BA demnach Verfahrens- und Kostenregelungen in seiner Verfahrensordnung zu treffen sowie ein Datenschutzkonzept zu erarbeiten und weiterzuentwickeln (Absatz 10 Satz 4 und 5).

Zu Nummer 17 (§ 137b)

Zu Absatz 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im neunten Abschnitt. Die Beauftragung des Instituts nach

§ 137a durch den G-BA (§ 137 Absatz 5 a. F.) wird aus rechtssystematischen Gründen im Zusammenhang der Vorschriften zu diesem Institut in § 137b geregelt.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt klar, dass die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit des Instituts nach § 137a der Umsetzung durch den hierzu gesetzlich legitimierten G-BA bedürfen. Dem Institut selbst kommt keine Normsetzungskompetenz oder hoheitliche Befugnis zu. Deshalb werden dessen Arbeitsergebnisse dem G-BA als Empfehlungen zugeleitet und sind von ihm im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten entspricht die Formulierung nahezu wortgleich der für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geltenden Regelung in § 139b Absatz 4. Da sich die Zuleitung mit Berücksichtigungspflicht nach Satz 2 nur auf die Ergebnisse von Aufträgen des G-BA oder des Bundesministeriums für Gesundheit bezieht, gilt sie nicht für die Arbeitsergebnisse, die das Institut nach § 137a im Rahmen einer unbeauftragten Selbstbefassung erzielt.

Zu Nummer 18 (§ 137e)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 19 (§ 140f)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 20 (§ 221)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einrichtung und Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 bis 14 KHG. Die durch das GKV-VSG eingeführte Regelung zum Innovationsfonds (§ 221 Absatz 2 Satz 3 und Satz 4) wird mit der Regelung zum Strukturfonds in einem neuen Absatz 3 zusammengeführt.

Die Regelung sieht – entsprechend der mit dem GKV-VSG geplanten Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a – für den Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse im Jahr 2016 eine verwaltungseinfache Verrechnungslösung im Zusammenhang mit dem Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Bundeszuschuss vor. Ab dem Jahr 2016 wird der Überweisungsbetrag für die landwirtschaftliche Krankenkasse um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung Strukturfonds nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 KHG reduziert. Solange der Anteil noch nicht feststeht, ist vorläufig von einem Betrag von 1 Million Euro für ein Haushaltsjahr auszugehen.

Zudem wird – wiederum angelehnt an die mit dem GKV-VSG geplante Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a – geregelt, dass § 221 Absatz 2 Satz 2 entsprechend gilt. Dies bedeutet, dass sich der Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds, um den der Überweisungsbetrag reduziert wird, nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen bemisst. Maßgebend sind wiederum die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres. Der vorläufige Betrag von 1 Million Euro entspricht diesem Verhältnis. Der sich danach ergebende Betrag wird als Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse dem Strukturfonds zugeführt.

Zu Nummer 21 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen zu § 221 Absatz 2 und 3 (Artikel 4 Nummer 20).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Finanzierungsregelung zur Einrichtung und Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 bis 14 KHG. Die Ergänzung des § 271 Absatz 2 um einen Satz 5 sieht vor, dass dem Strukturfonds zur Finanzierung der Fördermittel nach §§ 12 bis 14 KHG, beginnend ab dem Jahr 2016, aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Betrag bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro abzüglich des anteiligen Betrages der landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Absatz 2 Satz 5 und 6 zugeführt wird, soweit

die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 KHG abgerufen werden. Dadurch wird sichergestellt, dass nur die tatsächlich benötigten Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve an den Strukturfonds ausgekehrt werden.

Zu Nummer 22 (§ 275a)

Die Neuregelung des § 275a und die Folgeänderungen in den §§ 276 ff. setzen den Eckpunkt der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform und aus dem Koalitionsvertrag um, dass der MDK zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA und der Länder sowie zur Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen soll.

