

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur BMG-Anhörung des
Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)
am 18.05.2015**

Stand 12.05.2015

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis:

I. Vorbemerkung	- 6 -
II. Referentenentwurf.....	- 8 -
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	- 8 -
Nr. 1 § 1 KHG Grundsatz	- 8 -
Nr. 2 § 6 Abs. 1a (neu) Krankenhausplanung und Investitionsprogramme	- 9 -
Nr. 3 a § 8 Abs. 1a, b, c (neu) Krankenhausplanung und Investitionsprogramme	- 12 -
Nr. 3b § 8 Abs. 2 (neu) Voraussetzung der Förderung.....	- 14 -
Nr. 4a § 10 Abs. 1 (neu) Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung	- 15 -
Nr. 4 b § 10 KHG Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung	- 16 -
Nr. 5 §§ 12 bis 14 KHG Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen.....	- 17 -
Nr. 6 § 17a (neu) Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung.....	- 20 -
Nr. 7a § 17 b Abs. 1 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	- 21 -
Nr. 7a § 17 b Abs. 1a (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	- 23 -
Nr. 7 b § 17b Absatz 3 KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	- 24 -
Nr. 7c § 17 b Abs. 5 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	- 26 -
Nr. 7d § 17 b Abs. 7 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	- 27 -
Nr. 7e § 17 b Abs. 10 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser.....	- 28 -
Nr. 8 § 17c Abs. 4, 4b und 4c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss.....	- 29 -
Nr. 9 a § 17 d KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	- 32 -
Nr. 9b § 17 d Abs. 2 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	- 33 -
Nr. 9c § 17 d Abs. 6 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	- 34 -
Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	- 35 -
Nr. 1 Inhaltsübersicht	- 35 -
Nr. 2 § 1 Abs. 2 (neu) Sachlicher Geltungsbereich.....	- 36 -
Nr. 3 § 2 Abs. 2 (neu) Krankenhausleistungen	- 37 -
Nr. 4 a § 4 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	- 39 -

Nr. 4 b § 4 Abs. 2a (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 40 -

Nr. 4 c § 4 Abs. 2b (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 41 -

Nr. 4 d § 4 Abs. 3 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 45 -

Nr. 4 e § 4 Abs. 6 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 46 -

Nr. 4 f und g § 4 Abs. 8 und 9 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 47 -

Nr. 4 h § 4 Abs. 8 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 48 -

Nr. 4 i und j § 4 Abs. 9, 12-14 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets - 53 -

Nr. 5a § 5 Abs. 1 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen - 54 -

Nr. 5 b § 5 Abs. 2 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen - 55 -

Nr. 5 c § 5 Abs. 3 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen - 59 -

Nr. 5d § 5 Absatz 3a KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und
Abschlägen - 60 -

Nr. 5d § 5 Absatz 3b KHEntgG (neu) - Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und
Abschlägen (Klinische Sektionen) - 62 -

Nr. 5d § 5 Abs. 3c KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen- 63 -

Nr. 5e § 5 Abs. 6 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen - 64 -

Nr. 6a bis e § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte - 65 -

Nr. 7a bis d § 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen - 66 -

Nr. 8 a § 8 Abs. 2 (neu) Berechnung der Entgelte - 67 -

Nr. 8 b § 8 Abs. 4 (neu) Berechnung der Entgelte - 68 -

Nr. 8 c § 8 Abs. 10 (neu) Berechnung der Entgelte - 69 -

Nr. 9a § 9 Absatz 1 Vereinbarung auf Bundesebene - 70 -

Nr. 9 a § 9 Abs. 1a (neu) Vereinbarung auf Bundesebene - 71 -

Nr. 9 a § 9 Absatz 1b KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene - 74 -

Nr. 9 a § 9 Absatz 1c KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene - 75 -

Nr. 9b § 9 Absatz 2 KHEntgG - 77 -

Nr. 10 a § 10 Abs. 1 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 79 -

Nr. 10 b § 10 Abs. 3 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 80 -

Nr. 10 c § 10 Abs. 4 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 82 -

Nr. 10d § 10 Abs. 6 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 83 -

Nr. 10 e § 10 Abs. 8 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 85 -

Nr. 10 f § 10 Abs. 9 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 87 -

Nr. 10g § 10 Abs. 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 88 -

Nr. 10 h § 10 Abs. 11 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 89 -

Nr. 10 i § 10 Abs. 12 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 90 -

Nr. 10 j § 10 Abs. 13 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene - 91 -

Nr. 11 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus - 92 -

Nr. 12 § 15 Absatz 1 KHEntgG - 93 -

Nr. 13 a-d § 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten - 94 -

Nr. 14 Anlage 1 Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) - 96 -

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	- 97 -
Nr. 1 Inhaltsübersicht	- 97 -
Nr. 2 § 1 Absatz 1 BPfIV	- 98 -
Nr. 3 § 5 Abs. 3 und 4 BPfIV Vereinbarung von Zu- und Abschlägen	- 99 -
Nr. 4 § 8 Absatz 4 BPfIV Berechnung der Entgelte	- 100 -
Nr. 5a, b, c § 9 Absatz 1 BPfIV Vereinbarung auf Bundesebene	- 101 -
Nr. 6 § 10 Absatz 2 Vereinbarung auf Landesebene	- 102 -
Nr. 7 § 14 Absatz 1 Genehmigung	- 103 -
Nr. 7 § 18 Absatz 2 Übergangsvorschriften	- 104 -
Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 105 -
Nr. 1 § 65c Abs. 1 SGB V Klinische Krebsregister	- 105 -
Nr. 2 § 81 Abs. 3 SGB V Satzung	- 106 -
Nr. 3 § 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	- 107 -
Nr. 4 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	- 108 -
Nr. 5 § 91 Abs. 5 und 6 SGB V Gemeinsamer Bundesausschuss	- 109 -
Nr. 6 § 92 Abs. 7f SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss	- 110 -
Nr. 7 § 109 Abs. 2 und 3 (neu) SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	- 111 -
Nr. 8 § 110 Abs. 1 und 2 (neu) SGB V Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	- 113 -
Nr. 9 § 110a SGB V Qualitätsverträge	- 115 -
Nr. 10 § 113 Absatz 4 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung	- 116 -
Nr. 11 § 115b Ambulantes Operieren im KH Absatz 1 Satz 3	- 117 -
Nr. 12 § 120 SGB V Vergütung von Krankenhausleistungen	- 118 -
Nr. 13 § 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung	- 120 -
Nr. 14 § 135b SGB V Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung-	- 121 -
Nr. 14 § 135c SGB V Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft	- 122 -
Nr. 14 § 136 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	- 123 -
Nr. 14 § 136a SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	- 124 -
Nr. 14 § 136b (neu) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	- 125 -
Nr. 14 § 136c (neu) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	- 130 -
Nr. 14 § 136d (neu) Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	- 134 -

Nr. 14 § 137 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	- 135 -
Nr. 15 § 137a SGB V Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	- 139 -
Nr. 16 § 137b Absatz 1 und 2 SGB V Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a.....	- 140 -
Nr. 17 § 137e SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden..	- 141 -
Nr. 18 § 140f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten	- 142 -
Nr. 19 § 221 Abs. 2 SGB V Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen	- 143 -
Nr. 20 § 271 Abs. 2 SGB V Gesundheitsfonds	- 144 -
Nr. 21 § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst	- 145 -
Nr. 22 § 276 SGB V Zusammenarbeit	- 148 -
Nr. 23 § 277 SGB V Mitteilungspflichten.....	- 152 -
Nr. 24 § 281 SGB V Finanzierung und Aufsicht.....	- 153 -
Nr. 25 § 285 Abs. 1 SGB V Personenbezogene Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung.....	- 154 -
Nr. 26 § 299 Abs. 1. 1a und 3 SGB V Datenerhebung, verarbeitung und –nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung.....	- 155 -
Nr. 27 § 303e Abs. 1 SGB V Datenverarbeitung und –nutzung, Verordnungsermächtigung.....	- 156 -
Artikel 5 Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze.....	- 157 -
Artikel 6 Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes	- 158 -
Artikel 7 Inkrafttreten	- 159 -
Sonstiger Änderungsbedarf.....	- 160 -
Neufassung des § 3 Abs. 2 BPfIV Klarstellung zur Anwendung des doppelten Veränderungswertes.....	- 160 -
Sonstiger Änderungsbedarf.....	- 161 -
Neufassung des § 3 Abs. 5 BPfIV Regelung zu den Erlösausgleichen (Testate)	- 161 -

I. Vorbemerkung

Mit diesem Gesetzentwurf stärkt die Bundesregierung grundsätzlich den Qualitätsansatz bei der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten in den deutschen Krankenhäusern. Das ist ein begrüßenswerter erster und wichtiger Schritt zur weiteren Steigerung der Behandlungsqualität. Allerdings wird dieses Ziel bestenfalls nur mittelfristig erreichbar sein, da die Umsetzungsschritte komplex sind und die derzeitigen verfassungsrechtlichen Vorgaben verbindlichere Vorgaben zur Krankenhausplanung vielfach nicht zulassen. Unter diesen Rahmenbedingungen ist es zu begrüßen, dass Länder, die von der Anwendung der Qualitätsindikatoren abweichen wollen, dies aktiv durch Landesgesetzgebung tun müssen und dies öffentlich zu begründen haben. Denn Qualität ist eine wissenschaftlich abgesicherte, von den Patienten erwartete Leistungsdimension, die nicht durch Landesgrenzen bestimmt werden sollte.

Positiv hervorzuheben sind auch die Änderungen mit Bezug auf die Mindestmengenregelung. Mindestmengen sind ein probates Mittel, in vertretbaren Zeiträumen qualitative Mindeststandards effektiv in die Krankenversorgung zu implementieren.

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren ist sicherzustellen, dass hinter dieses Mindestmaß an Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung nicht wieder zurückgefallen wird.

Im Gegensatz zu den bestenfalls erst mittelfristig eintretenden Qualitätsverbesserungen fallen erhebliche Kostensteigerungen sofort an. Vor allem die Verschiebung der Mengendegression von der Landes- auf die Ortsebene widerspricht den Grundsätzen des DRG-Systems, da die Ausgabenneutralität nicht gewährleistet ist. Für Mehrkosten durch G-BA Beschlüsse sowie die einseitige weiterhin asymmetrische Einengung des Korridors für die Landesbasisfallwerte werden erhebliche Mittel aufgewendet, denen eine inhaltliche Verbindung zum qualitätsorientierten Krankenhausstrukturumbau fehlt. Beim Thema Pflegepersonal ist darauf zu achten, dass die Fehlentwicklungen aus dem letzten Pflegesonderprogramm nicht wiederholt werden. Denn sonst profitieren alle Krankenhäuser, ohne dass die Pflege am Bett - wie beabsichtigt - nachhaltig gestärkt wird. Insbesondere weil auf einen belastbaren Nachweis der Mittelverwendung verzichtet wird. Im Unterschied hierzu weist die Einsetzung einer Expertenkommission, die ein Modell zur Stärkung der Pflege entwickeln soll, in die richtige Richtung. Daneben werden für Notfälle, Zentren und Sicherstellung komplexe Zuschlagssysteme entwickelt, die in Verbindung mit den Maßnahmen zur Mengensteuerung die ökonomischen Wirkungen des DRG-Systems weiter schwächen. Die Vielfalt an Zu- und Abschlagmöglichkeiten wird zudem auf der Ortsebene zu komplexen und langwierigen Verhandlungen führen. Dem ist nur zu begegnen, wenn eine Kohärenz zwischen Zu- und Abschlägen hergestellt wird.

Die Krankenhausreform bürdet der gesetzlichen Krankenversicherung auch in der Form der äußerst zurückhaltenden Schätzung der Bundesregierung im Referentenentwurf Mehrkosten in Milliardenhöhe auf. Trotz der technischen Zuordnung der Ausgabensteigerung für die Hochschulambulanzen zum VSG, dem Streichen einer Auswir-

kung der Verlagerung der Mengendegression auf die Ortsebene und der Korrektur einiger Parameter werden bis 2018 immer noch Zusatzausgaben von knapp 2 Mrd. Euro erwartet. Diesen Mehrbelastungen stehen jedoch keine kurzfristig wirksamen und bezifferbaren Effekte der Strukturreform gegenüber. Um das Hauptziel der Reform – den qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft - zu fördern, wäre eine Verknüpfung der Ausgabensteigerungen mit den Qualitätszielen eine wirkungsvolle Maßnahme.

Des Weiteren wird ein grundlegendes Problem, die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die Länder, völlig ausgeblendet. Dies wird auch nicht durch den Strukturfonds ausgeglichen.

II. Referentenentwurf

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 1 KHG Grundsatz

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung der bisherigen Zwecksetzung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes um das Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung. Mit der Verankerung des neuen Zielkriteriums der patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung werden die Planungsinhalte erweitert und damit die Anforderungen an leistungsfähige Krankenhäuser um Qualitätsaspekte erhöht.

B Stellungnahme

Die Regelung ist als Grundlage für eine Änderung der Krankenhausplanung ein unverzichtbarer Bestandteil der Krankenhausreform, um eine qualitätsgesicherte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Kombination der wirtschaftlichen Sicherung mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Krankenhäusern ist hochrelevant, da beide Ziele in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 6 Abs. 1a (neu) Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Abs. 1 (neu) SGB V beschlossenen Empfehlungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität Bestandteil des Krankenhausplanes werden. Die Änderung bewirkt, dass die Länder bei den aufzustellenden Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen das in Absatz 1 neu aufgenommene Ziel einer patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung umzusetzen haben.

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. Die Länder können darüber hinaus weitere Qualitätsvorgaben zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen.

B Stellungnahme

Die Vorgabe von verbindlichen Qualitätsstandards für die Krankenhausplanung ist zu begrüßen und erhöht die Rechtssicherheit für die Länder. Für eine flächendeckende Sicherstellung der Qualitätsstandards ist allerdings eine verbindliche Vorgabe erforderlich.

Die erfahrungsgemäß lange Bearbeitungsdauer im Gemeinsamen Bundesausschuss und die Aufbauphase des IQTiG dürfen die Umsetzung des erzielten Konsens der Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten bei einer erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung nicht verzögern. Daher sollten konkrete Vorgaben an die Selbstverwaltung erfolgen.

Die Auskunftspflichtung des G-BA gegenüber den Ländern und insbesondere die Verkürzung der zeitlichen Vorgaben für die Datenaktualität sind angemessen. Diese sollten auf die anderen Bereiche der gesetzlichen Qualitätssicherung der Krankenhäuser ausgeweitet werden.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefassten Beschlüsse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind nicht als Empfehlungen, sondern als Richtlinie im Sinne einer verbindlichen Vorgabe zu verstehen. Die Ausnahme durch die Landesregierungen über Landesrecht im Sinne eines demokratisch legitimierten Prozesses setzt höhere Hürden für eine Abweichung von diesen Vorgaben im Vergleich zu Rechtsverordnungen oder Feststellungsbescheiden.

Sofern ein Land von den Qualitätsvorgaben „nach unten“ abweichen sollte, ist es erforderlich, dass die Länder verpflichtet werden, im Sinne der Patientenorientierung bei

Nichtanwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren diese Ausnahme zu begründen und an geeigneter Stelle (z.B. Internetseite des G-BA) zu veröffentlichen.

Zur Weiterentwicklung und zur Überprüfung des Grades der Umsetzung der Krankenhausplanerischen Qualitätsindikatoren bei den Leistungserbringern ist es notwendig, einen unmittelbaren Leistungsbezug sicherzustellen. Dies trägt zur Rechtssicherheit bei der Operationalisierung von etwaigen Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Kriterien bei. Auch in den Routinedaten ist ein Leistungsbezug sinnvoll, um die Qualitätssicherung und Weiterentwicklungsarbeit aufwandsarm mit Sozialdaten der Krankenkassen unterstützen zu können.

In § 136c Absatz 4 SGB V (vgl. Artikel 4 Nr. 14) ist in Verbindung mit § 9 Absatz 1a (neu) KHEntgG (vgl. Artikel 2 Nr. 9a) eine Differenzierung von Notfallversorgungsstufen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss angedacht, die sinnvoll ist (vgl. dazu Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14). Eine Aufnahme dieser Differenzierung in die jeweilige Krankenhausplanung ist notwendig. Nur durch die Umsetzung der Notfallstrukturen nach § 136c Absatz 4 SGB V in die Krankenhausplanung der Länder ist eine gewisse Verbindlichkeit der G-BA Vorgaben möglich. Insofern ist für die Mitwirkung bzw. Verpflichtung der Länder, hier Festlegungen zu treffen, zumindest eine juristische Sollbestimmung angebracht.

Es ist zudem nicht eindeutig geregelt, ob die Landesplanungsbehörde von einer Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner über das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 9 Absatz 1b (neu) KHEntgG (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9) abweichen kann. Daher sollte in einem ergänzenden Absatz klargestellt werden, dass dies nicht beabsichtigt ist und die Inhalte der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für die Ausgestaltung von Zentren auf Landesebene zu beachten sind. Weichen die Planungsbehörden trotzdem von der Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene ab, werden die Vergütungselemente analog der Regelungen zum Sicherstellungszuschlag bei landesspezifischer Anwendung bei der Festlegung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt.

C Änderungsvorschlag

- a) In Satz 1 wird das Wort „Empfehlungen“ durch „Richtlinie“ ersetzt.
- b) Die Landesregierung wird zur Begründung und Veröffentlichung der Abweichung von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichtet, indem folgender Satz 3 angefügt wird: „Die Länder sind verpflichtet, derartige Ausschlüsse oder Einschränkungen nach Satz 1 ausführlich und nachvollziehbar für die Patientinnen und Patienten zu begründen; die Begründung ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses nach einem von diesem festzulegenden Verfahren zu veröffentlichen.“
- c) Nach Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt (vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 14): „Die gestufte Notfallversorgung gemäß § 136c Absatz 4 SGB V findet in der Krankenhausplanung der Länder Berücksichtigung.“

- d) Nach Absatz 1b wird der folgende Absatz 1c eingefügt: „Die Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1a Nr. 2 sind bei der planerischen Umsetzung zu beachten.“ (vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 9)

Nr. 3 a § 8 Abs. 1a, b, c (neu) Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht in Abs. 1a und 1b als Voraussetzung für die Aufnahme sowie den Verbleib im Krankenhausplan vor, dass die Krankenhäuser auf Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Abs. 2 (neu) SGB V übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien dauerhaft eine ausreichend gute Qualität aufweisen.

Eine Herausnahme aus dem Krankenhausplan ist außerdem auch möglich, wenn nicht nur vorübergehend Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3 (neu) KHEntgG vereinbart worden sind.

In Abs.1c wird geregelt, dass die rechtlichen Konsequenzen nicht gelten, wenn das Land die Verbindlichkeit der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Landesrecht ausgeschlossen hat.

B Stellungnahme

Diese Regelung korrespondiert mit der Aufnahme der qualitativ hochwertigen Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung in das Krankenhausfinanzierungsgesetz und stellt mögliche Konsequenzen für Krankenhäuser dar. Durch diese Regelung wird Rechtssicherheit geschaffen.

Die Länder werden damit in die Lage versetzt, das Kriterium „Qualität“ als ein reales Planungsinstrument mit Konsequenzen für die Versorgung einzusetzen. Die Kriterien „vorübergehend“ und „in einem erheblichen Maße“ sind allerdings zur Schaffung von noch klareren Regelungen zu operationalisieren. Die Operationalisierung der Herausnahme aus und Aufnahme in den KH-Plan ist damit ungenügend präzisiert.

Neben der Herausnahme aus dem Krankenhausplan ist auch der Versorgungsauftrag zu entziehen, damit für die Krankenhäuser nicht eine noch anderweitige Tätigkeit in diesen qualitativ bedenklichen Bereichen eröffnet wird.

Der G-BA ist bei der Abfassung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V gehalten, zu erreichende Mindestvorgaben und eine noch tragbare Dauer einer Nichterfüllung entsprechend in seinen Richtlinien und Beschlüssen auszuweisen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1a und Absatz 1b werden die Wörter „nicht nur vorübergehend“ durch die Wörter „mindestens über die Dauer von einem Jahr“ ersetzt und nach den Wörtern „in

einen erheblichen Maße“ die Wörter „bei offensichtlicher Patientengefährdung, sofern in diesen Maßstäben und Bewertungskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses die Dauer und der Grad nicht anderweitig definiert werden“ eingefügt (vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 14 zu § 136c Absätze 1 und 9 SGB V).

In Absatz 1b werden nach den Wörtern „aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“ die Worte „sowie ihr entsprechender Versorgungsauftrag zurückzuziehen“ eingefügt.

Nr. 3b § 8 Abs. 2 (neu) Voraussetzung der Förderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung des Abs. 2 um die Regelung, dass bei der Auswahlentscheidung der Behörde der Grundsatz der Trägervielfalt nur dann zu berücksichtigen ist, wenn die Qualität der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist vor dem Hintergrund des Ziels, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4a § 10 Abs. 1 (neu) Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht eine Streichung von abgelaufenen Fristen im Zusammenhang mit der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus dem Jahre 2009 vor.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 b § 10 KHG Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ähnlich wie bei den Kalkulationen der Entgeltsysteme nach § 17b KHG und § 17d KHG ist eine Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe bei der Kalkulation der Investitionspauschalen bisher nicht gewährleistet. So beteiligen sich an der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen z. B. Krankenhäuser in privater Trägerschaft bislang nicht. Durch eine repräsentative Kalkulationsgrundlage soll entsprechenden Mängeln begegnet werden.

