

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum Referentenentwurf

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung
der Finanzstruktur und der Qualität
in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Stand: 19. Februar 2014

I. Allgemeiner Teil

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

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

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

neutrale und interessenfreie Darstellung von vergleichenden Qualitätsinformationen in adressatengerechter Aufarbeitung einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Dadurch werden die interessengeleiteten Krankenhausportale der Krankenkassen überflüssig, die Kassen sollten daher von der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Qualitätsdaten entbunden werden.

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

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

Als zentraler Baustein der von der Bundesregierung initiierten Qualitätsoffensive sollten auch die nach § 135 Abs. 2 SGB V bisher von den Partnern der Bundesmantelverträge auszuhandelnden Qualitätsvoraussetzungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen in die Regelungskompetenz des G-BA überführt werden.

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

II. Besonderer Teil

Gesetzesvorschlag:

§ 137a

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Gesetzesvorschlag:

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Gesetzesvorschlag:

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

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

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

Stellungnahme:

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

Zu Nr. 5:

Die Krankenhäuser bekennen sich zur Transparenz und zur öffentlichen Darstellung ihrer Qualität, die auch für Patienten nachvollziehbar sein soll. Das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen muss die ihm vorliegen-

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

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

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

Zu Nr. 6:

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

Zu Nr. 7:

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

Änderungsvorschläge:

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

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

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

Änderung von § 137 Abs. 3 Satz 4:

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

Gesetzesvorschlag:

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Satz 3 wird wie folgt geändert:

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

Gesetzesvorschlag:

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Gesetzesvorschlag:

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Gesetzesvorschlag:

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Gesetzesvorschlag:

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

Gesetzesvorschlag:

(9) Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts haben die Beschäftigten vor ihrer Einstellung sowie alle an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen mögliche Interessenkonflikte einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen offen zu legen.

Stellungnahme:

Die Regelung sollte verschärft werden. Eine Offenlegung möglicher Interessenkonflikte sollte nicht nur vor dem Beginn der Aufgabenerfüllung, sondern zusätzlich mindestens einmal jährlich erfolgen, da Interessenkonflikte auch während der Beschäftigung neu eintreten können.

Änderungsvorschlag:

Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit des Instituts haben die Beschäftigten vor ihrer Einstellung sowie alle an der Aufgabenerfüllung nach Absatz 3 beteiligten Personen und Institutionen mögliche Interessenkonflikte einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen **einmal jährlich** offen zu legen.

Gesetzesvorschlag:

Artikel 14 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

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

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag:

Keiner.

III. Weiterer Regelungsbedarf

im Zusammenhang mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen:

1. Evaluation der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA:

Stellungnahme:

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

Änderungsvorschlag (§ 137a Abs. 3):

6. für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung auf der Grundlage geeigneter Sozialdaten, die von den Krankenkassen nach § 299 Absatz 1a unter Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen übermittelt werden, darzustellen; **sowie**

7. Kriterien zur Bewertung von in der ambulanten und stationären Versorgung verbreiteten Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über deren Aussagekraft in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren **sowie**

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

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

Stellungnahme:

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

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

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

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

Änderungsvorschlag:

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

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

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

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

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

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

...

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

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

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

(2) Ab dem krankenhausindividuellen Einführungsjahr bis zum Jahr 2016 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag in entsprechender Anwendung des § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung zu vereinbaren, mit der Maßgabe, dass anstelle der Veränderungsrate nach § 6 Absatz 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 als maßgebliche Rate für den Anstieg des Gesamtbetrags gilt und der Mehraufwand zur Umsetzung von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen ist;

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

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

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

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