Diese Kontrollen stellen einen wichtigen Bestandteil des Konzeptes zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsvorgaben des G-BA dar. Die Neuregelungen der §§ 275a, 276, 277 und 281 schaffen den gesetzlichen Rahmen für diese Kontrollen im Hinblick auf die Aufgabenzuweisung an den MDK, die konkrete Beauftragung des MDK mit diesen Kontrollen und den generellen Umfang der Kontrollen. Einzelheiten hierzu werden durch den G-BA in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 geregelt. Die gesetzlichen Neuregelungen umfassen ferner die erforderlichen Vorschriften für die Mitwirkung der Krankenhäuser an den Kontrollen, die datenschutzrechtlichen Begleitregelungen und die Finanzierung der Kontrolltätigkeit des MDK. Nach den o. g. Eckpunkten kann im Rahmen der Kontrollen auch überprüft werden, ob landesrechtlich geregelte Qualitätsanforderungen der Länder eingehalten sind. Voraussetzung dafür, dass der MDK hier tätig werden kann, ist, dass die erforderlichen Rahmenbedingungen – wie z. B. der diesbezügliche Kontrollauftrag, Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser und den Datenschutz betreffende Rechte und Pflichten – landesrechtlich verankert sind.

Zu Absatz 1

Absatz 1 überträgt dem MDK die neue Aufgabe der Durchführung der Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern. Voraussetzung ist, dass der MDK hierzu von einer Stelle beauftragt wird, die über konkrete und belastbare Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung der o. g. Qualitätsanforderungen oder über Verstöße gegen die Dokumentationspflichten verfügt. Auftraggeber dieser Kontrollen sind daher die in Absatz 3 genannten und in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 näher zu bestimmenden Stellen. Hierfür kommen grundsätzlich die Landesgesellschaften für Qualitätssicherung oder das Institut nach § 137a in Frage. Die Anhaltspunkte, die die Kontrollen rechtfertigen, sind dem MDK in dem Auftrag mitzuteilen. Das Nähere zu diesen Anhaltspunkten ist – soweit die Qualitätssicherung des G-BA betroffen ist – in der Richtlinie zu konkretisieren (vgl. Begründung zu § 137 Absatz 3). Für die Kontrollen der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder sind die die Kontrolle rechtfertigenden Anhaltspunkte ggf. landesrechtlich näher zu regeln. Diese müssen ebenfalls im Auftrag an den MDK dargelegt werden.

Die Kontrollen sind für alle Beteiligten möglichst aufwandsarm durchzuführen. Dies kann beispielsweise dadurch erreicht werden, dass die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA und der Qualitätsvorgaben der Länder durch ein Krankenhaus vom MDK in einem gemeinsamen Kontrollverfahren überprüft wird. Im Übrigen obliegt es dem G-BA und den Ländern, durch geeignete Festlegungen möglichst konkrete Vorgaben zum Prüfumfang und -inhalt zu machen.

Die Kontrollen können – entsprechend den Vorgaben im Koalitionsvertrag und in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform – unangemeldet durchgeführt werden. Soweit es im Einzelfall sachgerecht ist, können Kontrollen auch angekündigt erfolgen, z. B. um den Kontrollaufwand zu reduzieren und sicherzustellen, dass seitens des Krankenhauses die nötigen Ansprechpartner zeitnah verfügbar sind und die erforderlichen Unterlagen bereitliegen.

Zur Sicherstellung einer möglichst einheitlichen Umsetzung der Kontrollen durch die Medizinischen Dienste können der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbands und die Medizinischen Dienste Empfehlungen erarbeiten, die die Vorgaben der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 hinsichtlich des Verfahrens zur Durchführung der Kontrollen durch den MDK weiter konkretisieren.

Zu Absatz 2

Absatz 2 Satz 1 bestimmt, dass Art und Umfang der vom MDK durchzuführenden Kontrollen sich abschließend aus dem konkreten Kontrollauftrag ergeben. In dem Auftrag ist genau

anzugeben, was vom MDK im Einzelnen zu prüfen ist. Um zu vermeiden, dass Krankenhäuser aus geringem Anlass durch übermäßigen Aufwand bei der Mitwirkung an der Kontrolle belastet werden, wird in Satz 2 gesetzlich vorgegeben, dass die Anhaltspunkte, die Auslöser für die Kontrolle sind, und der Prüfumfang in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen müssen.