Durch die Ergänzung in Absatz 2 Satz 1 wird daher vorgegeben, dass auch für die Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 entsprechend der Vorgaben nach § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen ist.

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 durch entsprechende Anwendung des § 17 b Abs. 7 Satz 6 KHG.

Des Weiteren erfolgen redaktionelle Anpassungen und Streichungen abgelaufener Fristen.

B Stellungnahme

Auf die entsprechenden Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe b) betreffend die analoge Anpassung des § 17 KHG für den Bereich der G-DRG-Kalkulation wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 §§ 12 bis 14 KHG Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den neuen §§ 12-14 wird für die Jahre 2016 bis 2018 auf Bundesebene ein Strukturfonds mit einem Volumen von 500 Mio. Euro beim Bundesversicherungsamt errichtet, aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder zu einem Anteil von jeweils 50% gefördert werden. Ziel ist der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen. So wird für diesbezügliche strukturverbessernde Maßnahmen insgesamt ein Betrag von bis zu 1 Mrd. Euro zur Verfügung stehen. Die Laufzeit des Fonds ist auf 3 Jahre begrenzt; die landesanteiligen Fondsmittel müssen bis zum 31. Juli 2017 beim BVA durch Landesanträge abgerufen werden. Bis dahin nicht abgerufene Mittel werden zur Förderung von Vorhaben anderer Länder genutzt. Sowohl an der Gestaltung der Vergabekriterien des BVA durch eine Vereinbarung auf Bundesebene als auch an der Zuteilung der Fördermittel auf Landesebene werden die Krankenkassen beteiligt (§ 13). Das BVA beauftragt bis Ende 2018 eine Auswertung des bewirkten Strukturwandels durch einen externen Sachverständigen für einen entsprechenden Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Deutschen Bundestag (§ 14).

B Stellungnahme

Die Vorschläge des Referentenentwurfes für die Neuregelungen zum Strukturfonds in den §§ 12 – 14 halten sich eng an die Vorgaben des Eckpunktepapiers, die leider das Problem schleichender monistischer Finanzierung durch die Kassen nicht gelöst haben. Wenn auch die Einrichtung eines Strukturfonds ohne eine grundlegende Lösung dieses Problems die strukturellen Ursachen der Überkapazitäten nicht beseitigen können wird, die Fondsausstattung zudem zu gering ist und die Laufzeit sicherlich zu begrenzt, muss das Instrument mit Blick auf die in § 12 Abs. 1 genannten Ziele (insb. Abbau der Überkapazitäten) dennoch als notwendiges und richtiges Signal im Sinne eines ersten Schrittes begrüßt werden.

Dass die Länder für den Erhalt von Fördermitteln ihre Investitionsaufwendungen nicht weiter beliebig absenken dürfen, ist eine wichtige Voraussetzung, um eine zielkonforme Mittelverwendung zu erreichen. Allerdings sollte als Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds der Durchschnitt der Fördermittel gemäß der Haushaltspläne der Jahre 2012 bis 2014 nicht nur eingefroren, sondern zumindest um einen Inflationsausgleich erhöht werden. Dies ist nicht zuletzt für die neuen Bundesländer von besonderer Relevanz, da sie mit dem Auslaufen der Investitionszuschläge aus Art. 14 GSG mit dem Jahresende 2014 allein durch die hier vorgesehene Kontinuitätsregel ohnehin nicht das bisherige Niveau der Landesfördermittel stabilisieren können.

Positiv zu werten ist auch die Ansiedlung des Fonds beim BVA und die doppelte Einbindung der Kassen bei der Entscheidung über die Mittelverwendung sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Die – im Unterschied zu § 8 Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 2 KHG - obligatorische Vorgabe einer einvernehmlichen gemeinsamen Vorgehensweise der Beteiligten (Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie Verband der Privaten Krankenversicherung und Länder) ist zu begrüßen.

Kritisch zu sehen ist dagegen, dass die Refinanzierung der Bundesmittel allein aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgen soll (500 Mio. Euro), so dass der Bund als eigentlicher Kostenträger über Steuermittel ebenso ausfällt wie die PKV. Zumindest die Beteiligung der PKV sollte daher sichergestellt werden. Dies ist über eine Regelung vergleichbar der zur Finanzierung der Pflegequalitätsprüfungen (§ 114a SGB XI) realisierbar. Die PKV ist dann entsprechend auch an den Vereinbarungen und Entscheidungen nach §§ 12 und 13 zu beteiligen.

An der Auswahlentscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben sollten nur diejenigen Institutionen beteiligt werden, die an der Finanzierung aller Vorhaben mit beteiligt sind. Das können nur die Länder und Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Privaten Krankenversicherungen sein. Andere Institutionen sind daher von der Auswahlentscheidung nach § 13 auszuschließen.

Darüber hinaus muss der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung gem. den Vorgaben nach § 12 Absatz 3 Nummer 4 KHG vom Bundesversicherungsamt und nicht durch die Länder selbst überprüft werden; denn die Länder können sich als Antragsteller nicht selbst überprüfen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 5 KHSg (§§ 12 bis 14 KHG) wird wie folgt geändert:

- a) § 12 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 „Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds), der zu neunzig Prozent aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zu zehn Prozent aus Mitteln der privaten Krankenversicherungsunternehmen über den Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. refinanziert wird.“
- b) In § 12 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3a) werden nach den Worten „der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel“ die Worte „jeweils zuzüglich eines Inflationsausgleichs entsprechend der Inflationsrate des Vorjahres laut Statistischem Bundesamt“ eingefügt.
- c) In § 12 werden nach Absatz 2 Satz 4 folgende Sätze 5, 6 und 7 eingefügt:
 „Soweit von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 ab dem Jahr 2016 Fördermittel abgerufen werden, werden dem Strukturfonds durch das Bundesversicherungsamt zur Refinanzierung Finanzmittel bis zu einer Gesamthöhe von 500 Millionen Euro zugeführt, die jeweils zu neunzig Prozent aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zu zehn Prozent aus Mitteln der privaten Kranken-

versicherungsunternehmen refinanziert werden. Der Finanzierungsanteil, der jeweils auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Strukturfonds nach §§ 12 bis 14 KHG zu überweisen. Etwaige Überzahlungen werden entsprechend anteilig zurückgeführt, sofern eine Verrechnung nicht möglich ist.“

- d) § 12 Absatz 2 Satz 5 wird Satz 8.
- e) In § 12 Absatz 3 Satz 1 wird nach „vereinbaren“ eingefügt:
„im Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherungen“
- f) § 13 wird wie folgt gefasst:
„Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherungen wählen die Länder die Vorhaben, für die ein Antrag auf Förderung gestellt werden soll, aus und treffen die Entscheidung über die Förderung. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Das Bundesversicherungsamt prüft die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.“

Nr. 6 § 17a (neu) Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge durch § 17b Absatz 1 a.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7a § 17 b Abs. 1 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung und Ergänzung des bisherigen Absatzes 1. Die bisher vorgesehene Möglichkeit der Selbstverwaltungspartner, Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden Fallzahlsteigerungen gezielt abzusenken oder abzustaffeln, wird verbindlich vorgegeben. Nach § 9 Absatz 1c haben die Vertragsparteien auf Bundesebene diese Regelung bis zum 31. Mai 2016 umzusetzen, damit diese Vorgabe bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.

Darüber hinaus werden die Selbstverwaltungspartner verpflichtet, mögliche Fehlanreize zu analysieren, die durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten bestehen und geeignete Maßnahmen zum Abbau der Übervergütung zu vereinbaren. Ein entsprechendes Konzept für eine sachgerechte Korrektur der Bewertungsrelationen soll bis zum 30.06.2016 vereinbart werden.

Für Palliativstationen- oder -einheiten, für die der Träger eine Vergütung im Rahmen einer Besonderen Einrichtung beabsichtigt, erfolgt eine gesonderte Regelung. Durch die vorgesehene Ergänzung wird Palliativstationen oder -einheiten das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausesindividuelle Entgelte im Rahmen einer Besonderen Einrichtung vereinbaren möchten. Bislang ist hierfür eine Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien vor Ort erforderlich.

B Stellungnahme

Hinsichtlich der Vorgabe, bei Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden Fallzahlsteigerungen eine gezielte Absenkung oder Abstufung vorzunehmen, wird auf Artikel 2 Nr. 9a zu § 9 Absatz 1c KHEntgG verwiesen.

Die zeitnahe Berücksichtigung von Änderungen bei Sachkosten ist ein richtiger Schritt zur Verbesserung der Ziel- und Abbildungsgenauigkeit des DRG-Systems. Am Beispiel der medikamentenbeschichteten Stents konnte gezeigt werden, dass Preise für Sachkosten auch fallen können und der Zeitverzug von zwei Jahren zu einer geringeren Bewertung von Personalkosten in den DRGs führt.

Für eine Ausnahmeregelung für Palliativstationen- oder -einheiten sind keine Gründe erkennbar. Die Finanzierung der Palliativversorgung erfolgt derzeit im Rahmen des DRG-Systems über bundesweit einheitliche Zusatzentgelte für die Palliativmedizinische Komplexbehandlung oder über krankenhausesindividuell vereinbarte fall- oder tagesbezogene Entgelte im Rahmen von Besonderen Einrichtungen. Es liegen keine Erkenntnisse für eine Unterfinanzierung palliativmedizinischer Leistungen vor. Die jeweiligen einheitlichen Zusatzentgelte (ZE 60, ZE 145 sowie ZE 130/131), die neben der

DRG-Fallpauschale abgerechnet werden können, werden jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungsdaten kalkuliert. Aufgrund der noch treffgenaueren Ausgestaltung dieser Zusatzvergütung ist die Anzahl der Krankenhäuser, die eine Vergütung im Rahmen einer Besonderen Einrichtung beantragt und vereinbart haben, in der Vergangenheit stetig zurückgegangen. Gleichzeitig ist die Zahl der Krankenhäuser, die palliativmedizinische Leistungen über Zusatzentgelte abrechnen, deutlich angestiegen. Es besteht daher keine Notwendigkeit, die Individualvergütung zu Lasten der Pauschalvergütung über das DRG-System auszubauen. Die einseitige Erklärung durch das Krankenhaus widerspricht zudem dem grundlegenden Vereinbarungsgrundsatz im gesamten Krankenhausfinanzierungsrecht. Daher ist diese Regelung insgesamt abzulehnen.

Notwendig ist zudem eine umfassendere Vorgabe von strukturellen Voraussetzungen für die Palliativeinrichtungen, insbesondere in Form von Mindestqualifikationsstandards für das Personal einer Palliativstation durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Die vorzuhaltende Strukturqualität für eine Behandlung in einer Palliativstation muss dabei wenigstens den Mindestmerkmalen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS-Code 8-982) entsprechen. Zusätzlich wäre eine definitorische Abgrenzung der Behandlung in einer Palliativstation eines Krankenhauses von der Versorgung durch palliativmedizinische Teams auf den übrigen Stationen – abgerechnet mit einem palliativmedizinischen Komplexcode – und der Versorgung in Hospizen notwendig.

C Änderungsvorschlag

Hinsichtlich der Vorgabe, bei Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden Fallzahlsteigerungen eine gezielte Absenkung oder Abstaffelung vorzunehmen, wird auf die Änderungsvorschläge zu Artikel 2 Nr. 9a zu § 9 Absatz 1c KHEntgG verwiesen.

Hinsichtlich der Änderungen bei den Palliativeinrichtungen wird in Satz 10 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz „bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dafür ein schriftlicher Antrag eines Krankenhauses ausreichend.“ gestrichen. Stattdessen wird ein weiterer Satz angefügt: „Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage existierender Strukturvorgaben für Operationen- und Prozedurenschlüssel das Nähere zu den Strukturvoraussetzungen bei Palliativstationen oder -einheiten.“

Nr. 7a § 17 b Abs. 1a (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Einfügung eines neuen Absatz 1a, der die bisherigen in Abs. 1 aufgeführten Zu- und Abschläge sowie ergänzende Zu- und Abschläge enthält. Neu aufgeführt sind 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 Gemeinsamen Bundesausschusses resultieren und die noch nicht bei der DRG-Kalkulation und den Zusatzentgelten berücksichtigt werden konnten (Nummer 5).

Durch die Auflistung dieser Tatbestände mit dem Wort „insbesondere“ ist es grundsätzlich möglich, weitere Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, sofern diese erforderlich sind.

B Stellungnahme

Bei den Aufzählungen in Abs.1a handelt es sich um eine redaktionelle Neugliederung.

Die inhaltliche Bewertung der neuen Qualitätszu- und -abschlägen sowie den Zuschlägen zur Finanzierung der Mehrkosten aus Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt im Rahmen der jeweiligen gesetzlichen Neuregelung.

Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 136b Absätze 1 und 9 SGB V und zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3c KHEntgG und

C Änderungsvorschlag

a)

In Absatz 1a wird Nummer 3 wie folgt gefasst:

„Leistungen oder Leistungsbereiche mit unzureichender Qualität nach den Anforderungen von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

(Folge aus Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 136b Absätze 1 und 9 SGB V)

b)

In Absatz 1a wird die Nummer 5 gestrichen.

(Folge aus Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3c KHEntgG)

Nr. 7 b § 17b Absatz 3 KHG Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Da die Entgeltsysteme nach § 17 b und § 17 d KHG sowie die Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 KHG auf einer freiwilligen Kalkulationsbeteiligung beruhen, können derzeit einzelne Trägergruppen oder Leistungsbereiche in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert sein oder sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen. Dies kann zu Vergütungsfehlreizen führen. Ziel muss es daher sein, die bestehende freiwillige Stichprobe durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser zu ergänzen und hierdurch eine sachgerechte und repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen.

Um dies zu gewährleisten, werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf der Grundlage eines vom InEK zu erarbeitenden Vorschlags beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 ein Konzept für den schrittweisen Aufbau einer repräsentativen Kalkulationsbeteiligung ab dem Kalkulationsjahr 2017 und deren kontinuierliche Weiterentwicklung zu erarbeiten. Dazu sind unter Beibehaltung der Freiwilligkeit der Kalkulationsteilnahme im Übrigen ausgewählte Nicht-Kalkulationskrankenhäuser aus denjenigen Trägergruppen und Größenklassen zu einer Kalkulationsbeteiligung zu verpflichten, die bislang unterproportional an der Kalkulation teilnehmen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben darüber hinaus geeignete Maßnahmen zu vereinbaren, um die Durchsetzung der verpflichtenden Kalkulationsteilnahme und die vollständige und fristgerechte Lieferung der notwendigen Daten in formal und inhaltlich uneingeschränkt verwertbarer Form z. B. durch spürbare Sanktionsmaßnahmen effektiv sicherzustellen.

Soweit eine entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nicht zustande kommt, hat die Bundesschiedsstelle die ausstehenden Entscheidungen auf Antrag einer Vertragspartei zu treffen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Gewährleistung einer Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zur Verbesserung der Qualität der Kalkulationsstichprobe auf Basis eines vom InEK zu erarbeitenden und von den Selbstverwaltungspartnern zu vereinbarenden Umsetzungskonzeptes wird begrüßt. Die Einschaltung der Bundesschiedsstelle im Falle der Nicht-Einigung sowie die in der Begründung ausgeführten Instrumente und vorgeschlagenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Umsetzung des Konzeptes und einer hinreichenden Datenqualität sind sachgerecht. Dies gilt insbesondere für die:

- Verpflichtung geeigneter Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation,
- Durchsetzung der Teilnahme z. B. durch spürbare Sanktionsmaßnahmen. Für die Nichtteilnahme an der Kalkulation oder eine Lieferung unbrauchbarer Daten kann somit ein Abschlag in relevanter Höhe erhoben werden.

- Sicherstellung der Lieferung der notwendigen Daten in vollständiger und fristgerechter Form ggf. durch eine befristete, verpflichtende externe Kalkulationsunterstützung, deren Kosten, die über das vom DRG-Systemzuschlag gedeckte Kostenvolumen hinausgehen, von der jeweiligen Einrichtung zu tragen wären.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7c § 17 b Abs. 5 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass mit dem DRG-Systemzuschlag alle Kalkulations- und Entwicklungsaufgaben im Zusammenhang mit den stationären pauschalierenden Entgeltsystemen abgedeckt sind, einschließlich der auf der Bundesebene erfolgenden Entwicklung und Kalkulation von Zu- und Abschlägen. Darüber hinaus erfolgt eine redaktionelle Änderung, die bewirkt, dass nicht mehr zutreffende Verweise im Wege der Rechtsbereinigung angepasst werden.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7d § 17 b Abs. 7 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die bewirkt, dass nicht mehr zutreffende Verweise im Wege der Rechtsbereinigung angepasst werden.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7e § 17 b Abs. 10 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 10 Satz 1 wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen. Dabei wird die Angabe „Satz 16“ durch die Angabe „Satz 11“ ersetzt.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und unverändert im Inhalt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 17c Abs. 4, 4b und 4c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 wird klargestellt, dass es in dem Zusammenhang mit den Verfahren bei den Landesschlichtungsausschüssen nicht um Vertragsparteien geht, die in § 18 Absatz 2 definiert sind. Vielmehr wird auf die Parteien abgestellt, die für bestimmte strittige Fragen den Schlichtungsausschuss zur Schlichtung anrufen. Die Änderung in Absatz 4b ist eine redaktionelle Folgeänderung.

Die Neuregelung in Absatz 4c beinhaltet erstens die Klarstellung der Einordnung der Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse als Verwaltungsakt und verankert den Sozialgesetzweg bei Klage gegen diese Entscheidung. Durch diese Entscheidung sieht der Gesetzgeber die sachgerechte Verbindlichkeit zwischen den Schlichtungsparteien hergestellt, die die Sozialgerichte entlasten soll. Um die Einbeziehung der Schlichtungsausschüsse in gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und zudem ein Gleichordnungsverhältnis der Konfliktparteien bei der Klagemöglichkeit herzustellen, wird festgelegt, dass sich die Klage gegen eine der am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu richten hat und nicht gegen den Schlichtungsausschuss. Zweitens wird alternativ zur Streitentscheidung durch den Schlichtungsausschuss im obligatorischen Schlichtungsverfahren die Möglichkeit geschaffen, in unbürokratischer Art und Weise eine schnelle und verbindliche Streitbeilegung durch eine Schlichtungsperson herbeizuführen.

Die Schlichtungsparteien können von dieser Möglichkeit entweder für einzelne Streitigkeiten Gebrauch machen oder vereinbaren, dass die zu bestellende Schlichtungsperson in sämtlichen Streitigkeiten nach Absatz 4c Satz 5 (neu) entscheidet. Die gerichtliche Überprüfbarkeit der Entscheidungen der Schlichtungsperson wird eingeschränkt. Anträge auf gerichtliche Aufhebung sind nur dann zulässig, wenn die Entscheidung an elementaren Verfahrensmängeln leidet (etwa bei Willkürentscheidungen oder Verstößen gegen das Gebot der Unparteilichkeit), oder wenn die Entscheidung der Schlichtungsperson die Grenzen der Regelungsmaterie überschreitet. Da die Bestellung der Schlichtungsperson freiwillig ist, ist die Einschränkung der gerichtlichen Kontrollrechte nicht unzumutbar, da sie auf Fälle eher geringer wirtschaftlicher Bedeutung begrenzt ist.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung, als Forderung der GKV und Teil der Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, dass durch den Schlichtungsspruch kein Verwaltungsakt zustande kommt, wurde nicht umgesetzt, sondern ins Gegenteil verkehrt.

Die Einordnung der Entscheidung des Ausschusses als Verwaltungsakt impliziert enorme bürokratische Aufwände für die Vorarbeiten bis zur Entscheidung des Ausschusses, da faktisch bei jeder Entscheidung mindestens in der Qualität eines Sozialgerichtsverfahrens vorgearbeitet werden muss.

Bei einer korrekten Umsetzung der Vorschläge des Bundesrates, der Klarstellung des Mediationscharakters der Ausschussergebnisse, wäre zudem die Klarstellung der Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte obsolet.

Die neu geschaffene alternative Möglichkeit des Einsatzes einer Schlichtungsperson bilateral durch die Konfliktparteien stellt keine Möglichkeit dar, die Anzahl der Verfahren der Landesschlichtungsausschüsse zu begrenzen und damit zu entlasten. Durch den Ausschluss des weiteren Rechtsweges bei Anrufung stellt dieses Verfahren kein adäquates Element der Streitschlichtung bei Abrechnungskonflikten dar, da eine Störung der „öffentlichen Ordnung“ im Zusammenhang mit Schlichtungsentscheidungen zu Ergebnissen von MDK-Prüfungen nicht gesehen werden kann.

Der Gesetzgeber geht generell bei der weiteren Ausgestaltung des § 17c KHG immer noch davon aus, dass es sich bei Fällen mit einem Streitwert von unter 2.000€ um Einzelfälle handelt. Fallserien, in denen eine größere Anzahl von Fälle mit diesem niedrigen Streitwert vorliegen, können durch die beiden Verfahrensansätze nicht mehr bundesweit durch die Sozialgerichtsbarkeit bis hin zum letztendlichen Spruch des Bundessozialgerichts abrechnungstechnisch weiterentwickelt und somit bundesweit für die Abrechnung geklärt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung zur Einrichtung der Landesschlichtungsausschüsse.

Hilfsweise werden folgende Änderungen vorgeschlagen (vgl. auch Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Stellungnahme des Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) oder alternativ die Empfehlung des Bundesrates (Drs. 641/1/14 vom 29.01.2015, S. 121 ff.):

A)

Schlichtung statt Verwaltungsakt)

§ 17c Absatz 4 KHG: In Satz 7 wird das Wort „entscheidet“ durch „schlichtet“ ersetzt.

(Streichung Schiedsstelle)

§ 17c Absatz 4 KHG: Streichung der Sätze 10 und 11.

§ 17c Absatz 4c (neu): Der Satz 2 und die Sätze 6 bis 10 sollten gestrichen werden.

§ 17c Abs. 4b KHG: Einfügung eines vierten Satzes:

„Der Sozialrechtsweg ist auch nach erfolgloser Durchführung des Schlichtungsverfahrens nach Abs. 4 Satz 1 gegeben; die Klage richtet sich gegen die jeweils andere Partei des Abrechnungstreits, nicht gegen den Schlichtungsausschuss.“

B)

§ 17c wird wie folgt geändert:

1. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird wie folgt gefasst: "Der Schlichtungsausschuss soll auf eine gütliche Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse hinwirken."

Satz 7 wird wie folgt gefasst: "Der Schlichtungsausschuss unterbreitet den Konfliktparteien auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten einen Schlichtungsvorschlag."

Nach Satz 7 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das Schlichtungsverfahren endet, wenn:

1. die Parteien dem Schlichtungsausschuss übereinstimmend mitgeteilt haben, dass sie auf der Grundlage des Schlichtungsvorschlages oder in sonstiger Weise eine Einigung erzielt haben oder das sich der Vergütungsstreit anderweitig erledigt hat, oder
2. nach Unterbreitung des Schlichtungsvorschlages zumindest eine Partei die Schlichtung schriftlich gegenüber dem Schlichtungsausschuss und der anderen Partei für gescheitert erklärt, oder
3. der Schlichtungsausschuss den Parteien schriftlich mitteilt, dass eine Einigung nicht erfolversprechender scheint.

In den Fällen des Satzes 8 Nummer 2 und 3 bescheinigt der Schlichtungsausschuss den Parteien schriftlich, dass eine Einigung im Schlichtungsverfahren nicht erreicht werden konnte."

In dem bisherigen Satz 8 wird das Wort "näheren" durch das Wort "weiteren" ersetzt.

2. Absatz 4b wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter " und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4" gestrichen.

Folgende Sätze werden angefügt: „Der Kläger hat die vom Schlichtungsausschuss gemäß Absatz 4 Satz 9 ausgestellte Bescheinigung über einen erfolglosen Einigungsversuch mit der Klage einzureichen. Diese Bescheinigung ist ihm auf Antrag auch auszustellen, wenn binnen einer Frist von drei Monaten das von ihm beantragte Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 nicht durchgeführt worden ist."

Nr. 9 a § 17 d KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Entsprechend den Vorgaben zur Sicherstellung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage im somatischen Bereich (§ 17b KHG) wird auch für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorgegeben, dass unter entsprechender Anwendung des § 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen ist.

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

B Stellungnahme

Auf die entsprechenden Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 7 Buchstabe b) betreffend die analoge Anpassung des § 17 KHG für den Bereich der G-DRG-Kalkulation wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 9b § 17 d Abs. 2 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorgaben für Zu- und Abschläge in § 17b Abs. 1 und Abs.1a KHG.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 9c § 17 d Abs. 6 (neu) Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Einfügung einer Regelung, die die Anrufung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 für den Fall eröffnet, dass sich die Vertragsparteien auf Bundesebene für den Bereich des Entgeltsystems nach § 17d nicht auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage (inkl. Maßnahmen zu seiner effektiven Umsetzung) einigen können.

B Stellungnahme

Da davon auszugehen ist, dass eine entsprechende Regelung konfliktbehaftet sein wird, ist ein Schiedsstellenverfahren als sinnvoll zu erachten.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 Inhaltsübersicht

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Inhaltsübersicht wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen. Dabei werden in Absatz 2 Paragraph 4 die Wörter „ab dem Jahr 2009“ gestrichen.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 1 Abs. 2 (neu) Sachlicher Geltungsbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung von § 17 b Abs. 1 KHG sowie Klärstellung, auf welche psychiatrischen Einrichtungen das KHEntg keine Anwendung findet.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 2 Abs. 2 (neu) Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach Satz 2 Nummer 4 voraussetzen, dass hierfür eine Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus erfolgt ist. Darüber hinaus wird geregelt, dass die besonderen Aufgaben nur Leistungen umfassen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen des KHEntgG oder nach § 65c des SGB V vergütet werden. Besondere Aufgaben können auch Leistungen umfassen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Aktuell ist ein Wildwuchs hinsichtlich des Zentrumsbegriffs in der Krankenhauslandschaft zu beobachten, da sich im Prinzip jedes Krankenhaus Zentrum nennen darf. Objektive und einheitliche Kriterien zur Zentrenbildung liegen nicht vor. Patientensicherheit und die Möglichkeit vergleichender Patienteninformationen erfordern jedoch standardisierte und sachlich begründete Merkmale eines Zentrumsbegriffs. Nicht jedes Krankenhaus kann und darf krankhausplanerisch ein Zentrum sein.

Vor diesem Hintergrund ist eine krankhausplanerische Ausweisung als Mindestvoraussetzung anzusehen. Zentren sind verpflichtend in den Krankenhausplänen der Länder auszuweisen. Darüber hinaus ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass die zuständige Landesplanungsbehörde die besonderen Aufgaben für Zentren eindeutig und rechtssicher formuliert. Daher sollte der unbestimmte Begriff einer „gleichartigen Festlegung“ in jedem Fall gestrichen werden. Zumindest sollte in Satz 4 der Begriff „gleichartig“ in „gleichwertig“ abgeändert werden. In diesem Zusammenhang ist unklar, inwieweit die nach § 9 Abs.1 a Nr. 2 (neu) von den Selbstverwaltungspartnern zu schließende Vereinbarung für die Landesplanungsbehörde bindend sein soll.

Zentrumszuschläge dürfen nur dann eingeführt werden, wenn die entsprechenden Leistungen auf diese Krankenhäuser konzentriert werden. Ein regionaler Wettbewerb zwischen verschiedenen Zentren in einem Leistungsbereich ist krankhausplanerisch zu unterbinden. Um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden und Rechtssicherheit zu schaffen, ist der Entscheidungsfreiraum der gemeinsamen Selbstverwaltung für Zentrumszuschläge gering auszugestalten. Ebenso müssen die medizinisch-wissenschaftlichen Festlegungen bundeseinheitlich gelten und dürfen von der Landesebene nicht modifiziert werden. Die Tatbestandsvoraussetzungen sind rechtssicher, prüfbar und abschließend zu formulieren.

In der Neuregelung wird betont, dass die besonderen Aufgaben nur Leistungen umfassen, die nicht in den DRGs abgebildet sind. Erforderlich zur Feststellung, welche Leis-

tungen nicht in den DRGs abgebildet sind, ist die Einbindung des InEK, weil dort der erforderliche neutrale Sachverstand zu kalkulatorischen Fragestellungen vorliegt. Daher sollten die Selbstverwaltungspartner beauftragt werden, ein entsprechendes Verfahren unter Beteiligung des InEK zu entwickeln.

Um eine gezielte, an Qualitätskriterien gebundene Zentrumsfinanzierung zu ermöglichen, sind gesetzliche Standards für die Qualitätskriterien und die Finanzierung vorzugeben. Hierbei ist die Expertise des IQTiG einzubinden. Es muss sich hierbei um Leistungen und Aufgaben handeln, die nicht bereits durch die S3-Leitlinien Standard einer qualifizierten Behandlung sind. Dies ist erforderlich, da sich Standards in der Behandlung etablieren, die bei Inkrafttreten der Neuregelungen zum Zentrum noch zuschlagsfähig sind.

Klarstellung, dass bei Übernahme anderer Aufgaben die Nachweispflicht beim Krankenhaus liegt (Artikel 2 Nummer 9a zu § 9 Absatz 1a KHEntgG).

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus“ gestrichen.

Hilfsweise wird in Absatz 2 Satz 1 das Wort „gleichartige“ gegen das Wort „gleichwertige“ ersetzt.

Vgl. zu der Vereinbarung zu Zentren zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene auch die Änderungsvorschläge zu Artikel 2 Nummer 9a zu § 9 Absatz 1a KHEntgG.

Nr. 4 a § 4 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung der Überschrift.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 b § 4 Abs. 2a (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der für die Jahre 2014, 2015 und 2016 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag dreijährig zu vereinbaren ist.

B Stellungnahme

Die Regelung ist im Zusammenhang mit der ab dem Jahr 2017 vorgesehenen Einführung des Fixkostendegressionsabschlag und der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene zu sehen. Da ab dem Jahr 2017 und die Folgejahre neu vereinbarte zusätzliche Leistungen dem neuen Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, erfolgt eine Klarstellung, dass die zum Jahr 2016 ermittelten Mehrleistungsabschläge dreijährig zu vereinbaren sind, um Fehlanreize zu vermeiden. Die Regelung ist vor dem Hintergrund der Einführung des Fixkostendegressionsabschlages konsequent. Eine Bewertung der Einführung des Fixkostendegressionsabschlages erfolgt unter Nr. 4c.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 c § 4 Abs. 2b (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass ab dem Jahr 2017 für die Bewertung von im Budget vereinbarten Mehrleistungen für Fallpauschalen ein fünfjähriger Fixkostendegressionsabschlag anzuwenden ist. Mit Einführung des Fixkostendegressionsabschlags entfällt der bisherige Mehrleistungsabschlag. Der Fixkostendegressionsabschlag wird nach § 10 Abs. 13 KHEntgG von den Vertragsparteien auf Landesebene jährlich bis zum 30.09., erstmals zum 30.09.2016, vereinbart. Die örtlichen Vertragsparteien können unter bestimmten Voraussetzungen höhere Abschläge und/oder längere Abschlagsdauern vereinbaren. Dies betrifft Leistungen mit höherer Fixkostendegression sowie Leistungen, bei denen wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen zu erwarten sind.

Bei Mengensteigerung, die auf Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, z.B. durch Schließung einer Abteilung, und die nicht zu einer Erhöhung der Leistungsmenge im Einzugsgebiet führen, ist der Fixkostendegressionsabschlag nur zur Hälfte anzuwenden.

Die ermittelte Abschlagssumme wird durch einen einheitlichen Abschlag auf alle bewerteten DRG-Fallpauschalen umgesetzt. Zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags gehen neben den prospektiv im Vergleich zum Vorjahr vereinbarten Mehrleistungen auch die innerhalb der auf Landesebene festgelegten Abschlagsdauer in Vorjahren zusätzlich erbrachten DRG-Fallpauschalen ein, allerdings nur, soweit diese nach dem Jahr 2016 abgerechnet wurden. Das für die Jahre 2017 und 2018 nach Absatz 2 Satz 8 zu erhebende Mehrleistungsabschlagsvolumen ist bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags zu berücksichtigen und durch einen einheitlichen Abschlag umzusetzen.

B Stellungnahme

Die Degression im Landesbasisfallwert ist bisher basiswirksam ausgestaltet und bildet den betriebswirtschaftlichen Grundsatz ab, dass Effizienzgewinne dauerhaft und nicht temporär sind. Die Abschaffung der Degression im Landesbasisfallwert durch die Einführung von langfristigen Mehrleistungsabschlägen steht einem pauschalierten Preissystem entgegen. Der bisherige Mechanismus sorgte dafür, dass die Versichertengemeinschaft an den Effizienzgewinnen partizipiert, dies war eine der Zielsetzungen aus der DRG-Einführung mit dem Prinzip Verteilungsgerechtigkeit und „Gleicher Preis für gleiche Leistung“. Der Landesbasisfallwert inklusive Degressionseffekten infolge von Leistungssteigerungen bildet die Preisgrenze, an der sich die Krankenhäuser betriebswirtschaftlich orientieren. Die Abschaffung der Degression im Landesbasisfallwert birgt die Gefahr, dass die Landesbasisfallwertverhandlungen nun noch stärker „kostenorientiert“ geführt werden.

Es ist sicherzustellen, dass die Umsetzung der Verlagerung der Mengensteuerung von der Landesebene auf die krankenhausindividuelle Ebene kostenneutral erfolgt. Hierfür sind zwei Mindestanforderungen zu erfüllen:

1. Die Abschlagshöhe muss ausreichend hoch sein, um Mengenausweitungen aus wirtschaftlichen Gründen zu vermeiden,
2. Zweitens sollte der Fixkostendegressionsabschlag eine dauerhafte Wirkung entfalten.

Zu 1)

Der Fixkostendegressionsabschlag muss als ein Instrument der Mengensteuerung die Attraktivität der Mehrmengen erheblich reduzieren. Dabei ist ein gesetzlicher Abschlag in einer Höhe anzusetzen, mit der eine nachhaltige Mengensteuerung auch tatsächlich erreicht werden kann (65 Prozent). Ein Fixkostendegressionsabschlag in einer Höhe von 65 Prozent ist gerechtfertigt, da Leistungssteigerungen nicht unmittelbar zu steigenden Aufwendungen bei Personal (Fixkosten) führen. Mehrkosten für die Krankenhäuser entstehen beispielsweise für Medizinprodukte oder Arzneimittel (variable Kosten). Somit führen steigende Leistungsmengen zu günstigeren krankenhausspezifischen Kostenstrukturen (Kostendegression). Die Grundkosten für die Infrastruktur sind bereits über das vereinbarte Krankenhausbudget auskömmlich finanziert. Zusätzliche Leistungen des Krankenhauses werden damit in Höhe der variablen Kosten (d.h. mindestens zu 35 Prozent) vergütet.

Zu 2)

Die vorgesehene Abschlagsdauer des Fixkostendegressionsabschlags von fünf Jahren kann das Gebot der Kostenneutralität nicht sicherstellen und greift daher zu kurz. Durch die Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Hausebene sollen keine Mehrausgaben entstehen. Daher ist ein basiswirksamer, dauerhafter und zeitlich nicht begrenzter Abschlag zwingend erforderlich, falls die erwünschte Wirkung einer Mengensteuerung nicht greift.

Um bei der Verlagerung auf die Hausebene die geplante Kostenneutralität sicher zu stellen, sind die Abschläge unbefristet in Ansatz zu bringen, solange diese Mehrleistungen durch ein Krankenhaus erbracht werden. Das bedeutet, dass ein dauerhafter Abschlag für jeden geleisteten zusätzlichen Casemixpunkt erhoben wird. Ausgangspunkt ist dabei das vereinbarte Mengenvolumen des Jahres 2016, das als Basisjahr heranzuziehen ist. Hierdurch wird die Basiswirksamkeit des Fixkostendegressionsabschlags gewährleistet.

Werden jedoch Abschläge zeitlich begrenzt, führt dies zu Mehrausgaben. Der Effekt der Basiswirksamkeit lässt sich bundesweit wie folgt illustrieren. Die Betrachtung bezieht sich beispielhaft auf die Summe aller Krankenhäuser deutschlandweit. Zugrunde gelegt wird, dass der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ein jährliches bundesweites Volumen von ca. 300 Mio. Euro umfasst:

In Mio. Euro	Jährliche Wirkung des FDA (Bund)	Kumulierte Wirkung bei dauerhaftem FDA und Basiswirksamkeit (Bund)	Wirkung bei fünfjähriger Ausgestaltung des FDA (Bund)	Mehrausgaben kumuliert bei Vergleich dauerhaft vs. fünfjähriger Ausgestaltung des FDA
Jahr 1	300	300	300	0
Jahr 2	300	600	600	0
Jahr 3	300	900	900	0
Jahr 4	300	1.200	1.200	0
Jahr 5	300	1.500	1.500	0
Jahr 6	300	1.800	1.500	300

Wird der Fixkostendegressionsabschlag dauerhaft ausgestaltet, beläuft sich das kumulierte basiswirksame Finanzvolumen des Mehrleistungsabschlags im Jahr 6 bereits auf 1,8 Mrd. Euro (analog zur bisherigen Degression im Landesbasisfallwert). Wird der Abschlag allerdings beispielsweise nur auf fünf Jahre begrenzt, so entstehen ab dem sechsten Jahr jährlich 300 Mio. Euro an Mehrausgaben. Die Mengenentwicklung kann damit ab dem 6. Jahr nicht mehr nachhaltig gesteuert werden und führt zu einer Steigerung des Zusatzbeitrages der Krankenkassen. Darüber hinaus entwickeln sich die krankenhausindividuellen Preise weg von den landesweit einheitlichen Landesbasisfallwerten.

Ein unbefristeter Abschlag ist zudem nicht systemfremd, da auch aktuell beim Landesbasisfallwert die Mengenentwicklung basiswirksam berücksichtigt wird. Damit wurde auch bisher die Mengenentwicklung permanent, basiswirksam und unbefristet berücksichtigt. Dieser Mechanismus ist ein Leitsatz des DRG-Systems und muss bei der Verlagerung der Mengensteuerung auf die Ortsebene beibehalten werden, um eine effektive Steuerungswirkung zu erzielen.

Die mit dem vorliegenden Referentenentwurf geplante Verlagerung von der Landes- auf die Hausebene führt dazu, dass Krankenhäuser mit hoher Mengensteigerung niedrigere Preise für eine Leistung erhalten, als Krankenhäuser mit einer geringeren oder keiner Mengenentwicklung (krankenhausindividuelle Preise). Allerdings erhalten Krankenhäuser mit einem Mehr an Leistungen auch weiterhin mehr finanzielle Mittel.

Aus diesen Gründen ist angezeigt, dass die fünfjährige Abschlagsdauer durch einen unbegrenzten Abschlag ersetzt wird, sofern die gewünschte Mengenbegrenzung nicht erfolgt. Außerdem wird der Fixkostendegressionsbetrag gesetzlich in Höhe von 65% vorgegeben. Darüber hinaus bleibt es der Landes- und Ortsebene vorbehalten, einen höheren Abschlag zu vereinbaren.

Grundsätzlich wirken Ausnahmen dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegen. Daher ist auch die Anwendung des halben Fixkostendegressionsabschlags bei Leistungsverlagerungen nicht nachvollziehbar. Fixkostendegressionseffekte entstehen betriebswirtschaftlich gesehen immer im Krankenhaus unabhängig davon aus welchen Gründen eine Leistungssteigerung eintritt. Daher muss die Regelung zur Anwendung des hälftigen Fixkostendegressionsabschlags bei Leistungsverlagerungen gestrichen werden.

Der Ausschluss einer Verhandlungsmöglichkeit höherer und/ oder längerfristiger Fixkostendegressionsabschläge für Leistungen, deren Katalogbewertung nach § 9 Absatz 1c KHEntgG – neu - abgesenkt oder abgestaffelt wurde, ist vor diesem Hintergrund abzulehnen. Dies ist nicht sachgerecht, da die Leistungsentwicklung vor Ort von der in der Katalogabstaffelung berücksichtigten bundesweiten signifikant Entwicklung abweichen kann. Die Ausnahmeregelung beim Fixkostendegressionsabschlag würde damit gerade bei den mengenstärksten Leistungen verhindern, dass hier Produktivitätsgewinne der Kliniken angemessen an die Beitragszahler weitergegeben werden können.

C Änderungsvorschlag

In Abs. 2b Satz 1 werden die Wörter „nach § 10 Abs. 13 anzuwenden“ gestrichen und durch die Wörter „dauerhaft in Höhe von 65%“ ersetzt.

Hilfsweise ist § 10 Abs. 13 zu ändern und in der zu Nr. 10 j vorgeschlagenen Fassung anzuwenden. Insofern wird auf den unter Art. 2 Nr. 10 j zu § 10 Abs. 13 eingebrachten Hilfsantrag verwiesen.

In Absatz 2b wird in Satz 2 der Satzteil „, soweit es sich nicht um Leistungen handelt, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestaffelt wurde.“ gestrichen.

In Abs. 2b Satz 7 wird das Wort „abgerechneten“ durch das Wort „vereinbarten“ ersetzt.

In Abs. 2 wird Satz 4 gestrichen. Hilfsweise ist klarzustellen, dass eine zu berücksichtigende Verlagerung von Leistungen nur bei Schließung von Betriebsstätten vorliegt. Darüber hinaus ist eine Definition erforderlich, was unter Einzugsgebiet zu verstehen ist, um einem Mißbrauch der Regelung vorzubeugen.