Absatz 2 Satz 3 führt enumerativ die abstrakten Regelungsgegenstände auf, die im Rahmen der Kontrollen des MDK geprüft werden können. Dies ist zum einen die Einhaltung der nach den §§ 135b und 136 bis 136c festgelegten, in Richtlinien und Beschlüssen des G-BA konkretisierten Qualitätsanforderungen. Zum anderen kann auch geprüft werden, inwieweit die vom G-BA im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung festgelegten Dokumentationspflichten erfüllt werden, insbesondere ob die von den Krankenhäusern für die Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen und übermittelten Daten mit den in den Krankenhäusern vorgehaltenen Daten übereinstimmen. Zudem kann im Rahmen der Kontrollen des MDK auch überprüft werden, inwieweit die Qualitätsanforderungen der Länder – soweit solche landesrechtlich geregelt sind – erfüllt werden.

Um zu vermeiden, dass erhebliche Qualitätsmängel, die dem MDK im Rahmen seiner Kontrollen auffallen, aber nicht vom Kontrollauftrag abgedeckt sind, unberücksichtigt bleiben, wird der MDK in Satz 4 verpflichtet, diese seinem Auftraggeber und dem Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen.

Zu Absatz 3

Voraussetzung für die konkrete Kontrolle eines Krankenhauses ist, dass der MDK hierzu von einer Stelle beauftragt wird, die über konkrete und belastbare Anhaltspunkte für eine Nichteinhaltung der o.g. Qualitätsanforderungen oder für Verstöße gegen die Dokumentationspflichten verfügt. Die Auftraggeber dieser Kontrollen sind daher vom G-BA in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festzulegen. Hierfür kommen grundsätzlich die Landesgesellschaften für Qualitätssicherung oder das Institut nach § 137a in Frage.

In dem Auftrag an den MDK müssen ihm die Anhaltspunkte, die die Kontrollen rechtfertigen, und der konkret zu prüfende Kontrollumfang mitgeteilt werden. Der MDK kann die Richtigkeit der Dokumentation der Datensätze, die Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung melden, nur dann kontrollieren, wenn ihm die von einem Krankenhaus gemeldeten Datensätze, deren Richtigkeit er prüfen soll, vorliegen. Soweit der Auftrag die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation umfasst, sind ihm deshalb mit dem Auftrag die zu prüfenden Datensätze zu übermitteln.

Einzelheiten zu dem Verfahren für die Erteilung des Auftrages an den MDK sind in der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 zu regeln.

Zu Absatz 4

In Bezug auf die Einhaltung von landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen der Länder wird geregelt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den MDK mit der Kontrolle eines Krankenhauses beauftragen kann. Der Auftrag muss die diese Kontrolle rechtfertigenden Anhaltspunkte sowie den konkreten Gegenstand und Umfang des Kontrollauftrags umfassen.

Eine Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen der Länder durch den MDK kann erfolgen, wenn die erforderlichen landesrechtlichen Voraussetzungen (z. B. zur Durchführung der Kontrollen, zu den Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser und den notwendigen datenschutzrechtlichen Befugnissen) gegeben sind.

Zu Nummer 23 (§ 276)

Zu Buchstabe a

Mit der Streichung des Wortes „nur“ in Absatz 2 Satz 1 soll die Möglichkeit eröffnet werden, auch in dem neuen Absatz 4a datenschutzrechtliche Befugnisse des MDK zu regeln. Mit der Streichung des Satzteils zu den Modellvorhaben nach § 275a wird die überholte Bezugnahme auf eine frühere, nicht mehr geltende Regelung des § 275a beseitigt.

Die Änderungen in dem neuen Satz 2 greifen ein Anliegen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz hinsichtlich der Übermittlung der vom MDK für die Einzelfallbegutachtung nach § 275 benötigten personenbezogenen Daten durch die Leistungserbringer auf und stehen nicht im Zusammenhang mit den neu eingeführten Qualitätskontrollen nach § 275a und den daraus resultierenden Folgeänderungen. Bisher haben die Leistungserbringer (z. B. die Vertragsärzte) die Unterlagen entweder direkt dem MDK übersandt oder auf entsprechende Anforderung der

Krankenkassen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung über die Krankenkasse an den MDK übermittelt. Hierfür wurde das sogenannte Umschlagverfahren genutzt. Dabei werden die angeforderten Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag mit dem Hinweis, dass die Unterlagen nur für den MDK bestimmt sind, an die Krankenkasse gesandt. Die Krankenkasse leitet den verschlossenen Umschlag dann an den MDK weiter.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz hat im Rahmen ihrer Kontrolltätigkeit wiederholt beanstandet, dass das beschriebene Umschlagverfahren nicht eingehalten wird und Krankenkassen Kenntnis von Unterlagen erhalten, die nur für den MDK bestimmt sind.

Die Neuregelung sieht vor, dass es zwar zur Vereinfachung des Verwaltungsablaufes weiterhin möglich ist, dass auch die Krankenkasse für den MDK personenbezogene Daten anfordern kann, der Rücklauf aber nur noch direkt an den MDK zu erfolgen hat. Damit wird sichergestellt, dass die Krankenkasse keine Kenntnis von den für die Begutachtung durch den MDK erforderlichen und nur für diesen bestimmten Daten erhält.

Zu Buchstabe b

Der neue Absatz 4a schafft auf der einen Seite die erforderliche gesetzliche Grundlage für das Betretensrecht des MDK bei den Krankenhauskontrollen und die datenschutzrechtlichen Befugnisse für die Einsichtnahme in die erforderlichen Krankenunterlagen. Auf der anderen Seite werden die hiermit korrespondierenden Pflichten auf Seiten der Krankenhäuser normiert. Das Krankenhaus ist insbesondere verpflichtet, dem MDK zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen. Es hat dafür Sorge zu tragen, dass alle Voraussetzungen vorliegen, damit der MDK seine Kontrollen ordnungsgemäß durchführen kann. Die Krankenhäuser sind damit auch verpflichtet, dem MDK Einsicht in personenbezogene Unterlagen zu gewähren und diese auf Anforderung des MDK an ihn zu übermitteln, soweit dies in der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 festgelegt und für die Kontrolle erforderlich ist.

Um die Durchführung der Kontrollen durch den MDK möglichst einheitlich zu gestalten und um durch ein möglichst standardisiertes Vorgehen den Kontrollaufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, ist es notwendig, insbesondere nicht näher definierte Qualitätsanforderungen, wie z. B. die Verfügbarkeit bestimmter personeller oder technischer Ressourcen, so zu konkretisieren, dass diese auch sachgerecht, aufwandsarm und nach einheitlichen Vorgaben kontrolliert werden können. Diese Konkretisierung kann nur durch den G-BA erfolgen, der diese Qualitätsanforderungen festlegt. Deshalb ist in den Richtlinien nach § 137 Absatz 3 auch eine Operationalisierung der zu prüfenden Qualitätsanforderungen vorzunehmen. Der G-BA hat danach insbesondere festzulegen, welche Informationsquellen mit welchen personenbezogenen Daten in die Überprüfung von Qualitätsanforderungen einbezogen werden dürfen. Hierbei kann es sich beispielsweise um Operationsberichte, Röntgenbilder oder Laborwerte handeln. Zur Operationalisierung sind insbesondere auch Festlegungen zum Umfang der einzusehenden Unterlagen (z. B. Zahl der einzusehenden Patientenakten) erforderlich.

Da der Gesetzgeber die Krankenhäuser im SGB V nur insoweit zur Mitwirkung verpflichten kann, als es um die Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA geht, und da bezüglich der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder Landesrecht maßgeblich ist, stellt Satz 5 klar, dass die Betretensrechte und Einsichtnahmerechte des MDK nach Satz 1 bis 3 nur dann bestehen, wenn auch das Landesrecht entsprechende Pflichten der Krankenhäuser vorsieht.

Zu Nummer 24 (§ 277)

§ 277 Absatz 1 Satz 4 ff. legt – wie in den Sätzen 1 bis 3 zur Einzelfallbegutachtung – auch für die Aufgabe der Qualitätskontrollen nach § 275a fest, wem der MDK die Kontrollergebnisse mitzuteilen hat. Dies sind das geprüfte Krankenhaus und die den MDK beauftragenden Stellen nach § 275 Absatz 3 und 4. Nähere Einzelheiten werden in der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 geregelt. Sofern der G-BA in seiner Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festlegt, in denen es wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen wichtig ist, dass auch Dritte das Kontrollergebnis schnell erfahren, hat der MDK das Kontrollergebnis unverzüglich an diese in der Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird auch die gesetzliche Legitimation dafür geschaffen, dass die Mitteilung des Ergebnisses personenbezogene Angaben enthalten darf. Die personenbezogenen Daten sind dabei in der Mitteilung der Ergebnisse an den Auftraggeber und den Dritten zu anonymisieren, da eine unverschlüsselte Übermittlung personenbezogener

Daten der Versicherten für eine Prüfung von möglichen Folgen aus dem Kontrollergebnis nicht erforderlich ist.