Nr. 4 d § 4 Abs. 3 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung des Abs. 3 dahingehend, dass in den Erlösausgleich die Erlöse nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2 und 5 einzubeziehen sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die für die Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse vom Krankenhausträger vorzulegende, durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse auch die Erlöse für 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.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 e § 4 Abs. 6 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 f und g § 4 Abs. 8 und 9 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Abs. 8 und 9 sind wegen Zeitablaufs nicht mehr relevant und werden gestrichen. Die bisherigen Absätze 10 und 11 werden die neuen Absätze 8 und 9.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 h § 4 Abs. 8 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Abs. 10 bzw. der neue Abs. 8 wird zur Einführung eines neuen Pflegestellenförderprogramms angepasst. Eingeführt wird ein dreijähriges Pflegestellenförderprogramm von 2016 bis 2018. Durch die Ergänzung in Satz 1 wird vorgegeben, dass ausschließlich Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung mit Ausnahme der Intensivstationen gefördert wird. Bei Neueinstellungen oder Aufstockungen von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung kann ein zusätzlicher Förderbetrag in Höhe von jährlich 0,15 Prozent des Gesamtbetrags vereinbart werden. Soweit in einem Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart wurde, kann für das Folgejahr ein Betrag bis zur Höhe von 0,3% vereinbart werden.

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.

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 zu dem Stichtag 1. Januar 2015 auszuweisen.

Nach Auslaufen des Pflegestellen-Förderprogramms sollen die Mittel dem Krankenhausbereich weiterhin für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission soll entsprechende Vorschläge erarbeiten.

B Stellungnahme

Bei der Festlegung der Rahmenbedingungen eines neuen Pflegestellenförderprogramms dürfen die Unzulänglichkeiten aus dem Pflegesonderprogramm von 2009 bis 2011 nicht wiederholt werden. Daher ist sicherzustellen, dass die Mittel wirklich beim Pflegepersonal ankommen und nicht trotz der Aufwendungen die Situation des Pflegepersonals auf dem aktuellen Niveau verbleibt. Die Personalmittel für den Pflegebereich als Ganzes benötigen einen umfassenden Zugriffsschutz innerhalb des Budgets des Krankenhauses. Der GKV-SV und die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di haben darauf hingewiesen, dass die Erfahrungen mit den bisherigen Pflegesonderprogrammen zeigen, dass es notwendig ist, die Krankenhäuser auf eine konkrete, bundeseinheitliche Nachweisführung zu verpflichten. Andernfalls ist die Beurteilung der konkreten Umsetzung nicht nachhaltig möglich.

Es stellen sich folgende Anforderungen, die eine neue Regelung erfüllen sollte:

1. Die Mittel eines Pflegestellenförderprogramms müssen zielgenau und dauerhaft zur Schaffung von zusätzlichen Pflegestellen im Pflegedienst im Sinne der Krankenhausbuchführungsverordnung verwendet werden.
2. Die Situation in der Pflege soll sich verbessern. Pflegepersonalstellen, die durch Leistungsmengensteigerungen finanziert werden, dürfen nicht bei dem Pflegestellenförderprogramm berücksichtigt werden. Durch einen objektiven Kennzahlenvergleich muss die Verbesserung in der Pflegesituation nachgewiesen werden (bspw. VK pro CM).
3. Eine nachhaltig wirksame Verteilung der begrenzten Fördermittel muss sichergestellt werden. Aus diesem Grund ist eine kennzahlenbasierte Verteilung ein konstitutives Element der Förderung.
4. Es muss eine Kontrolle der Mittelverwendung für den Pflegedienst in den Budgetverhandlungen auf Basis prüffähiger und aussagekräftiger Unterlagen bis zum 28.02. des Folgejahres etabliert werden. Die Unterlagen müssen vor Beginn der Verhandlungen vorliegen. Bei fehlenden Nachweisen werden die Mittel nicht gewährt. Die Nachweise sind so lange zu erbringen, wie das Pflegestellenförderprogramm läuft. Diese Kontrolle sollte zeitlich bis zu drei Jahren nach Abschluss des Pflegestellenförderprogramms gefordert werden, um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern. Bei der Umsetzung eines Pflegestellenförderprogramms ist ein Aufsetzen auf einem Personalbestand des Pflegedienstes in der Vergangenheit zwingend, um Mitnahmeeffekte zu vermeiden. Bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung sind die Fördermittel entsprechend zurückzuzahlen.
5. Der Förderbetrag ist jährlich neu zu verhandeln.

Vor diesem Hintergrund ist der vorliegende Entwurf ein Schritt in die richtige Richtung, indem die Fördervoraussetzungen sowie die Nachweispflichten konkretisiert werden. Allerdings ist zur zielgenauen und dauerhaften Schaffung von zusätzlichen Pflegestellen eine gesetzliche Definition der Begrifflichkeit „Pflege am Bett“ erforderlich. Dies erscheint notwendig, um klarzustellen, welche (Ausbildungs-) Voraussetzungen bei den Pflegekräften erfüllt sein müssen (nur examinierte PK im Pflegedienst). Zur Förde-

zung einer nachhaltigen Verbesserung der Pflegequalität sollten zudem nur dauerhafte Arbeitsverhältnisse i.S.v. Arbeitsverträgen mit dem Krankenhausträger finanziert.

Darüber hinaus ist die Neueinstellung des Pflegepersonals ausschließlich auf den Bereich der originären Pflege zu beschränken. Es ist auszuschließen, dass im Sinne einer weiteren Auslegung des Begriffs „Pflege“ das neu geschaffene Personal z. B. auch in Funktionsbereichen oder im Medizinisch-Technischen Dienst zum Einsatz kommt. Der Nachweis sollte durch eine Betriebsvereinbarung erfolgen.

Es darf nicht dazu kommen, dass Pflegekräfte zum einem über zusätzliche Leistungen und zugleich noch einmal über das Förderprogramm finanziert werden. Der Nachweis der Verbesserung muss über einen objektiven Kennzahlenvergleich erfolgen (bspw. VK pro CM). Daher ist auszuschließen, dass die neuen Pflegestellen für Leistungsmengensteigerungen verwendet werden, notwendige Personalinvestitionen aus zusätzlich vereinbarten DRGs in Personal aber unterbleiben und es tatsächlich zu einer Verschlechterung in der Pflege kommt. Wenn zusätzliche Leistungen vereinbart werden, müssen die aufgrund der zusätzlichen Leistungen finanzierten Pflegekräfte bei der eigentlichen Pflegestellenförderung unberücksichtigt bleiben.

Außerdem ist eine pauschale Verteilung der Fördermittel zu verhindern. Besser ist eine Verteilung der Mittel anhand eines kennzahlenbasierten Systems, bei dem die Krankenhäuser anhand ihres Pflegepersonalbedarfs abgestuft und verglichen werden können.

Es muss ein Nachweis der Mittelverwendung für den Pflegedienst in den Budgetverhandlungen der Folgejahre auf Basis prüffähiger und aussagekräftiger Unterlagen etabliert werden. Bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung sind die Fördermittel entsprechend zurückzuzahlen.

Eine rückwirkende Finanzierung von in einem Jahr nicht vollständig ausgeschöpftem Fördervolumen ist auszuschließen.

Die Zuschläge sind jährlich neu zu verhandeln. Die vereinbarten Zuschläge werden nicht in den Landesbasisfallwert eingepreist. Denn dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass die Vollkräfte wieder abgebaut wurden. Außerdem würden hierdurch Krankenhäuser finanziell unterstützt, die keine Aufwendungen für zusätzliches Pflegepersonal getätigt haben.

C Änderungsvorschlag

1. Die vorliegende Regelung ist dahingehend zu ändern, dass eine Definition der Begrifflichkeit „Pflege am Bett“ eingefügt wird.
2. Darüber hinaus sind die Neueinstellungen des Pflegepersonals ausschließlich auf den Bereich der originären Pflege zu beschränken. Der Nachweis sollte durch eine Betriebsvereinbarung erfolgen.
3. Es ist auszuschließen, dass die neuen Pflegestellen für Leistungsmengensteigerungen verwendet werden. Wenn zusätzliche Leistungen vereinbart werden, müs-

- sen die aufgrund der zusätzlichen Leistungen finanzierten Pflegekräfte bei der eigentlichen Pflegestellenförderung unberücksichtigt bleiben.
4. Außerdem ist eine Verteilung der Mittel anhand eines kennzahlenbasierten Systems einzuführen, bei dem die Krankenhäuser anhand ihres Pflegepersonalbedarfs abgestuft und verglichen werden können.
 5. Die Regelung der Nachweise ist außerdem durch eine Regelung zu ersetzen, die folgende Anforderungen erfüllt:
 - Die Nachweise müssen vor Beginn der Verhandlungen vorliegen. Bei fehlenden Nachweisen werden die Mittel nicht gewährt.
 - Die Nachweispflicht erstreckt sich auf die Vergütung des Pflegepersonals, das im Pflegedienst tätig ist und auf die Vollkräftezahl. In diesem Zusammenhang wird festgelegt, dass die Durchschnittspersonalkosten der Pflegekräfte heranzuziehen und durch einen von der Geschäftsführung des Krankenhauses unterschiebenen Nachweis zu belegen sind.
 - Nachzuweisen ist die Gesamtzahl der VK, getrennt nach Funktionsdienst und Pflegedienst. Abzustellen ist auf eine jahresdurchschnittliche Menge (Vollkräfte). Der Nachweis der aufgestockten Stellen erfolgt auf Grundlage der Vollkräfte und der jahresdurchschnittlichen Stellen (durch Betriebsvereinbarung). Eine Bestätigung der Stellendifferenz ist nicht ausreichend. Aufzusetzen ist auf einem Personalstand in der Vergangenheit (wie im Gesetz vorgeschlagen 01. Januar 2015),
 - Der von der Arbeitnehmer-Vertretung und der Geschäftsführung des Krankenhauses als Haftungserklärung zu unterzeichnende Nachweis ist vor der Finanzierung zusätzliche Stellen vorzulegen und muss folgende Mindestvoraussetzungen aufweisen:
 - Ausweis über die Ist-Vollkräfte der vollsexaminierten Pflegekräfte im Pflegedienst nach der Krankenhausbuchführungsverordnung Kontenrahmen 6001 unterteilt in Pflegekräfte auf Normalstation, Intensiv und Dialyse. Umzurechnen wären auch die Überstunden in Stellen und Zuordnung auf die Gruppen Normalstation, Intensiv und Dialyse (Konto 60).
 - Ausweis der mit Pflegeaufgaben am Bett betrauten examinierten Pflegekräfte getrennt nach Fachabteilung.
 - Darstellung, ob examinierte Pflegekräfte über Leiharbeitsfirmen oder sonstige Konstellationen auf Normalstationen beschäftigt sind.
 - Es erfolgt keine Stichtagsbetrachtung, sondern eine Betrachtung der Jahresdurchschnitte der VK im Pflegedienst nach folgendem Schema:
 - VK-Durchschnitt - Jahresdurchschnitt des Förderjahres,
 - Personalkosten des Pflegedienstes Gesamt im Förderjahr,
 - Berufsnachweise.
 - Die Nachweise sind nicht zu erbringen, so lange das Pflegestellenförderprogramm läuft, sondern auch darüber hinaus. Damit wird Transparenz geschaf-

fen, ob Pflegestellen wieder – auch nach der Verwendungsvorstellung der Fördermittel durch die Expertenkommission – abgebaut werden.

- Die zukünftige und dauerhafte Beschäftigung des Personals ist Voraussetzung für eine Förderung, ansonsten sind die Mittel zurückzuzahlen. Die Kontrolle erfolgt bis zu drei Jahren nach Abschluss des Pflegestellenförderprogramms, um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern.
- Kontrollmöglichkeiten über die Einstellung und Aufstockung des Pflegepersonals sind für den Wirtschaftsprüfer in der Form zu gewähren, dass auch die Dienstpläne einsehbar sind. Darüber hinaus muss der MDK befähigt werden, Kontrollen im Rahmen des § 275a SGB V durchführen zu können.

Nr. 4 i und j § 4 Abs. 9, 12-14 (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Folgeänderung sowie Rechtsbereinigung.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5a § 5 Abs. 1 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 b § 5 Abs. 2 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung sieht die Möglichkeit der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen vor, wenn die gesetzlichen Vorgaben und die Vorgaben des G-BA erfüllt sind. Voraussetzung für eine Vereinbarung ist, dass der Zuschlag erforderlich ist *„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.“*

Der G-BA hat nach § 136 c (neu) SGB V insbesondere Vorgaben zur Erreichbarkeit (Minutenwerte), zum Bestehen eines geringen Versorgungsbedarfs sowie Vorgaben zu der Frage zu beschließen, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. Die Länder haben die Möglichkeit, ergänzende oder abweichende Vorgaben durch Rechtsverordnung zu erlassen. Als weitere Voraussetzung für eine Vereinbarung wird festgelegt, dass das Krankenhaus in der Bilanz für das Kalenderjahr des Vorjahres ein Defizit ausweist. Über das „Ob“ einer Vereinbarung entscheidet letztlich die zuständige Landesbehörde, die zu prüfen hat, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Die Behörde prüft auch, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann.

Für den Fall einer Krankenhausfusion sieht der Entwurf ebenfalls eine Neuregelung vor. Bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten erfolgt 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.

B Stellungnahme

Sicherstellungszuschläge sind – im Sinne einer Ultima Ratio – ein Instrument, das nur dann zur Anwendung kommen sollte, wenn zwingend bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen auf andere Weise vorübergehend nicht auskömmlich finanziert werden können. Vor diesem Hintergrund ist zunächst zu begrüßen, dass der G-BA nunmehr einheitliche Vorgaben zu beschließen hat. Allerdings sollte sich das sicherzustellende Versorgungsangebot auf die bedarfsnotwendige, ausreichende und zweckmäßige Notfallversorgung vor Ort beschränken. Die Gewährleistung von Versorgungsangeboten mit elektiven Leistungen scheidet aus Erwägungen der wirtschaftlichen Mittel-

verwendung als Tatbestand für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen aus. Elektive Leistungen sind planbar. Krankenhäuser werden im Qualitätswettbewerb versuchen, Patientenströme zu sich zu lenken. Dies ist im Sinne einer hochwertigen Versorgung wünschenswert und bedeutet einen deutlichen Mehrwert für die Versorgungsqualität, auch wenn die Anfahrtswege im Einzelfall für die Bevölkerung etwas weiter sein können. Sicherstellungszuschläge dürfen insofern kein Instrument sein, das die qualitätsorientierte Krankenhausplanung konterkariert.

Abweichungen von den Vorgaben des G-BA durch die Länder sollten zumindest begründungspflichtig sein und an einen engen Kriterienrahmen gebunden werden. Besser wäre es, die bundesweiten Kriterien als Korridore auszustatten und keine Abweichungen vorzusehen. Ansonsten droht die Gefahr, dass eine Beliebigkeit in der Ausgestaltung entsteht. Diese wäre aber nicht wünschenswert, weil die Maßstäbe für die Sinnhaftigkeit von Sicherstellungszuschlägen aus medizinischer Sicht kaum regionalen Besonderheiten unterliegen. Nicht nachvollzogen werden kann in diesem Zusammenhang die Regelung (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6), dass zukünftig nur noch die Mehrausgaben bei den Landesbasisfallwerten absenkend zu berücksichtigen sind, die aufgrund abweichender Landesvorgaben entstehen. Die Regelung wäre dann sinnvoll, wenn das Land die Sicherstellungszuschläge gewähren würde. Dies hat auch der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten vorgeschlagen. Die Beibehaltung der absenkenden Wirkung auf den Landesbasisfallwert bietet einen gewissen Schutz vor zu umfangreichen Verwässerungen der Kriterien. Zudem ist es nicht nachvollziehbar, warum laut Sicherstellungskriterien für bedarfsnotwendige Krankenhäuser Zuschläge gezahlt werden, die nicht von den übrigen Krankenhäusern, die gemäß der G-BA-Kriterien somit nicht bedarfsnotwendig sind, gegenfinanziert werden müssen. Daher ist zu fordern, dass die absenkende Wirkung beibehalten wird.

Der Ausweis eines bloßen Defizits in der Bilanz ist nicht ausreichend. Es ist jedoch zunächst zu begrüßen, dass der Entwurf darauf abstellt, dass nicht die einzelne Abteilung, sondern das Krankenhaus als Ganzes ein Defizit ausweisen muss. Allerdings sollte maßgeblich sein, dass das Defizit zu einer Situation führt, die - über eine Kostenunterdeckung hinaus - insgesamt eine Betriebsgefährdung begründet. Zumindest bedarf es einer Ergänzung, dass nicht jedes Defizit für eine Vereinbarung ausreichend ist, sondern dass dieses im Vergleich zur Bilanzsumme bzw. zum Gesamtumsatz nicht unerheblich ist. Da eine Überbrückung „kurzfristiger Finanzierungsprobleme“ nicht Sinn und Zweck eines Sicherstellungszuschlags sein kann, muss das Defizit nachweislich über einen durchgehenden Zeitraum von mindestens 3 Jahren bestehen.

Neben dem Ausweis eines Defizits in der Bilanz ist eine unabhängige Überprüfung der Angaben des Krankenhauses auf Basis prüffähiger und aussagekräftiger Unterlagen notwendig (z.B. im Rahmen der Budgetverhandlungen). Dadurch wird sichergestellt, dass eine zweckfremde Mittelverwendung durch das Krankenhaus erfolgt. Bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendung sind die Zuschlagsbeträge zurückzuzahlen.

Ein Sicherstellungszuschlag muss darüber hinaus ein zeitlich befristetes Instrument sein. Er ist auf eine maximale Laufzeit von drei Jahren zu beschränken. Bedarf ein Krankenhaus absehbar länger als drei Jahre eines Sicherstellungszuschlags, so ist über geeignete Strukturen der Notfallversorgung in der Region zu entscheiden. So

können z. B. elektive Leistungen qualitativ hochwertig in benachbarten Krankenhäusern erbracht werden und durch eine Neuaufstellung der Rettungsinfrastruktur wird die Notfallversorgung der Bevölkerung weiterhin gewährleistet. Hierdurch wird die Qualität der Patientenversorgung und -sicherheit erhöht und die begrenzten finanziellen Ressourcen der GKV und der öffentlichen Hand zielgerichtet eingesetzt.

Der Sicherstellungszuschlag ist jährlich unter Beachtung einer vom Krankenhaus vorzulegenden Kostenrechnung zu überprüfen, die zumindest auf Ebene der Kostenstellen erfolgt. Ein enges Controlling der Krankenhäuser ist notwendig, um auch Krankenhäuser mit einem Sicherstellungszuschlag zur wirtschaftlichen Mittelverwendung zu motivieren. Die Vorlage von prüffähigen und aussagekräftigen Unterlagen durch das Krankenhaus im Rahmen von Budgetverhandlungen sollte hierbei vorgegeben werden. Fehlen diese Nachweise darf ein Sicherstellungszuschlag nicht gewährt werden. Ein vom Krankenhaus bestellter Wirtschaftsprüfer ist aufgrund seines Auftragsverhältnisses nicht geeignet, als ausschließliche Kontrollinstanz ein wirtschaftliches Defizit eines Krankenhauses unabhängig zu bestätigen. Deshalb sollten die Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen das Recht erhalten, zusätzliche Unterlagen einfordern zu können. Ein zweckwidriger Einsatz des Sicherstellungszuschlags führt zu einer Rückzahlungsverpflichtung der Mittel (für mindestens zwei Jahre).

Damit die qualitätsorientierte Krankenhausplanung nicht konterkariert wird, muss der Sicherstellungszuschlag ein subsidiäres Instrument sein. Vor der Vereinbarung eines Zuschlags sind daher zunächst alle übrigen Vergütungsbestandteile gemäß KHEntG inklusive anderweitige Zuschläge (Qualitätszuschlag, Zentrumszuschlag, Notfallzuschläge etc.) zu berücksichtigen.

Ohne Betriebsstättennummer ist eine Differenzierung des Leistungsgeschehens nach Standorten, insbesondere bei Fusionen, nicht möglich. Daher bedarf es einer eindeutigen Identifikation des Krankenhauses.

Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 136c Absatz 3.

C Änderungsvorschlag

Der Entwurf des Absatzes 2 ist um folgende Punkte zu ergänzen bzw. wie folgt zu korrigieren:

- Ergänzung, dass sich das sicherzustellende Versorgungsangebot auf die bedarfsnotwendige, ausreichende und zweckmäßige Notfallversorgung vor Ort beschränkt.
- Ergänzung, dass das Defizit in der Bilanz zu einer Betriebsgefährdung führen muss. Alternativ eine Ergänzung, dass nicht jedes Defizit für eine Vereinbarung ausreichend ist, sondern dass das Defizit im Vergleich zur Bilanzsumme bzw. zum Gesamtumsatz nicht unerheblich ist.
- Ergänzung, dass das Defizit nachweislich über einen durchgehenden Zeitraum von mindestens 3 Jahren vor einer Vereinbarung bestanden hat.

- Ergänzung, dass der Sicherstellungszuschlag jeweils nur für ein Jahr vereinbart wird und auf insgesamt 3 Jahre zu beschränken ist.
- Ergänzung, dass die Überprüfung des Sicherstellungszuschlags jährlich unter Beachtung einer vom Krankenhaus vorzulegenden Kostenrechnung zu überprüfen ist und das Krankenhaus hierzu prüffähige und aussagekräftige Unterlagen im Rahmen von Budgetverhandlungen vorzulegen hat. Die Krankenkassen erhaltend die Befugnis, im Rahmen der Budgetverhandlungen zusätzliche Unterlagen einzufordern.
- Ergänzung, dass ein zweckwidriger Einsatz des Sicherstellungszuschlags zu einer Rückzahlungsverpflichtung der Mittel führt.
- Eine eindeutige Zuordnung und Identifikation der Standorte oder Betriebstätten sollte durch eine definierte Standort-/Betriebsstättennummer erfolgen, um eine Umsetzung zu ermöglichen.

Nr. 5 c § 5 Abs. 3 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Regelung, dass die Vertragsparteien nach § 11 die Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 2 vereinbaren.

B Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3; Verweis auf § 9 Abs. 1a KHEntgG

C Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 Verweis auf § 9 Abs. 1a KHEntgG

Nr. 5d § 5 Absatz 3a KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

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 können die Vertragsparteien nach § 11 feststellen, welche Leistungen oder Leistungsbereiche welcher Krankenhäuser grundsätzlich die Anforderungen und Voraussetzungen zur Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen erfüllen und ob dies künftig anzuwenden sind. Dabei ist zu prüfen, ob im jeweiligen Krankenhaus Besonderheiten vorliegen, die einen Verzicht auf die Anwendung eines Qualitätszu- oder -abschlages begründen. Kommt eine Vereinbarung über einen Qualitätszu- oder -abschlag nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 13.

Es werden Verfahrensregeln festgelegt. Zur Abrechnung kommen Fälle, die ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung in das Krankenhaus aufgenommen werden und letztmalig anzuwenden auf Fälle, die am letzten Tag des Monats aufgenommen werden, an dem Voraussetzungen für die weitere Erhebung eines Qualitätszu- oder -abschlages nicht mehr vorliegen.

Wenn Leistungen oder Leistungsbereiche eines Krankenhauses von unzureichender Qualität sind, wird zunächst die Beseitigung der Mängel durch personelle oder organisatorische Veränderungen innerhalb eines Jahres vereinbart. Erst nach Ablauf des Jahres werden die vereinbarten Qualitätsabschläge grundsätzlich rückwirkend für die betroffenen Fälle ab dem Vereinbarungszeitpunkt und in doppelter Höhe für die in den folgenden zwölf Kalendermonaten ab dem Folgemonat wirksam.

Zur Transparenz gegenüber den Patientinnen und Patienten sowie deren Kostenträgern sind die Qualitätszu- und -abschläge gesondert auf den Rechnungen auszuweisen.

B Stellungnahme

Zuschläge für überdurchschnittliche Qualität bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten sollten ausschließlich im Rahmen von kassenspezifischen Qualitätsverträgen vereinbart werden können. Umfängliche Qualitätszuschläge in der Regelversorgung sind nicht gerechtfertigt, da gute Qualität der Versorgung zu den berechtigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie der Krankenkassen gehört.

Vergütungsabschläge für schlechte Qualität sind aus Patientensicht problematisch, noch als alleiniges Element dazu geeignet, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erwirken. Daher können Abschläge nur ein eng zeitlich befristetes Element in einem Maßnahmenkatalog sein, an dessen Ende Leistungsausschlüsse bei fehlender Verbesserung stehen. Es sollte aber verstärkt dafür Sorge getragen werden, dass die

qualitätsorientierten planerischen Vorgaben und Maßnahmen des G-BA zeitnah sowie verbindlich umgesetzt werden, dabei sind auch die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht außer Acht zu lassen. Schlechte Qualität muss letztendlich von der Versorgung ausgeschlossen werden.

C Änderungsvorschlag

Im Absatz 3a sind die Qualitätszuschläge zu streichen.

In Satz 1 werden die Wörter „unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus“ gestrichen.

Es werden nach dem Wort „außerordentlich“ die Worte „guter oder“ gestrichen.

Es werden an den Absatz 3a drei Sätze neu angefügt: „Bestehen die außerordentlichen Qualitätsmängel auch nach der einjährigen Abschlagsdauer, werden die Leistungen im entsprechenden Krankenhaus spätestens 24 Monate nach der ersten Feststellung von abschlagswürdigen Qualitätsmängeln von der Vergütung ausgeschlossen. Die Krankenkassen informieren die Planungsbehörden entsprechend. Qualitätszuschläge können nur in Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V oder im Rahmen von Verträgen nach §§ 140a ff SGB V vereinbart werden.“

(Siehe auch Artikel 2 Nummer 9a zu § 9 Absatz 1a Nr. 4 KHEntgG)

Nr. 5d § 5 Absatz 3b KHEntgG (neu) - Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen (Klinische Sektionen)

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 5 Absatz 3b (neu) verpflichtet die Vertragspartner auf Ortsebene, zur Vergütung klinischer Sektionen einen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall zu vereinbaren, sofern die gem. § 9 Absatz 1a Nummer 3 (neu) auf Bundesebene zu vereinbarenden Anforderungen an die Durchführung von Sektionen (insbesondere die Sektionsrate) erfüllt sind. Dabei ist der auf Bundesebene vorgegebene bundeseinheitliche Vergütungsbetrag für eine Sektion gem. § 5 Absatz 1 Satz 3 auf einen fallbezogenen Zuschlagssatz umzurechnen.

B Stellungnahme

Die Förderung der Nutzung klinischer Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument ist grds. nicht zu beanstanden, wobei es leistungsrechtliche Vorbehalte gibt, ob Vereinbarkeit z.B. mit § 190 Absatz 1 SGB V besteht. Auch die Abgrenzung des Bedarfs an Sektionen von anderen Interessensgruppen z.B. (Unfall-, Haftpflichtversicherern, Justiz/Staatsanwalt) scheint nicht konkret und muss im vorgesehenen Vereinbarungsverfahren gemäß § 9 Absatz 1a KHEntgG geklärt werden. Die in Deutschland im internationalen Vergleich deutlich unterdurchschnittliche Sektionsrate (ca. 1% aller Todesfälle im Krankenhaus) wird multifaktoriell bedingt und nicht allein einer fehlenden Zusatzfinanzierung geschuldet sein. Auch müssen Angehörige einer Sektion in der Regel zustimmen, hier sind ärztliche Aufklärungen und Initiativen erforderlich. Festgelegte Raten können Fehlanreize auslösen, deren Vermeidung es zu beachten gilt. Es muss noch einmal klar darauf hingewiesen werden, dass die Informationspflichten gemäß § 294a SGB V auch hier Anwendung finden.

Die vorgeschlagene Regelung einer allgemeinen zuschlagsbezogenen Finanzierung über alle voll- und teilstationären Krankenhausfälle unabhängig von einer Einzelleistungsvergütung stellt die konsequente Umsetzung der vorgesehenen Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG auf Bundesebene dar.

Die weitere Ausgestaltung der Durchführungs- und Finanzierungsbestimmungen obliegt den Vertragsparteien auf Bundesebene. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu § 9 Abs. 1a Nummer 3 KHEntgG verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5d § 5 Abs. 3c KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aus Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA hervorgehen und noch nicht in der DRG- bzw. Zusatzentgelte-Kalkulation berücksichtigt sind, sollen Vereinbarungen von befristeten krankenhausesindividuellen Zuschlägen getroffen werden. Die Zuschläge werden von den Vertragsparteien vor Ort auf Basis bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben geschlossen. Die Zuschläge sollen zusätzlich aufgewendete personelle und sachliche Mittel der Krankenhäuser abbilden bis der Mehraufwand bei der Kalkulation berücksichtigt wird. Einrichtungen, die die G-BA Vorgaben nicht erfüllen, können Zuschläge grundsätzlich nicht vereinbaren, außer der G-BA hat eine entsprechende Regelung getroffen.

Der Mehraufwand aus der geänderten QS-Richtlinie Früh- und Neugeborene fallen ebenfalls unter diese Regelung; Zuschläge sind zu vereinbaren, wenn Maßnahmen nach dem 1. Januar 2014 vorgenommen wurden.

B Stellungnahme

Die Finanzierung von vermeintlichen Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA ist abzulehnen. Die Umsetzung der G-BA Richtlinien ist eine Krankenhausmanagementaufgabe und genauso zu leisten, wie die Implementierung von steten Prozessverbesserungen zur Erhaltung des qualitativ hochwertigen medizinischen Standards.

C Änderungsvorschlag

Der Absatz 3c wird gestrichen.

Nr. 5e § 5 Abs. 6 (neu) Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung des bisherigen Abs. 6. Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung wegen Zeitablaufs.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6a bis e § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Absätzen 1, 2, 2a und 3 werden die Vorschriften im Wege der Rechtsbereinigung angepasst. Ebenfalls werden redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 17b Absatz 1 KHG, zur Neustrukturierung von § 9 Absatz 1 und zur Neustrukturierung der Vorschriften zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser nachvollzogen. Des Weiteren erfolgt eine redaktionelle Streichung zu § 11.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7a bis d § 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung von § 17b Absatz 1 KHG sowie zur Einführung von neuen Zu- und Abschlägen. Weiterhin ist dort eine Folgeänderung zur Abschaffung des Versorgungszuschlags nach § 8 Absatz 10 integriert.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 a § 8 Abs. 2 (neu) Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Regelung, dass neben den Fallpauschalen Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a (neu) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz berechnet werden können.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 17b Absatz 1a KHG.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 b § 8 Abs. 4 (neu) Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass Krankenhäusern grundsätzlich kein Vergütungsanspruch für Leistungen zusteht, die die Vorgaben des G-BA zu Mindestmengen bei planbaren Leistungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterschreiten sowie eine redaktionelle Folgeänderung zu § 137 Abs.1 SGB V.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine krankenhausergeltrechtliche Umsetzung der Neuregelungen des § 136 b Abs. 1-4 (neu) SGB V, insbesondere § 136 b Abs. 4 (neu). Insoweit wird auf die dortige Kommentierung verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 c § 8 Abs. 10 (neu) Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Regelung, dass der Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8% auf alle Aufnahmen vom 01.01.2014 bis zum 31.12.2016 Anwendung findet und damit ab dem 01.01.2017 aufgehoben ist.

B Stellungnahme

Mit Verlagerung der Mengendegression auf die Ortsebene ab dem Jahr 2017 ist der Versorgungszuschlag entsprechend nicht mehr anzuwenden. Der Versorgungszuschlag als pauschale Zuwendung für die Krankenhäuser ohne sachgerechte Gegenleistung war ohnehin nie erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 9a § 9 Absatz 1 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 1 wird angepasst, wobei dieser inhaltsgleich zur bisherigen Version übernommen und durch die Regelung der Nummer 6 ergänzt wird. Gemäß der Nummer 6 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene 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.

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, denkbar. Nicht als Ausnahmetatbestand zu werten ist die Erweiterung eines Versorgungsauftrags durch die Aufstockung der Bettenzahl. Bei Bedarf ist der Katalog von den Vertragsparteien jährlich anzupassen.

Kommt eine Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht zustande, entscheidet die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei gemäß § 9 Absatz 2 Satz 1.

B Stellungnahme

Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag sind zu minimieren, damit sie die Zielsetzung der Mengensteuerung nicht gefährden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Worte „einen eng begrenzten Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen, die nicht dem Abschlag nach § 10 Abs. 13 unterliegen, sowie“

Nr. 9 a § 9 Abs. 1a (neu) Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Abs. 1 a enthält ergänzende Regelungen zu den Zu- und Abschlägen, sowohl in inhaltlicher als auch in zeitlicher Hinsicht. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf Grundlage von Absatz 1 Satz 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 krankenhausesübergreifenden 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 § 65c 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 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 2017 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 eine Unterstützung durch das DRG-Institut vorzusehen ist. Die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Min-

destvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist

B Stellungnahme

Die inhaltliche Kommentierung der hier angeführten Verhandlungstatbestände ist überwiegend bei den entsprechenden Artikeln und Nummern des KHSG vorgenommen worden und wird insofern nicht wiederholt.

zu Nr. 1)

Eine Stellungnahme zu der Vereinbarung von Mehrkosten zu G-BA Beschlüssen erfolgt unter der Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 5d zu § 5 Absatz 3c KHEntgG.

zu Nr. 2)

In Satz 1 wird aus Gründen der Klarstellung das Wort „überörtlich“ durch „überregional“ ersetzt, weil dadurch sichergestellt wird, dass ein größeres Einzugsgebiet und nicht Stadt- oder Gemeindegrenzen gemeint sind. In Regionen wie dem Ruhrgebiet könnten ansonsten Unklarheiten hinsichtlich des Ortsbezugs entstehen.

Es ist nicht eindeutig geregelt, ob die Landesplanungsbehörde von einer Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner abweichen kann. Daher sollte in einem ergänzenden Satz klargestellt werden, dass dies nicht beabsichtigt ist und die Inhalte der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für die Ausgestaltung von Zentren auf Landesebene zu beachten sind. Weichen die Planungsbehörden trotzdem von der Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene ab, werden die Vergütungselemente analog der Regelungen zum Sicherstellungszuschlag bei landesspezifischer Anwendung bei der Festlegung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt. Weiterhin sollten die Vertragspartner auf Bundesebene das Nähere zu Nachweispflichten für die Krankenhäuser vereinbaren.

zu Nr. 3)

Die Förderung der Nutzung klinischer Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wobei es leistungsrechtliche Vorbehalte gibt, ob Vereinbarkeit z.B. mit § 190 Absatz 1 SGB V besteht. Auch die Abgrenzung des Bedarfs an Sektionen von anderen Interessensgruppen z.B. (Unfall-, Haftpflichtversicherern, Justiz/Staatsanwalt) scheint nicht konkret und muss im vorgesehenen Vereinbarungsverfahren geklärt werden. Die in Deutschland im internationalen Vergleich deutlich unterdurchschnittliche Sektionsrate (ca. 1% aller Todesfälle im Krankenhaus) wird multifaktoriell bedingt und nicht allein einer fehlenden Zusatzfinanzierung geschuldet sein. Auch müssen Angehörige einer Sektion in der Regel zustimmen, hier sind ärztliche Aufklärungen und Initiativen erforderlich. Festgelegte Raten können Fehlanreize auslösen, deren Vermeidung es zu beachten gilt. Es sollte im Gesetz noch einmal klar darauf hingewiesen werden, dass die Informationspflichten gemäß § 294a SGB V auch hier Anwendung finden.

zu Nr. 4) Eine Stellungnahme erfolgt unter Artikel 4 Nummer 14 zu § 136b Absatz 1 und 9 SGB V

zu Nr. 5) Eine Stellungnahme erfolgt unter Artikel 4 Nummer 14 zu § 136c Absatz 4 SGB V

C Änderungsvorschlag

zu Nr. 1)

Folge aus Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3c KHEntgG
In Absatz 1a wird Nummer 1 gestrichen.

zu Nr. 2)

In Satz 1 Nummer 2a wird das Wort „überörtlichen“ durch „überregionalen“ ersetzt.

In Satz 1 wird nach den Wörtern „vergütet werden“ der Punkt durch ein Semikolon ersetzt. Anschließend wird der folgende Halbsatz angehängt: „die Vertragsparteien regeln das Nähere zu Nachweisverpflichtungen der Krankenhäuser.“

Nach Satz 1 werden folgende Sätze 3 und 4 neu ergänzt: „Die Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene sind nach § 6 Absatz 1c bei der planerischen Umsetzung zu beachten; weichen die Landesplanungsbehörden von den Vereinbarungen der Vertragspartner dennoch ab, sind die daraus resultierenden Zentrumszuschläge im Landesbasisfallwert absenkend zu berücksichtigen. Bei der Vereinbarung sind das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen beratend zu beteiligen.“

zu Nr. 3)

In Nr. 3 wird in Satz 1 nach den Worten „Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung“ eingefügt “; dabei sind die Informationspflichten gemäß § 294a SGB V zu beachten.“

zu Nr. 4)

Nummer 4 wird wie folgt gefasst: „

bis zum 30. Juni 2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätsabschlägen für 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;“

Siehe auch Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 14 zu §136b Absatz 1 und 9)

Nr. 9 a § 9 Absatz 1b KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Nummer 5a des bisherigen § 9 Absatzes 1 wird in § 9 Absatz 1b inhaltlich übernommen und mit dem früheren Satz 2 des bisherigen Absatzes 1 ergänzt. Dabei wird der zweite Teil von Absatz 1b jedoch insofern abgewandelt, als

- aus der bisher obligatorischen Beauftragung der Vertragsparteien auf Bundesebene mit der Vereinbarung von Empfehlungen zur Vereinbarung der Landesbasisfallwerte eine Kann-Vorgabe gemacht wird,
- die Vorgabe dahingehend ergänzt wird, dass die Vertragspartner auf Bundesebene auch 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.

B Stellungnahme

Die redaktionellen Anpassungen zum bisherigen § 9 Absatz 1 Nummer 5a sind sachgerecht.

Die Umwandlung der Beauftragung der Vertragspartner auf Bundesebene in eine Kann-Vorgabe ist sachgerecht, da diese sich auf gemeinsame Empfehlungen in dieser Thematik – zumal zur Frage der Wirtschaftlichkeitsreserven - ohnehin nie verständigt haben oder verständigen könnten. Auch in der Vergangenheit wurden dergleichen Empfehlungen in getrennter Aufgabenwahrnehmung erstellt. Darüber hinaus werden diese auf Kassenseite nicht vom GKV-seitigen Vertragspartner auf Bundesebene sondern von den Spitzenverbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene erstellt, die hier auch kassenartenspezifische Positionen gegenüber ihren Mitgliedern vertreten.

Die explizite Erweiterung des Empfehlungsumfanges auf den Tatbestand der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven auf der Ebene des Landesbasisfallwertes ist grds. sachgerecht und stärkt diesen Tatbestand als Element der regelhaften Landesbasisfallwertvereinbarungen. Ergänzend sollte zusätzlich auf die konkretisierenden Regelungen in § 10 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG (Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) KHSG) verwiesen werden.

C Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a) KHSG (§ 9 Abs. 1b KHEntgG – neu) wird wie folgt gefasst:

In Absatz 1b werden in Satz 2 nach „§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3“ die Worte „und § 10 Absatz 3 Satz 2“ eingefügt.

Nr. 9 a § 9 Absatz 1c KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bereits im bisherigen § 17 b Absatz 1 Satz 11 KHG vorgesehene Möglichkeit der gezielten Absenkung oder fallzahlbezogenen Abstufung von Bewertungsrelationen bei Leistungen mit einem erhöhten Maß wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerungen wird im neuen § 17b Abs. 1 Satz 5 zweiter Halbsatz als Muss-Regelung fortgeführt und in § 9 Abs. 1c KHEntgG mit einem zum 31. Mai 2016 befristeten Umsetzungsauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene ergänzt. 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. Für den Fall einer Nicht-Einigung bzw. eines Fristversäumnisses ist die Durchsetzung mittels Zwangs-Schiedsspruch durch die Schiedsstelle nach § 18 a Absatz 6 KHG gem. § 9 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG – neu (Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) KHSG) vorgesehen. Die Bundesschiedsstelle hat dann innerhalb von sechs Wochen über die ausstehenden Vorgaben zu entscheiden.

In § 4 Absatz 2b Satz 2 KHEntgG (Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c) KHSG) wird das Verhältnis der mengenbezogenen Absenkung bzw. Abstufung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene mit dem Fixkostendegressionsabschlag auf Ortsebene dahingehend ausgestaltet, dass für Leistungen, bei denen eine Regelung nach § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG zur Anwendung kommt, zusätzliche Abschläge nicht vereinbart werden können.

B Stellungnahme

Das Forcieren der Umsetzung des schon bestehenden Instrumentes der Mengensteuerung mittels Abstufung der Bewertungsrelationen im DRG-Katalog stellt grds. eine konsequente Umsetzung der Erkenntnis aus dem Mengengutachten dar, dass die Mengenentwicklungen nicht zuletzt den Verschiebungen in der Gewichtung der DRG-Fallpauschalen folgt („Der Preis macht die Menge“) und wird von daher begrüßt. Das Instrument erscheint grds. geeignet für solche Leistungen, bei denen

- ein überregional einheitlicher Trend zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen erkennbar ist, oder
- in dem auf das Datenjahr der Kalkulation folgenden Jahr nachweislich überregional besondere neue Mengensteigerungen aufgetreten sind, oder für das folgende Katalogjahr zu rechnen ist, die in der aktuellen Kalkulation noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Dass dieses schon in der Vergangenheit gegebene Instrument dennoch bisher nicht genutzt worden ist, dürfte allerdings – abgesehen von der Frage der Einigungsfähigkeit bzw. der bisher fehlenden Eskalationsregelung – nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen sein, dass Vorgaben zur Absenkung der Bewertungsrelationen für bestimmte Leistungen im Zuge der Kalkulation einen starken normativen Eingriff in das empirisch basierte DRG-System darstellen, der nur mit äußerster Vorsicht vorgenommen werden

sollte, um es nicht zu beschädigen. Dies nicht zuletzt deswegen, weil dem derartigen Effekt einer Abstufung oder Absenkung von Bewertungsrelationen bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen auf der einen Seite aufgrund der Normierung des DRG-Systems auf der anderen Seite das Risiko gegenübersteht, dass es infolge der Verschiebung von Relativgewichten zu einer nicht sachgerechten Überfinanzierung von Leistungen ohne entsprechende Fallzahlsteigerungen kommt.