Zu Nummer 25 (§ 281)

Die Regelung stellt sicher, dass die nach § 137 Absatz 3 in Verbindung mit § 275a vorgesehenen und vom MDK durchzuführenden Prüfungen der Qualitätsanforderungen des G-BA über die Umlage der Krankenkassen finanziert werden. Die von den Ländern beauftragten Kontrollen der Qualitätsanforderungen der Länder nach § 275a Absatz 4 sind nach § 275a Absatz 5 nutzerfinanziert. Die Kosten hierfür sind von den Ländern zu tragen.

Zu Nummer 26 (§ 285)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 27 (§ 299)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen im Neunten Abschnitt.

Zu Nummer 28 (§ 303e)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 137a im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes.

Zu Artikel 7 (Änderung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Gesetze)

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Der in Artikel 6b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vorgesehene Berichtspflicht an den Deutschen Bundestag ist die Bundesregierung mit dem Bericht über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (BT-Drucksache 18/3600) nachgekommen.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetzes)

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

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Regelungen dieses Gesetzes treten vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am 1. Januar 2016 in Kraft.

Zu Absatz 2

Die Regelung zum Strukturfonds in Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 KHG) soll bereits mit dem Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag in Kraft treten, da das Nähere über die Kriterien der Förderung und das Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln ist.

Zu Absatz 3

Die unter Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe h (§ 4 Absatz 8 KHEntgG) vorgesehenen Regelungen zum Pflegestellen-Förderprogramm treten bereits mit dem Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag in Kraft, damit zusätzliche Personalstellen oder eine Aufstockung von Teilzeitstellen bereits im Rahmen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 vereinbart werden können.

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe e (§ 10 Absatz 8 KHEntgG) wird die Fortsetzung der Konvergenz der Landesbasisfallwerte an den neuen Basisfallwertkorridor ab dem 1. Januar 2016 geregelt. Dabei werden die Landesbasisfallwerte, die unterhalb der unteren Korridorgrenze liegen, in einem Schritt auf diesen Wert angehoben. Für die Landesbasisfallwerte oberhalb der oberen Korridorgrenze erfolgt der erste von sechs Angleichungsschritten an die obere Korridorgrenze. Da die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2016 nach geltendem Recht prospektiv bereits im Herbst 2015 abzuschließen ist, treten die Regelungen zur weitergehenden Konvergenz der

Landesbasisfallwerte bereits mit dem Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag in Kraft, damit die vorgesehene Angleichung in den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2016 berücksichtigt werden kann.

Auch alle übrigen Inkrafttretenstermine dieses Gesetzes gehen von der nach geltendem Recht vorgesehenen prospektiven Vereinbarung der Landesbasisfallwerte wie auch der Krankenhausbudgets aus. Regelungen, die zum 1. Januar eines Jahres in Kraft treten, gelten daher erst für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr, nicht jedoch für – entgegen dem Prospektivitätsgrundsatz – am 1. Januar noch nicht vereinbarte Landesbasisfallwerte. Beispiel: Die zum 1. Januar 2016 in Kraft tretende Streichung der absenkenden Berücksichtigung von Leistungssteigerungen bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts (Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe aaa (§ 10 Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 KHEntgG)) gilt erstmals für die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2017. Die Streichung gilt damit nicht für die – nach geltendem Recht im Herbst 2015 zu treffende – Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2016, auch wenn die Vereinbarung am 1. Januar 2016 noch nicht abgeschlossen sein sollte.

Zu Absatz 4

Durch Artikel 3 (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 KHEntgG) wird der Versorgungszuschlag mit Beginn des Jahres 2017 aus der Aufzählung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen gestrichen.

Zu Absatz 5

Die Regelungen in Artikel 4 zu der der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte nachgehenden Ermittlung des Bundesbasisfallwerts und zu den daraus resultierenden Ausgleichszahlungen (§ 10 Absatz 9 und 11 KHEntgG) treten zum 1. Januar 2021 in Kraft.