Wünschenswert – aber nicht systemkonform umsetzbar - wäre hier vielmehr, wenn statt dessen die durch die Absenkung oder Abstufung frei gesetzten Ressourcen zur aufwandsneutralen Refinanzierung der Mehrkosten aus der Umsetzung von Beschlüssen des G-BA verwendet werden könnten.

Der vorgesehene Automatismus eines Zwangsschiedsspruches ist vor diesem Hintergrund in jedem Fall abzulehnen. Diesbezüglich ist auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) KHSG (§ 9 Absatz 2 Satz 2 und 3 KHEntgG – neu) verwiesen.

Der Ausschluss einer Verhandlungsmöglichkeit höherer und/ oder längerfristiger Fixkostendegressionsabschläge für Leistungen, deren Katalogbewertung nach § 9 Absatz 1c KHEntgG – neu - abgesenkt oder abgestaffelt wurde, ist vor diesem Hintergrund abzulehnen. Diesbezüglich ist auch auf die Stellungnahme zu § 10 Absatz 13 KHEntgG und auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c) KHSG (§ 4 Absatz 2b Satz 2 letzter Halbsatz KHEntgG – neu) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

1. Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a) (§ 9 Absatz 1c KHEntgG – neu):
Kein Änderungsvorschlag.
2. Bzgl. des Ausschlusses einer Verhandlungsmöglichkeit höherer und/ oder längerfristiger Fixkostendegressionsabschläge für Leistungen, deren Katalogbewertung nach § 9 Absatz 1c KHEntgG – neu - abgesenkt oder abgestaffelt wurde, wird auf den Änderungsvorschlag in der Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c) KHSG (§ 4 Absatz 2b Satz 2 letzter Halbsatz KHEntgG – neu) verwiesen
3. Bzgl. des Zwangsschiedsverfahrens in Verbindung mit § 9 Absatz 1c KHEntgG in § 9 Absatz 2 KHEntgG – neu - wird auf den Änderungsvorschlag in der Stellungnahme zu § 9 Absatz 2 Satz 2 und 3 KHEntgG – neu - verwiesen.

Nr. 9b § 9 Absatz 2 KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf schlägt hier eine Verlagerung der Konfliktlösung von der Ersatzvornahmeregulierung durch das BMG auf die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG vor für folgende Bereiche:

1. Abrechnungsbestimmungen für das G-DRG-System
2. Zu-/ Abschläge für Notfallversorgung
3. Vorgaben zur Absenkung oder Abstufung der Katalogleistungen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 i.V.m. § 9 Absatz 1c KHEntgG.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Veränderungen des Konfliktlösungsmechanismus sind abzulehnen.

Zu 1.:

Entgegen den – in diesem Punkt irreführenden - Ausführungen der Begründung des Gesetzesentwurfes: „Auch für die Vereinbarung von Abrechnungsbestimmungen für Zu- und Abschläge ist zukünftig eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG möglich.“ sollen nicht nur die Abrechnungsbestimmungen für Zu- und Abschläge sondern die Abrechnungsbestimmungen der FPV insgesamt im Konfliktfalle von der Bundesschiedsstelle vorgegeben werden.

Die ausgeführte Begründung einer Begrenzung der Ersatzvornahmetätigkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit „auf den Kernbestand der Entgeltsysteme“ überzeugt nicht, da gerade die Abrechnungsbestimmungen seit Beginn des G-DRG-Systems ein Teil des Kernbestandes des Entgeltsystems sind. Die Abrechnungsbestimmungen sind auch in der Sache nicht von den Entgeltkatalogen und ihrer Kalkulation trennbar, da Vorgaben zur Abrechnung zum Teil auch die Kataloggestaltung präjudizieren (z.B. Regelungen zur Fallzusammenführung, Verlegungsabschläge und Ausnahmen von diesen etc.). Dieser enge Zusammenhang drückt sich nicht zuletzt auch darin aus, dass die Vereinbarung der Fallpauschalen seit jeher die Abrechnungsbestimmungen und die Entgeltkataloge insgesamt umfasst. Von daher ist es schon aufgrund des Sachzusammenhanges erforderlich und geboten, für Entgeltkataloge (Nummer 1 und 2) einerseits und Abrechnungsbestimmungen (Nummer 3) andererseits keine unterschiedlichen Konfliktlösungsregelungen vorzusehen, da beides zum Kernbestand des G-DRG-Entgeltsystems gehört. Zudem sollte hier im KHEntgG- und BPfIV-Bereich auch analog vorgegangen werden (vgl. § 9 Absatz 2 BPfIV, der entsprechend nicht verändert wird und nicht verändert werden sollte).

Zu 2.:

Die Sachgerechtigkeit der vorgeschlagenen Änderung kann nicht nachvollzogen werden, da eine Begründung für die Verlagerung des Konfliktlösungsmechanismus bzgl. der Zu-/ Abschlüge für die Notfallversorgung von der Ersatzvornahme nach § 17 b Absatz 7 KHG auf die Bundesschiedsstelle nicht ausgeführt wird und auch sonst nicht erkennbar ist.

Zu 3.:

Wie die Begründung des Gesetzentwurfes selbst ausführt, gehört die Katalogentwicklung zum „Kernbestand des Entgeltsystems“, somit insbesondere auch die Vorgaben zur Abstufung oder Absenkung von Bewertungsrelationen bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen, die dann bei der Kalkulation Berücksichtigung finden sollen. Schon die Begründung des Gesetzesentwurfes bzgl. der Konfliktlösungsregelungen zu den Entgeltkatalogen macht von daher deutlich, dass hier die Ersatzvornahme nach § 17b Absatz 7 KHG der sachgerechte Weg ist. Eine Zwangsschiedsregelung ist als Instrument der Ausschaltung sowohl der Selbstverwaltung als auch des Bundesministeriums mit Blick auf die Schwächung dieser Institutionen gänzlich abzulehnen. Für Schiedsstellenverfahren können allenfalls die Vertragsparteien auf Bundesebene antragsberechtigt sein.

C Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe b) KHSG (§ 9 Absatz 2 KHEntgG) wird wie folgt gefasst:

In Satz 1 wird an die Angabe „bis 3“ die Angabe „, Nummer 5 und Absatz 1c“ angefügt und die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a“ durch die Wörter „Absatz 1b Satz 1“ ersetzt.

(Die Anfügung in Doppelbuchstabe bb) entfällt.)

Nr. 10 a § 10 Abs. 1 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene**A Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 1 Satz 2 erfolgt eine redaktionelle Anpassung der Anlage als Schätzgrundlage sowie die Löschung einer vergangenen Regelung

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 b § 10 Abs. 3 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 10 Absatz 3 Satz 1 wird die Nummer 4 aufgehoben, womit die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert mit Wirkung für den Landesbasisfallwert nicht mehr gegeben ist. Diese Wirkung wird zukünftig über einen Fixkostendegressionsabschlag gewährt. Die Änderungen in der Nummer 5 stellen klar, dass die Ausgaben der Nicht-DRG-Bereiche nur einmalig absenkend berücksichtigt werden, soweit sie den Veränderungswert überschreiten. Weiterhin wird ergänzt, dass die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die optional als besondere Einrichtungen aus dem DRG-System ausgenommen werden, nicht absenkend im Landesbasisfallwert wirken. In Nr. 6 wird geregelt, dass die Summe der Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes absenkend zu berücksichtigen sind, soweit die Leistungen nicht bereits durch den Landesbasisfallwert finanziert worden sind. Sicherstellungszuschläge sind nur insoweit absenkend zu berücksichtigen, als sie auf ergänzenden oder abweichenden Landesvorgaben beruhen. In Nr. 7 wird vorgegeben, dass die Summe der Abschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung im Landesbasisfallwert erhöhend zu berücksichtigen sind. Erhöhend zu berücksichtigen sind ebenfalls die befristeten Zuschläge nach § 5 Abs. 3c (Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von G-BA Beschlüssen) insoweit, als die Zuschläge nicht mehr vom einzelnen Krankenhaus erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.

In Satz 2 der Neureglung wird der Tatbestand der Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes nach Abs. 3 Nr. 3 präzisiert. So sollen insbesondere die Produktivitätsentwicklung, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zur Leistungsverlagerungen einbezogen werden, soweit diese nicht bereits im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Finanzielle Mittel des Hygieneförderprogramms sowie der Pflegestellenförderprogramms.

B Stellungnahme

Zur Verlagerung der Fixkostendegression von der Landes- auf die individuelle Krankenhausebene vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 4c zu § 4 Absatz 2b (neu) KHEntgG.

Eine gesonderte Regelung für Palliativstationen oder -einheiten ist abzulehnen.

Die Regelungen in Nr. 6 erscheinen insgesamt als sachgerecht, bis auf die Ausnahme, dass die Sicherstellungszuschläge künftig nicht mehr absenkend zu berücksichtigen sind, soweit sie auf bundeseinheitlichen Vorgaben beruhen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Beitragssatzstabilität und den seit Jahren steigenden Ausgaben für den Krankenhausbereich sind zusätzliche finanzielle Mittel für Sicherstellungszuschläge abzulehnen, weil dadurch der ungebremsten Ausgabensteigerung weiter Vorschub geleistet wird. Es ist notwendig, dass das Solidaritätsprinzip für die gesamte Kranken-

hausgemeinschaft gilt, indem auch andere Krankenhäuser an der Finanzierung der Sicherstellungszuschläge beteiligt werden.

Die erhöhende Berücksichtigung der Summe der Abschläge unter Nr. 7 ist für den Bereich der Notfallversorgung nicht nachvollziehbar. Sofern ein Haus Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung hinzunehmen hat, ist kein Grund ersichtlich, warum die Abschlagssumme sich landesweit erhöhend auswirken sollte. Etwas anderes kann nur dann gelten, wenn die Abschläge bei der Ermittlung der Erlössumme B1 in Abzug zu bringen sind. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Die Präzisierungen in Satz 2 zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind zu begrüßen, da hiermit eine größere Durchsetzbarkeit in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert gewährleistet wird.

C Änderungsvorschlag

Es wird auf den Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 4c zu § 4 Absatz 2b (neu) KHEntgG verwiesen.

Die vorgeschlagene Änderung in Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 zu den Palliativstationen wird nicht umgesetzt, indem die Worte „und die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtungen vereinbaren“ gestrichen werden.

In Nr. 6 Streichung des Satzteils „oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Abs. 2 Satz 2 beruhen.“

In Nr. 6 wird folgender Satz am Ende eingefügt: „ Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach § 5 Abs. 3 einzubeziehen, wenn die Landesplanungsbehörden von den Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene dennoch abweichen“. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu Art 2 Nr. 9a zu § 9 Abs. 1 Nr. 2 verwiesen.

In Nr. 7 Streichung des Satzteils „die Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“.

Nr. 10 c § 10 Abs. 4 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 1 wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen.

Die Neufassung von Satz 4 sieht vor, dass zusätzliche Mittel nach § 5 Abs. 3 c für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes obergrenzüberschreitend berücksichtigt werden können.

B Stellungnahme

Die Finanzierung der Mehrkosten infolge von G-BA-Beschlüssen wird abgelehnt. Insofern wird auf die Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 5d zu § 5 Abs. 3c KHEntgG verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Satz 4 in Absatz 4 wird gestrichen.

(Folgeänderung zu Änderungsvorschlag Artikel 2 Nr. 5d zu § 5 Abs. 3c)

Nr. 10d § 10 Abs. 6 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzestext aus § 10 Absatz 6 wird im Wege der Rechtsbereinigung angepasst und eine redaktionelle Folgeänderung aus der Neustrukturierung des § 9 Absatz 1 bzw. Einführung des § 9 Abs. 1b vorgenommen. Dabei bleibt das Statistische Bundesamt unmittelbar beauftragt, bis Ende 2017 den Orientierungswert für Krankenhäuser sachgerecht (weiter-) zu entwickeln.

Unter Festschreibung der Meistbegünstigungsklausel bis Ende 2017 wird in Ergänzung des Absatz 6 ein Auftrag an den Gesetzgeber fixiert, anhand der Weiterentwicklung des Orientierungswertes bis Ende 2017 zu prüfen, ob die Meistbegünstigungsklausel ab 2018 entfallen und der Orientierungswert unmittelbar zum Veränderungswert werden kann.

B Stellungnahme

Die Weiterentwicklung und Verfeinerung des Orientierungswertes ist grundsätzlich zu begrüßen. Angesichts der bereits sehr differenzierten Methodik und der bisherigen Ergebnisse der Ermittlungen des Statistische Bundesamts ist allerdings Skepsis angebracht, ob die Nachbesserungen im Detail (z.B. infolge einer differenzierteren Abbildung der Preisentwicklung von Haftpflichtversicherungsprämien...) den Vorstellungen der Krankenhäuser zur Preisentwicklung in durchschlagender Weise gerecht werden.

Die automatische Geltung des vollen Orientierungswertes als Veränderungswert ist als Rückschritt zur Selbstkostendeckung nachdrücklich abzulehnen. Insbesondere ein einfaches Durchreichen von Tarifsteigerungen zulasten der Beitragszahler darf es nicht geben. Die Einführung des vollen Orientierungswertes birgt hohe und sachlich nicht gerechtfertigte finanzielle Risiken für die GKV. Schließlich hat das Statistische Bundesamt in der Vergangenheit nachhaltig belegt, dass die Betriebskostensteigerungen durch die GKV hinreichend finanziert werden. Das Verhandlungsmandat der Vertragsparteien auf Bundesebene für den Veränderungswert ist daher unbedingt beizubehalten. Statt einer Prüfung der Anwendung des vollen Orientierungswertes ab dem Jahr 2018 ist vielmehr die Überprüfung und Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel auf § 10 Absatz 6 Satz 5 - entsprechend der Ankündigung im Eckpunktepapier - dringend geboten.

Vor allem aber ist ein Prüfauftrag zur Anwendung des vollen Orientierungswertes kritisch zu sehen, welcher weder erkennbar macht, an welchem Maßstab (jenseits eines reinen Zeitablaufes bis Ende 2017) die „Güte“ des Orientierungswertes eigentlich bemessen und auf welcher Basis konkret die Entscheidung über eine mögliche Anwendung des vollen Orientierungswertes am Ende getroffen werden soll. Es drängt sich daher die Vermutung auf, dass dieser Maßstab allein in der Frage liegen wird, ob der Orientierungswert bis Ende 2017 die VÄR nach § 17 Absatz 3 SGB V wider Erwarten überholt haben wird.

Die aktuell vorgeschlagene Regelung stellt im Ergebnis zunächst vor allem eine unververtretbare gesetzliche Garantie der Meistbegünstigungsklausel aus § 10 Absatz 6 Satz 5

KHEntgG mindestens bis Ende 2017 dar. Die Klausel würde damit weitere zwei Jahre zu nicht gerechtfertigten Preissteigerungen der Landesbasisfallwerte weit oberhalb der tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser führen. Die Beitragszahler werden bereits in 2014 mit 500 Mio. Euro und in 2015 mit 700 Mio. Euro ungerechtfertigt und zudem basiswirksam belastet. Die Fortführung dieser offenkundig übermäßigen Preisentwicklung führt zudem zu Fehlanreizen hinsichtlich der Mengenentwicklung und stabilisiert mittelbar die Defizite bei der Investitionsfinanzierung, welche die Finanzierungsdefizite der Krankenhäuser eigentlich verursachen. Sie ist damit auch mit Blick auf den mit dem Strukturfonds intendierten Strukturwandel kontraproduktiv.

Vor dem Hintergrund der bereits irreversiblen Basiseffekte ist daher eine unverzügliche Anpassung der Meistbegünstigungsklausel aus § 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG – unter uneingeschränkter Beibehaltung der Verhandlungslösung zum Veränderungswert aus Satz 6 im übrigen – im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes zwingend geboten.

C Änderungsvorschlag

(1) Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d) KHSG (§ 10 Abs. 6 KHEntgG) wird wie folgt angepasst:

- Nach Doppelbuchstabe aa) wird folgender Doppelbuchstabe bb) eingefügt:
„bb) Der neue Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Orientierungsrate.““
- Doppelbuchstabe bb) wird Doppelbuchstabe cc).
- Die Anfügung unter dem bisherigen Doppelbuchstaben cc) entfällt.

(2) Hilfsantrag:

Hilfsweise wird Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d) KHSG (§ 10 Abs. 6 KHEntgG) dahingehend angepasst, dass neben der Anpassung der Meistbegünstigungsklausel in Satz 5 ein neuer modifizierter Prüfauftrag als Satz 6 angefügt wird:

- Nach Doppelbuchstabe aa) wird folgender Doppelbuchstabe bb) eingefügt:
„bb) Der neue Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Orientierungsrate.““
- Doppelbuchstabe bb) wird Doppelbuchstabe cc)
- Doppelbuchstabe cc) wird Doppelbuchstabe dd) und wie folgt angepasst:
„Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des Satz 2 zu überprüfen.““

Nr. 10 e § 10 Abs. 8 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen treten gem. Artikel 7 Abs. 2 abweichend bereits am Tag der 2./3. Lesung in Kraft.

Satz 1 sieht vor, die untere Korridorgrenze von -1,25 auf 1,02 anzuheben.

Satz 2 und 3 regeln eine Angleichung der Landesbasisfallwerte an eine obere Korridorgrenze in sechs Schritten, beginnend im Jahr 2016 bis zum Jahr 2021.

Satz 4 enthält eine redaktionelle Folgeänderung.

Satz 5 sieht die Streichung der bisherigen Kappungsgrenze für Landesbasisfallwerte oberhalb der oberen Korridorgrenze vor.

Satz 7 regelt, dass die Landesbasisfallwerte, die unterhalb der unteren Korridorgrenze liegen, ab dem 01.01.2016 an den unteren Grenzwert anzugleichen sind. Eine Unterschreitung der unteren Korridorgrenze ist nur dann möglich, wenn Zuschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung sowie Sicherstellungszuschläge, aufgrund abweichender Ländervorgaben, absenkend zu berücksichtigen sind. Damit ist klargestellt, dass die absenkende Berücksichtigung erst nach der Angleichung an die untere Korridorgrenze erfolgt.

Satz 8 enthält eine redaktionelle Folgeänderung und wird um die Regelung ergänzt, dass Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 nur insoweit zu berücksichtigen sind, als die untere bzw. obere Korridorgrenze nicht unter- bzw. überschritten wird.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Korridorgrenze ist abzulehnen. Das RWI-Gutachten hat keinen Zusammenhang zwischen der Höhe der Landesbasisfallwerte und defizitären Krankenhäusern feststellen können. Vor diesem Hintergrund ist eine weitere Konvergenz der Landesbasisfallwerte ohne eine Angleichung der Investitionsquoten nicht berechtigt. Änderungen am Korridor hätten zudem zu einer symmetrischen Ausgestaltung des Korridors führen müssen, für die Asymmetrie gibt es nach wie vor keine ökonomische solide Begründung. Eine Umsetzung des RWI-Gutachtens hätte Korridorgrenzen von 1,76 Prozent im oberen und unteren Abstand zum Bundesbasisfallwert zur Folge gehabt.

Die Angleichung der Landesbasisfallwerte an die obere Korridorgrenze sowie die Aufhebung der Kappungsgrenze sind zu begrüßen. Allerdings ist eine 6jährige Konvergenz zu üppig ausgestaltet. In Anlehnung an die bisherige 5jährige Konvergenzphase der Landesbasisfallwerte, erscheinen 5 Jahre als sachgerechter.

Die Änderungen zur absenkenden Berücksichtigung von Sicherstellungs- und Notfallzuschlägen zur Unterschreitung der Korridoruntergrenze sowie zur Berücksichtigung der Fehlschätzungen sind nicht zu beanstanden. Durch die Änderung ist sichergestellt, dass bei der retrospektiven Fehlschätzung der Zustand hergestellt wird, der bei korrekter prospektiver Schätzung eingetreten wäre.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung in Satz 1 wird gestrichen.

In Satz 2 wird das Wort „sechs“ durch das Wort „fünf“ ersetzt. In Satz 3 erfolgt eine Folgeänderung infolge des Änderungsvorschlags zu Satz 2, indem der Schritt 6 gestrichen und die Prozentwerte modifiziert werden.

Nr. 10 f § 10 Abs. 9 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen treten abweichend ab dem 01. Januar 2021 in Kraft.

In Abs. 9 wird die bisherige Frist für die Meldung der verhandelten Landesbasisfallwerte vom 31. Juli auf den 28. Februar vorverlegt. Darüber hinaus wird vorgegeben, dass das InEK die Berechnung des einheitlichen Basisfallwertes bis zum 15. März vorzulegen hat. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben auch dieser Grundlage den einheitlichen Basisfallwert sowie die Korridor Grenzen bis zum 31. März zu vereinbaren.

B Stellungnahme

Um die tatsächlichen Abschlüsse der Landesbasisfallwertvereinbarungen besser zu berücksichtigen, wird diese Vorverlegung der Ermittlung und Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwertes begrüßt. Diese sachgerechte Ermittlung des Basisfallwertes sollte allerdings ab 2016 vollzogen werden.

C Änderungsvorschlag

Inkrafttreten der Regelung ab 01. Januar 2016.

Nr. 10g § 10 Abs. 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 1 wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen. Abs. 10 wird eine Regelung angefügt, dass ab dem Jahr 2020 automatisch ein Schiedsstellenverfahren anläuft, wenn der Landesbasisfallwert nicht bis zum 30. November vereinbart worden ist.

B Stellungnahme

Die Regelung schränkt die Möglichkeit einer Verhandlungslösung ein. Für Schiedsstellenverfahren können allenfalls die Vertragsparteien auf Bundesebene antragsberechtigt sein. Eine automatische Anrufung der Schiedsstelle ist abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Der vorgesehene Satz 5 wird gestrichen.

Nr. 10 h § 10 Abs. 11 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung tritt abweichend erst am 01.01.2021 in Kraft.

In Abs. 11 wird die Angleichung der Landesbasisfallwerte an den ab dem Jahr 2021 nachgehend ermittelten einheitlichen Basisfallwert und Basisfallwertkorridor geregelt. Hierzu ermitteln Länder, die außerhalb des Korridors liegen, die Differenz zwischen der Korridorgrenze und dem vereinbarten bzw. festgesetzten Landesbasisfallwert. Die positive oder negative Differenz zuzüglich dem tatsächlich vereinbarten Landesbasisfallwert ergibt den Landesbasisfallwert, der vereinbart worden wäre, wenn den Vertragsparteien der Basisfallwertkorridor bereits bekannt gewesen wäre. Durch die unterschiedlichen Landesbasisfallwerte ergibt sich eine Differenz. Diese Differenz ist auf Landesebene bis zum 30 April als Ausgleichsbetrag zu vereinbaren und unterjährig nach § 15 Abs. 3 auszugleichen. Für die Vereinbarung des Landesbasisfallwert des Folgejahres ist zur Ermittlung der Ausgangsgrundlage der bisher vereinbarte oder festgesetzte Landesbasisfallwert um die ermittelte Differenz zur Korridorgrenze zu korrigieren.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen, weil sie dem sog. „Gravitationseffekt“ entgegenwirkt und damit eine sachgerechtere Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts ermöglicht. Die vorgeschlagene Änderung ist allerdings sobald als möglich umzusetzen.

C Änderungsvorschlag

Inkrafttreten der Regelung ab 01. Januar 2016.

Nr. 10 i § 10 Abs. 12 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 12 werden nach dem Wort Neueinstellung die Wörter „die interne Besetzung neu geschaffener Stellen“ eingefügt.

B Stellungnahme

Durch die Regelung wird klargestellt, dass zur Überführung der für das Hygieneförderprogramm vereinbarten Beträge in der Landesbasisfallwert im Jahr 2017 auch die Beträge anzusetzen sind, die für die interne Besetzung neu geschaffener Stellen vereinbart worden sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 10 j § 10 Abs. 13 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 13 wird vorgegeben, dass auf Landesebene jährlich bis zum 30.09. erstmals für 2016 ein sog. Fixkostendegressionsabschlag mit einer Erhebungsdauer von fünf Jahren zu vereinbaren ist. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2015 vereinbarten absenkenden Wirkung der Fixkosten keine zusätzlichen Mehrausgaben entstehen, wobei Ausnahmen nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 unberücksichtigt bleiben.

B Stellungnahme

Die Abschlagshöhe der Fixkostendegressionsabschlag ist gesetzlich in Höhe von 65% vorzugeben. Auf die Stellungnahme zu Art 2 Nr. 4b zu § 4 Abs. 2a wird verwiesen.

Die Landesbasisfallwertentwicklung alte Fassung beinhaltete eine Preiskomponente, die die Produktivitätsentwicklungen berücksichtigte. Indem man dieses Element herausnimmt, partizipiert die Versicherungsgemeinschaft nicht mehr von Preissenkungen aufgrund Mengensteigerungen. Mehrausgaben können nur vermieden werden, wenn Mengensteigerungen verhindert werden. Insofern ist es wichtig, dass die Fixkostendegressionsrate zumindest auf dem Niveau der Landesbasisfallwertvereinbarungen der vergangenen Jahre gehalten wird. Dabei ist zu beachten, dass schon durch die Ausnahmetatbestände nach § 9 Abs. 1 Nr. 6 und die zeitliche Befristung auf 5 Jahre das Ziel der Mengensteuerung nicht erreicht werden kann.

C Änderungsvorschlag

Absatz 13 wird gestrichen. Begründung: In § 4 Abs. 2a wird ein Fixkostendegressionsabschlag in Höhe von 65% gesetzlich vorgegeben. Insofern entfällt die Notwendigkeit einer Verhandlung.

Hilfsweise:

10 Abs. 13 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte nach § 10 Abs. 3 Nr. 4 (KHEntgG bisherige Fassung) keine geringere Höhe des Anteils der variablen Kosten zugrunde gelegt wird“.

Nr. 11 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 wird geregelt, dass neben dem Versorgungsauftrag zukünftig auch die Einhaltung des Mindestmengenkatalogs zu berücksichtigen ist. Leistungen, die die Vorgaben des Mindestmengenkatalogs unterschreiten, dürfen nicht vereinbart und abgerechnet werden.

In Absatz 4 erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung.

B Stellungnahme

Diese eindeutige und rechtssichere Ausgestaltung der Einhaltung der Mindestmengenvorgaben bei der Verhandlung des Krankenhausbudgets wird begrüßt. Die Neuregelung ist eine geeignete Grundlage zum Patientenwohl, wenn Krankenhäuser, die die Mindestmengenvorgaben nicht erfüllen, diese Leistungen nun ausdrücklich nicht mit der GKV vereinbaren und abrechnen können.

Vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14 zu § 136b Absatz 1 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 12 § 15 Absatz 1 KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 15 Absatz 1 Satz 4 werden das Semikolon und der zweite Halbsatz gestrichen, da hier eine Regelung ausschließlich für das Jahr 2009 vorgeben wird.

B Stellungnahme

Rechtbereinigung. Die Regelung ist aufgrund des Zeitablaufs nicht mehr relevant.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 a-d § 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die in Buchstaben a) bis c) vorgeschlagenen Anpassungen dienen der Gesetzesbereinigung oder stellen redaktionelle Folgeanpassungen dar.

Darüber hinaus wird durch die in **Doppelbuchstabe bb)** vorgeschlagene Differenzierung von Postleitzahl und Wohnort eine entsprechend trennscharfe Zuordnung ermöglicht, um die Datengrundlage der Länder für eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung sowie für die amtliche Krankenhausstatistik zu verbessern.

Die Regelung in c) unter **Doppelbuchstabe aa)** bestimmt, dass die Länder zusätzlich zu den bisher übermittelten Daten auch die Höhe der je Behandlungsfall abgerechneten Entgelte erhalten können, wenn 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.

Buchstabe d beinhaltet eine notwendige Folgeänderung aufgrund der Einführung des neuen § 137a SGB V mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG).

B Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachgerecht.

Darüber hinaus ist für die Zwecke einer differenzierteren Abbildung der Versorgungsstrukturen und –qualität im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung und den notwendigen Informationen zu Umsetzung des § 136c (neu) Absätze 1 und 2 eine durchgängige und stringente Differenzierung der Krankenhaustandorte (bzw. Betriebsstätten) erforderlich. Die Restriktion des Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b) ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b) (§ 21 Abs. 2 Nummer 2 Buchstabe b) KHEntgG) wird nach Doppelbuchstabe bb) wie folgt ergänzt:

„cc) In Nummer 2 Buchstabe b werden die Worte „ ,bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrages zusätzlich“ ersetzt durch die Worte „und zusätzlich das“.

Nr. 14 Anlage 1 Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, womit Anpassungen zu nicht mehr anzuwendenden Regelungen vorgenommen werden.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 Inhaltsübersicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Inhaltsübersicht wird redaktionell in den Überschriften zu den entsprechenden Rechtsnormen angepasst. In § 3 wird die Überschrift in der Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt, in § 4 die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 1 Absatz 1 BPfIV

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderungen zur Neufassung von § 17b Absatz 1 KHG. Gleichzeitig werden die bisherige Verweiskette rechtsbereinigend aufgelöst und stattdessen die bisherigen Bezugsnormen 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.

B Stellungnahme

Die Anpassung ist inhaltlich sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 5 Abs. 3 und 4 BPfIV Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

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.

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 krankenhausespezifische Zuschläge mit den Kostenträgern vor Ort zu vereinbaren.

B Stellungnahme

zu Absatz 3:

Siehe Stellungnahme zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V sowie zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3a und Artikel 2 Nummer 9a zu § 9 Absatz 1a.

zu Absatz 4:

Der Absatz 4 ist zu streichen.

(Folgeänderung zu Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3c KHEntgG)

C Änderungsvorschlag

zu Absatz 3: In Satz 1 werden die Worte „Qualitätszu- und -abschläge“ durch das Wort „Qualitätszuschläge“ ersetzt.

Siehe Stellungnahme zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V sowie zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3a und zu Artikel 2 Nummer 9a zu § 9 Absatz 1a.

zu Absatz 4: Siehe Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3c KHEntgG

Nr. 4 § 8 Absatz 4 BPfIV Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung der Vorschriften zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5a, b, c § 9 Absatz 1 BPfIV Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene durch die Regelung entsprechend zu den Vorgaben in § 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 KHEntgG beauftragt, auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen folgende Vereinbarungen zu treffen:
- zu befristeten Zuschlägen für eine zeitnahe Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA (Nummer 1),
 - zu Näherem 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).
- b) § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 wird im Wege der Rechtsbereinigung angepasst. Darüber hinaus werden redaktionelle Änderungen als Folge der Änderung des § 10 Absatz 6 KHEntgG vorgenommen.
- c) In § 9 Absatz 1 Satz 2 wird die Sonderregelung zur Vereinbarung des Veränderungswertes für den BPfIV-Bereich für die Jahre 2014 und 2015 im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen. Ab dem Jahr 2016 findet wieder § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Anwendung.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind als Rechtsbereinigungen (Buchstabe b) und c)) bzw. entsprechende Änderungen zur Gleichbehandlung des somatischen und psychiatrisch-/ psychosomatischen Bereichs hinsichtlich der Maßnahmen zur Qualitätsförderung (Buchstabe a)) grds. sachgerecht.

Im Übrigen wird auf die Inhalte der Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9 dieses Gesetzentwurfes verwiesen (Neuregelung des § 9 Abs. 1a Nummer 3 KHEntgG).

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 10 Absatz 2 Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Nummer 5 des Absatzes 2 wird geregelt, dass das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts zu berücksichtigen ist. Bestimmte Zuschlagstatbestände sollen nicht mindernd berücksichtigt werden, wie Sicherstellungszuschlag, befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen, Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen und Zuschläge für außerordentliche Qualität. Ebenfalls nicht absenkend geltend gemacht werden dürfen Zuschläge zur Finanzierung von Ausbildungskosten.

In Nummer 6 des Absatzes 2 wird vorgesehen, dass die zusätzlichen Mittel für befristete Zuschläge nach § 5 Absatz 4 zur Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwertes erhöhend zu berücksichtigen sind. Dies trifft auch für die sogenannten sonstigen Abschläge zu. Abschläge für Leistungen mit unzureichender Qualität wirken nicht erhöhend auf den Landesbasisentgeltwert.

B Stellungnahme

Vergleiche Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10b zu § 10 Absatz 3 KHEntgG und zu Artikel 2 Nr. 10d zu § 10 Absatz 6 KHEntgG.

C Änderungsvorschlag

Vergleiche Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 10b zu § 10 Absatz 3 KHEntgG und zu Artikel 2 Nr. 10d zu § 10 Absatz 6 KHEntgG..

Nr. 7 § 14 Absatz 1 Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass auch nicht in § 5 genannte Zu- und Abschläge der Genehmigung der zuständigen Landesbehörde bedürfen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 18 Absatz 2 Übergangsvorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

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.

B Stellungnahme

Die Klarstellung für die Nachweise und die zweckentsprechende Mittelverwendung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 65c Abs. 1 SGB V Klinische Krebsregister

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 81 Abs. 3 SGB V Satzung**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2a Satz 7 wird der Verweis auf § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V geändert. Fortan soll auf § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V Bezug genommen werden.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist eine redaktionelle Änderung infolge der Umstrukturierung der §§ 135 bis 137 und ohne inhaltliche Bedeutung

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 87a SGB V Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 5 soll eine Regelung eingefügt werden, wonach der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Erhöhung der Aufsatzwerte in demjenigen Umfang beschließen soll, der sich aus der Absenkung des Investitionskostenabschlags ergibt.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband lehnt die Absenkung des Investitionskostenabschlags ab (vgl. Kommentierung zu Art. 4 Nr. 12 zu § 120 Abs. 3 SGB V). Daraus ergibt sich, dass eine Anpassung der Aufsatzwerte der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nicht erforderlich ist.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Nr. 5 § 91 Abs. 5 und 6 SGB V Gemeinsamer Bundesausschuss**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 92 Abs. 7f SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 § 109 Abs. 2 und 3 (neu) SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 erfolgt eine Ergänzung der Ermessensentscheidung bei Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 um die Kriterien „qualitativ, hochwertig sowie patienten- und bedarfsgerecht.“

In Absatz 3 wird die Nr. 2 dahingehend neu gefasst, dass ein Versagungsgrund für den Abschluss eines Versorgungsvertrages dann gegeben ist, wenn das Krankenhaus, das einen Versorgungsvertrag abschließen möchte, bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des KHG auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist oder die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend nicht erfüllt oder nicht nur vorübergehend Qualitätsabschlägen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt. Die bisherige Nummer 2 wird Nr. 3.

B Stellungnahme

Im Hinblick auf das Ziel, eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung sicherzustellen, sind diese Neuregelungen zu begrüßen. Indem die neu eingefügten Kriterien bei der Ermessensentscheidung der Krankenkassen bei Abschluss eines Versorgungsvertrages zu berücksichtigen sind, wird das in § 1 Abs. 1 KHG neu verankerte Ziel ein qualitativ hochwertigen Patientenversorgung konsequent umgesetzt und gestärkt. Gleiches gilt für die Nennung der Ausschlusskriterien in Abs. 3 Nr. 2.

Die Kriterien „vorübergehend“ und „in einem erheblichen Maße“ sind allerdings zur Schaffung von noch klareren Regelungen zu operationalisieren.

Beim Abschluss von Versorgungsverträgen benötigen auch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen die Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 2, damit diese bei der notwendigen Auswahl geeigneter Krankenhäuser einfließen können (vgl. auch Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14 zu § 136c SGB V)..

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird die dreifache Nennung der Wörter „nicht nur vorübergehend“ durch die Wörter „über die Dauer von einem Jahr“ ersetzt sowie nach den Wörtern „in einen erheblichen Maße“ die Wörter „bei offensichtlicher Patientengefährdung, sofern in diesen Maßstäben und Bewertungskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses die Dauer und der Grad nicht anderweitig definiert werden“ einge-

fügt (vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 3a zu § 6 Absätze 1a und 1b sowie zu Artikel 4 Nr. 14 zu § 136c Absatz 1 SGB V).

In Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt: „§ 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Übermittlung auf Antrag an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgt.“ (vgl. auch Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 14 zu § 136c SGB V).

Nr. 8 § 110 Abs. 1 und 2 (neu) SGB V Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 erfolgt eine Ergänzung, dass eine Kündigung des Versorgungsvertrages erfolgen soll, wenn der in § 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt.

In Absatz 2 wird der bisherige Satz 1 aufgehoben und geregelt, dass die Kündigung der in Abs.1 Satz 1 genannten Verbände mit der Genehmigung wirksam wird. In Satz 3 erfolgt eine Ergänzung, dass eine Versagung der Genehmigung bei Plankrankenhäusern nur möglich ist, wenn die zuständige Landesbehörde die Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich dargelegt hat.

B Stellungnahme

In der Neuregelung zu Abs.1 wird festgelegt, dass der Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus, das dauerhaft und in einem erheblichen Umfang unzureichende Qualität aufweist, gekündigt werden soll. Dies ist der Fall, 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 und in einem erheblichen Maß unzureichende Ergebnisse erzielt. Im Hinblick auf das Ziel, eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung sicherzustellen, ist diese Neuregelungen zu begrüßen. Mit der Neuregelung wird der Qualität der Krankenhausbehandlung auch im Hinblick auf die Kündigung von Versorgungsverträgen eine besondere Bedeutung zugewiesen. Indem die neu eingefügten Qualitätskriterien bei der Kündigung eines Versorgungsvertrages zu berücksichtigen sind, wird das in § 1 Abs. 1 KHG neu verankerte Ziel einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung konsequent umgesetzt und gestärkt. Im Übrigen sollte auch die Kündigung einzelner Fachabteilungen möglich sein.

Die Änderungen des Absatzes 2 ermöglichen eine Erleichterung der Kündigung von Versorgungsverträgen durch die Kassenseite. Es entfällt das Erfordernis für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, gemeinsam das Benehmen mit den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen über eine Kündigung herzustellen.

Die Ergänzung des Satz 3 ist ebenfalls zu begrüßen. Für den Fall, dass die Behörde die Genehmigung einer Kündigung, die gegenüber einem Plankrankenhaus erfolgt ist, versagen will, hat sie Unabweisbarkeit des Bedarfs schriftlich zu begründen. Demnach muss die Behörde darlegen, warum der Versorgungsbedarf nicht von anderen Krankenhäusern gedeckt werden kann.

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 9 § 110a SGB V Qualitätsverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Abschluss von befristeten Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird ermöglicht. Die Leistungsbereiche sind gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 vom G-BA festzulegen. Es soll erprobt werden, inwieweit Qualitätsverbesserung mit Hilfe von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen erreicht wird. Die Ergebnisse sollen nach verbindlichen bundeseinheitlichen Vorgaben evaluiert werden. Zugehörige Vorgaben der Verträge sollen bis zum 31.12.2016 von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart werden. Ansonsten besteht die Schiedsstellenfähigkeit der Vereinbarung.

B Stellungnahme

Die Einführung von Qualitätsverträgen wird als erster Schritt in eine qualitätsorientierte Vergütung begrüßt. Die erstmalige Implementierung der Erprobung von selektiven direktvertraglichen Qualitätsverträgen im stationären Sektor ohne obligatorische Einbindung eines weiteren Sektors ist ein wichtiger Grundschrift zu mehr Vertragsfreiheit für die Krankenkassen und Krankenhäuser. Positiv zu bewerten, ist die Schiedsstellenfähigkeit der Vereinbarung zur Einhaltung der Zeitvorgabe. Kassenspezifische Verträge sind möglich, dabei muss jedoch sichergestellt sein, dass auch ergänzende kassenspezifische Qualitätsparameter für die Vertragsgestaltung Anwendung finden können. Eine Evaluation mittels bundeseinheitlicher Vorgaben erscheint sinnvoll.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 2 wird nach den Worten „erforderlich ist“ ergänzt „darüber hinaus sind kassenspezifische Ergänzungen möglich“

Nr. 10 § 113 Absatz 4 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 113 Absatz 4 wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen. Dabei wird die Angabe „§ 136“ durch die Angabe „§ 135b“ ersetzt.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 11 § 115b Ambulantes Operieren im KH Absatz 1 Satz 3**A Beabsichtigte Neuregelung**

In § 115b Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 137“ durch die Angabe „§§ 136 bis 136b“ ersetzt.

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 12 § 120 SGB V Vergütung von Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Investitionskostenabschlag gemäß Absatz 3 Satz 2 soll von 10% auf 5% reduziert werden.

B Stellungnahme

Wie die Begründung zum KHSG zutreffend ausführt, dient die Regelung zum Investitionskostenabschlag der Vermeidung der Doppelfinanzierung von Anlagegütern. Während in der vertragsärztlichen Vergütung die Vertragsärzte sämtliche Betriebskosten, also auch Investitionen in Anlagegüter, aus der Vergütung für ärztliche Behandlungen bestreiten müssen, erhalten geförderte Krankenhäuser hierfür auf Antrag oder pauschaliert öffentliche Mittel. Dementsprechend sind in der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) Aufwendungen für Investitionen als Praxiskosten berücksichtigt worden. Eine Vergütung von ambulanten Behandlungen im Krankenhaus nach Maßgabe des EBM führt somit zu einer doppelten Finanzierung von Investitionskosten. Daher ist ein Abschlag sachgerecht, der die Vergütung um diejenigen Vergütungsbestandteile bereinigt, die der Deckung dieser Kostenart dienen sollen.

Inwieweit unter sachlichen Gesichtspunkten der derzeit geltende Investitionskostenabschlag der Höhe nach angemessen ist, wird in der Gesetzesbegründung nicht problematisiert. Als Motiv für die Senkung des Investitionskostenabschlags wird allein die Berücksichtigung des derzeitigen Förderumfangs genannt. Dies bedeutet nichts anderes, als dass die GKV über eine höhere Vergütung der ambulanten Leistungen am Krankenhaus die unzureichenden Fördermittel der Länder kompensieren soll. Damit übernimmt der Beitragszahler teilweise eine Finanzierungslast der Bundesländer. Diese Art der mittelbaren Staatsfinanzierung durch die Sozialkassen wird abgelehnt, stattdessen wird ein Beibehalten der Abschlagshöhe von 10% befürwortet.

Eine Investitionstätigkeit seitens der Krankenhäuser von grob 10 Prozent bezogen auf die Betriebskosten wurde auch im Rahmen der Beauftragung des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus bei der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz ermittelt. Zielsetzung war damals die Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen. Analog wird daher angeregt, die Inanspruchnahme der Anlage- und Investitionsgüter in Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte empirisch ermitteln zu lassen, um eine belastbare Grundlage für die Bestimmung des Investitionskostenabschlags zu schaffen.

C Änderungsvorschlag

1. Streichung der Neuregelung

2. In §120 Abs. 3 wird nach Satz 2 der folgende neue Satz 3 eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ermitteln gemeinsam die im Rahmen der ambulanten Behandlung nach Absatz 1 erfolgende Inanspruchnahme von Anlagegütern nach § 9 KHG; sie können mit der Ermittlung auch Dritte beauftragen.“

3. Die Sätze 3 und 4 werden zu den Sätzen 4 und 5.

Nr. 13 § 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 135b SGB V Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Neustrukturierung der Qualitätsregelungen im Neunten Abschnitt des SGB V. Die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 136 a.F.) werden ohne inhaltliche Änderung in den neuen § 135b SGB V überführt.

B Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Qualitätsregelungen im Neunten Abschnitt des SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 135c SGB V Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu geeigneten Empfehlungen zu Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten im Krankenhaus durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft werden neugefasst und weiterentwickelt. Diese Empfehlungen sollen sich insbesondere gegen Vertragsgestaltungen aussprechen, die finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen setzen und Zielvereinbarungen ausschließen, welche die Unabhängigkeit von medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Auf die Vereinbarung von Leistungsmengen, Leistungskomplexe und Messgrößen, z. B. eine Zielvereinbarung, die eine Prämie für das Erreichen von bestimmten Bewertungsrelationen, soll verzichtet werden. Finanzielle Anreize, die z. B. Hygienemaßnahmen oder Qualitätssicherung, fördern sind zu setzen.

In den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser müssen zur Erhöhung der Transparenz von Zielvereinbarungen betroffene Leistungen oder Leistungsbereiche offengelegt werden. Dabei ist der betroffene Leistungsbereich beziehungsweise die betroffene Abteilung darzustellen, um Zielvereinbarungen, die nicht den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft entsprechen, insbesondere Patientinnen und Patienten hinreichend zu informieren und Nachfragen zu ermöglichen.

B Stellungnahme

Die Verpflichtung der DKG zur Erarbeitung von Empfehlungen in wurde neugefasst und weiterentwickelt. Die Konkretisierungen sind zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 136 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Allgemeine Anmerkung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt im Vierten Kapitel Neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, eine Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen der §§136 bis 137 (alt) und Überführung (inklusive Ergänzungen) in die §§ 135b bis 137 (neu). Im Folgenden wird auf die (Teil-) Übernahme bestehender Regelungen in die neuen §§ nicht eingegangen. Es wird lediglich zu wesentlichen Änderungen oder neueingefügten Regelungsinhalten Stellung genommen.

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur besseren Übersichtlichkeit und Verständlichkeit stellt nun § 136 neu die Grundnorm für Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 für die Vorgaben der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung allgemein dar.

Aufgrund der Umstrukturierung erfolgten redaktionelle Anpassungen insbesondere zu Verweisen. Der Regelungsinhalt bleibt insoweit weitgehend unberührt.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 136a SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Allgemeine Anmerkung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt im Vierten Kapitel Neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, eine Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen der §§136 bis 137 (alt) und Überführung (inklusive Ergänzungen) in die §§ 135b bis 137 (neu). Im Folgenden wird auf die (Teil-) Übernahme bestehender Regelungen in die neuen §§ nicht eingegangen. Es wird lediglich zu wesentlichen Änderungen oder neueingefügten Regelungsinhalten Stellung genommen.

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 136a neu werden jetzt die vom Gesetzgeber konkret aufgegebenen Richtlinienaufträge an den G-BA für ausgewählte Bereiche geregelt (bisher § 137 alt). 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 ihre 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, ihn 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.).

B Stellungnahme

Die Fristensetzung bzgl. der Hygieneindikatoren ist grundsätzlich zu begrüßen, wenn auch großzügig ausgelegt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 136b (neu) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Allgemeine Anmerkung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt im Vierten Kapitel Neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, eine Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen der §§136 bis 137 (alt) und Überführung (inklusive Ergänzungen) in die §§ 135b bis 137 (neu). Im Folgenden wird auf die (Teil-) Übernahme bestehender Regelungen in die neuen §§ nicht eingegangen. Es wird lediglich zu wesentlichen Änderungen oder neueingefügten Regelungsinhalten Stellung genommen.

A Beabsichtigte Neuregelung

Aus rechtssystematischen Gründen erfolgt eine Umstrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen. In diesem neuen Paragraphen werden die gesetzlich vorgesehenen Beschlüsse zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung verankert.

§136b Abs. 1 neu

Im Absatz 1 werden bestehende Vorgaben an den G-BA überführt. Die Vorgaben für Mindestmengen (Nr. 2) werden auf Grundlage höchstrichterlicher Rechtsprechung modifiziert. Ergänzt wird, dass der G-BA vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen hat (Nr. 4), die sich für den Abschluss von Qualitätsverträgen nach §110a neu SGB V eignen. Darüber hinaus hat der G-BA den Auftrag einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen festzulegen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen (Nr. 5).

§136b Abs. 2 neu

unverändert übernommene bestehende Regelung

§136b Abs. 3 neu

Es wird vorgeben, dass der G-BA Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen bei seinen Beschlüssen zu Mindestmengen vorsehen soll. Es erfolgen Vorgaben für in der Verfahrensordnung des G-BA zu regelnde Tatbestände im Zusammenhang mit Mindestmengen. Der G-BA soll die Auswirkungen der Mindestmengenregelungen evaluieren.

§136b Abs. 4 neu

Es erfolgen Klarstellungen zur Mindestmengenregelung, z.B. das bei Nichteinhaltung der Mindestmenge kein Vergütungsanspruch besteht. Die Krankenhäuser werden verpflichtet einmal jährlich die notwendigen Informationen zur Prognoseabschätzung zur Erreichung der Mindestmenge den Krankenkassen auf Landesebene zur Verfügung zu stellen. Der G-BA wird beauftragt das Nähere hierzu zu regeln. Konkretisierungen zur Prognoseschätzung werden auf Basis höchstrichterlicher Rechtsprechung umgesetzt. Bei Nichteinigung besteht der direkte Klageweg vor dem Sozialgericht ohne Vorverfahren.

§136b Abs. 5 neu

Unverändert übernommene bestehende Regelung, in der die Landesbehörde ermächtigt wird für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung über die Nichtanwendung der Mindestmengenregelung zu entscheiden. Auf Antrag des Krankenhauses entscheidet die Landesbehörde in diesen Fällen über einen Vergütungsanspruch.

§136b Abs. 6 neu

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. Dies sind z.B. die künftige Darstellung von häufig auftretenden Diagnosekombinationen (Haupt- und Nebendiagnosen), die Darstellung von Patientenbefragungsergebnissen, sofern diese der G-BA in seinen Richtlinien vorsieht und die Schaffung eines neuen Kapitels im Qualitätsbericht der Krankenhäuser mit einer laienverständlichen Darstellung mit besonders patientenrelevanten Informationen.

§136b Abs. 7 neu

Zu bestehenden Regelungen zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte wird vorgegeben, dass auch die Krankenhäuser ihren Qualitätsbericht leicht zugänglich auf ihrer Homepage zu veröffentlichen haben.

§136b Abs. 8 neu

Für die Erprobung der nach § 110a neu SGB V vorgesehenen Qualitätsverträge wird dem G-BA aufgetragen, die gemäß Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 zu bestimmenden vier Leistungen oder Leistungsbereiche aus dem stationären Bereich bis zum 31. Juli 2016 zu beschließen. Der G-BA hat das Institut nach §137a SGB V zu beauftragen die Auswirkungen nach Abschluss der Erprobung zu evaluieren, hierbei sind Krankenhäuser mit und ohne Qualitätsvertrag einzubeziehen.

§136b Abs. 9 neu

Den Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen (gem. Abs. 1 Satz 1 Nummer 5), hat der G-BA bis 31. Dezember 2016 festzulegen. Der G-BA hat das nähere Verfahren festzulegen, 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 veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach §137a SGB V vorzusehen und ihre Auswertung sicherzustellen. Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben in ein Informationsangebot nach Satz 4 regelmäßig Angaben einzugeben, 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.

B Stellungnahme

§136b Abs. 1 neu

Die Anpassungen zu Mindestmengen (Absatz 1 Nr. 2) auf Grundlage höchstrichterlicher Rechtsprechung sind zu begrüßen. Die Ergänzung der Beauftragung des G-BA zur Beschlussfassung für vier Leistungen oder Leistungsbereichen (Absatz 1 Nr. 4), die sich für den Abschluss von Qualitätsverträgen nach §110a neu SGB V eignen sind ebenfalls zu begrüßen. Zur Ergänzung in Absatz 1 Nummer 5 (Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen) wird in Absatz 9 Stellung genommen.

Siehe auch zu Artikel 2 Nummer 5d zu § 5 Absatz 3a KHEntgG.

§136b Abs. 3 neu

Übergangsregelungen zu Mindestmengenvorgaben müssen so gestaltet werden, dass ungewollte Versorgungsengpässe vermieden werden, aber gleichwohl die beabsichtigte Wirkung auf die Versorgung zum Tragen kommt. Ausnahmen sind hingegen aus Patientenschutzgründen abzulehnen. Eine Mindestvoraussetzung muss sein, dass Krankenhäuser, die unter Übergangsregelungen fallen, hohe Qualität nachweisen.

§136b Abs. 4 neu

Die Klarstellungen zu Mindestmengenregelungen des G-BA sind sinnvoll und teilweise durch höchstrichterliche Rechtsprechung begründet. Die Ausführungen zum Vergütungsanspruch sowie zur Prognoseschätzung, hier insbesondere die jährliche Nachweispflicht der Krankenhäuser sind zu begrüßen. Dieser Nachweis ist entsprechend der Bestimmungen des G-BA in seinen Richtlinien pro Krankenhaus, pro Standort bzw. pro Arzt notwendig, dies sollte klargestellt werden.

§136b Abs. 5 neu

Obwohl unverändert aus gültigem Recht übernommen, sollte hier ergänzt werden, dass im Rahmen einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung an den Landesgrenzen kein Halt gemacht werden darf (gemäß § 6 Absatz 2 KHG). Ergänzend sollten die Landesbehörden hierzu einer schriftlichen Begründungspflicht unterliegen.

§136b Abs. 6 neu

Die Erhöhung des Informationswertes der strukturierten Qualitätsberichte für Patientinnen und Patienten ist uneingeschränkt zu unterstützen.

§136b Abs. 7 neu

Grundsätzlich ist Leistungstransparenz der Krankenhäuser zu begrüßen.

§136b Abs. 8 neu

Die Berücksichtigung von Krankenhäusern mit und ohne Qualitätsvertrag im Rahmen einer Evaluation erscheint sinnvoll.

§136b Abs. 9 neu

Ein Zu- und Abschlagssystem muss bürokratiearm, leistungs- und zielorientiert ausgestaltet sein. Zuschläge für überdurchschnittliche Qualität bei der Versorgung von Pati-

entinnen und Patienten sollten ausschließlich im Rahmen von kassenspezifischen Qualitätsverträgen vereinbart werden können. Vergütungsabschläge für schlechte Qualität sind aus Patientensicht problematisch, noch als alleiniges Element dazu geeignet, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erwirken. Daher können Abschläge nur ein eng zeitlich befristetes Element in einem Maßnahmenkatalog sein, an dessen Ende Leistungsausschlüsse bei fehlender Verbesserung stehen. Es sollte aber verstärkt dafür Sorge getragen werden, dass die qualitätsorientierten Vorgaben und Maßnahmen des G-BA zeitnah sowie verbindlich umgesetzt werden, dabei sind auch die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht außer Acht zu lassen. Schlechte Qualität muss letztendlich von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Umfängliche Qualitätszuschläge in der Regelversorgung sind nicht gerechtfertigt, da gute Qualität der Versorgung zu den berechtigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten sowie der Krankenkassen gehört. Die von Abschlägen betroffenen Leistungen sollten im Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufgeführt werden. Der G-BA sollte bis zum 31. Dezember 2020 einen Evaluationsbericht vorlegen.

Es sollte überdacht werden, ob eine Halbierung des Fixkostendegressionsabschlages bei nachgewiesener hervorragender Qualität sinnvoll erscheinen könnte.

Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d zu § 5 Absatz 3a neu.

C Änderungsvorschlag

zu Absatz 1:
Keiner

zu Absatz 2:
Keiner

Zu Absatz 3:
In Satz 1 werden die Wörter „Ausnahmetatbestände und“ gestrichen.

Hilfsweise:
Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 neu eingefügt: „Sollten mehrere Ausnahmetatbestände vorliegen, ist eine Kumulation nicht möglich.“

In Satz 1 wird hinter den Worten „unbillige Härte“ das Wort „insbesondere“ gestrichen.

Zu Absatz 4:
Nach Satz 5 wird folgender Satz angehängt: „Dabei hat er für eindeutige Identifikationsmöglichkeiten für den Arzt (Lebenslange Arztnummer), Standort oder Betriebsstätte (Standortidentifikationsnummer) und Krankenhaus je nach Richtlinienbeschluss Sorge zu tragen.“

Zu Absatz 5:
Nach Satz 1 werden folgende zwei Sätze eingefügt: „Dabei ist die Bedeutung der Versorgung durch Krankenhäuser anderer Länder zu berücksichtigen. Ist diese wesentlich,

ist insoweit zwischen den Ländern eine Ausnahme von der Mindestmengenregelung abzustimmen.“

Folgender Satz wird an Absatz 5 angehängt: „Entscheidungen zur Nichtanwendung des Absatzes 4 Satz 1 und 2 sind zu begründen und zu veröffentlichen.

zu Absatz 9:

An Absatz 9 wird folgender Satz angehängt: „Die betroffenen Leistungen mit Qualitätsabschlägen sind im Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu veröffentlichen.

Der G-BA hat zum 31. Dezember 2020 einen Evaluationsbericht vorzulegen.“

Nr. 14 § 136c (neu) Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Allgemeine Anmerkung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt im Vierten Kapitel Neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, eine Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen der §§ 136 bis 137 (alt) und Überführung (inklusive Ergänzungen) in die §§ 135b bis 137 (neu). Im Folgenden wird auf die (Teil-) Übernahme bestehender Regelungen in die neuen §§ nicht eingegangen. Es wird lediglich zu wesentlichen Änderungen oder neueingefügten Regelungsinhalten Stellung genommen.

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1

Die vom G-BA zu beschließenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen den Ländern Kriterien für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung nach § 8 Absätze 1a und 1b Krankenhausfinanzierungsgesetz als Empfehlung übermittelt werden. Sie werden nach § 6 Absatz 1a Bestandteil des Krankenhausplans, soweit die zuständige Landesregierung dies nicht durch Rechtsverordnung ausschließt. Erste Beschlüsse des G-BA sind bis zum 31. Dezember 2016 zu treffen.

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. Der G-BA hat sicherzustellen, dass die Krankenhäuser dem Institut nach §137a SGB V quartalsweise Daten liefern. Das Auswertungsverfahren inklusive strukturiertem Dialog soll um 6 Monate verkürzt werden. Die entsprechenden Daten sollen möglichst zeitnah, vollständig und valide den Ländern vorliegen.

Absatz 3

An Stelle der bislang vorgesehenen Vereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind zukünftig die Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA zu beschließen. In einer nicht abgeschlossenen Aufzählung gibt die Vorschrift dem G-BA vor, zu welchen Aspekten er Vorgaben bis zum 31. März 2016 zu beschließen hat. Dazu gehören Vorgaben zur Erreichbarkeit anderer Krankenhäuser in Minuten (Nr. 1), dazu wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht (Nr. 2) und für welche Leistungen eine notwendige Vorhaltung sicherzustellen ist (Nr. 3). Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach Absatz 1 sind dabei zu berücksichtigen.

Absatz 4

Der G-BA erhält den Auftrag, ein Stufensystem der Teilnahme an der Notfallversorgung bis zum 31. Dezember 2016 festzulegen. Die Entwicklung eines solchen Stufensystems 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. Der G-BA ist verpflichtet, festgelegte planungsrelevante Qualitätsindikatoren bei den Vorgaben für die Notfallversorgung zu berücksichtigen, soweit diese hierfür Relevanz besitzen.

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 KHEntgG 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 KHEntgG zu erheben.

B Stellungnahme

zu Absatz 1

Die Aufnahme von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung wird begrüßt.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefassten Beschlüsse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind nicht als Empfehlungen sondern als Richtlinie im Sinne einer verbindlichen Vorgabe zu verstehen. Die Ausnahme durch die Landesregierungen über Landesrecht setzt höhere Hürden für eine Abweichung von diesen Vorgaben im Vergleich zu Rechtsverordnungen oder Feststellungsbescheiden.

Sofern ein Land von den Qualitätsvorgaben „nach unten“ abweichen sollte, ist es erforderlich, dass die Länder verpflichtet werden, im Sinne der Patientenorientierung bei Nichtanwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren diese Ausnahme zu begründen und an geeigneter Stelle (z.B. Internetseite des G-BA) zu veröffentlichen. Damit wird auch die transparente Möglichkeit geschaffen, bei Behandlungsfehlern, die auf die Nichtanwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zurückzuführen sind, den Klageweg einer Patientin oder eines Patienten gegen die Landesregierung zu beschreiten (siehe hier auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 2 zu § 6 Absatz 1a neu KHG).

Die konkrete Zuordnung von Leistungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollte in den Gesetzestext aufgenommen werden, um die Operationalisierung möglicher Folgen bei schlechter Qualität aufwands- und bürokratieärmer zu ermöglichen.

zu Absatz 2

Die gesetzlichen Verfahrensvorgaben erscheinen sinnvoll. Insbesondere die Verkürzung des Auswertungsverfahrens inklusive des strukturierten Dialoges ist zu begrüßen. Die Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren benötigen auch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen gemäß § 109 SGB V, damit diese bei der notwendigen Auswahl geeigneter Krankenhäuser einfließen können. Die Vorgaben zur Erhöhung der Datenaktualität sollten auf die anderen Bereiche der gesetzlichen Qualitätssicherung der Krankenhäuser ausgeweitet werden. Auch in den Routinedaten ist ein Leistungsbezug sinnvoll, um die Qualitätssicherung und Weiterentwicklungsarbeit aufwandsarm mit Sozialdaten der Krankenkassen unterstützen zu können.

zu Absatz 3

Sicherstellungszuschläge sind – im Sinne einer Ultima Ratio – ein Instrument, das nur dann zur Anwendung kommen sollte, wenn zwingend bedarfsnotwendige Versorgungsstrukturen auf andere Weise vorübergehend nicht auskömmlich finanziert werden können. Sicherstellungszuschläge dürfen kein Instrument sein, das die qualitätsorientierte Krankenhausplanung konterkariert. Vor diesem Hintergrund ist es zunächst ordnungspolitisch zu begrüßen, dass der G-BA nunmehr einheitliche Vorgaben zu beschließen hat. Abweichungen von den Vorgaben des G-BA durch die Länder (gemäß § 5 Absatz 2 neu KHEntgG) sollten vermieden werden oder zumindest begründungspflichtig sein und an einen engen Kriterienrahmen gebunden werden. Es muss sichergestellt werden, dass Sicherstellungszuschläge nur für bedarfsnotwendige Krankenhäuser möglich sind und keine Doppelfinanzierung mit weiteren Zuschlägen (z.B. Notfallzuschlag) erfolgt. Eine eindeutige Zuordnung und Identifikation der Standorte oder Betriebsstätten sollte zur Umsetzung durch eine definierte Standort-/ Betriebsstättennummer erfolgen. Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 5b zu § 5 Absatz 2 neu KHEntgG.

zu Absatz 4

Es ist sinnvoll, dass der G-BA differenzierte Notfallversorgungsstufen festlegt, leider unterbleibt ein umfassender Ansatz zur Neugestaltung einer sektorübergreifenden Notfallversorgung. Ein ehrgeizigerer Zeitplan wäre wünschenswert (lange Umsetzungsfrist auf Bundesebene bis 31. Juli 2017 gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 neu KHEntgG). Die Festlegung verschiedener Versorgungsstufen mit unterschiedlichen Zuschlägen unter Einbindung des InEK ist notwendig. Auch das Erheben von Abschlägen für Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ökonomisch nachvollziehbar. Es wäre jedoch folgerichtig, diese Krankenhäuser für die Erbringung von Notfalleleistungen auszunehmen und dies der Bevölkerung in geeigneter Weise zu vermitteln sowie mit den anderen Rettungsstrukturen abzustimmen.

Basis der Umsetzung ist jedoch eine Verbindlichkeit der Umsetzung der G-BA Vorgaben, so dass für die Mitwirkung der Länder zumindest eine juristische Sollbestimmung angebracht ist (Siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 2 zu § 6 Absatz 1a neu KHG).

C Änderungsvorschlag

a) Zu Absatz 1:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 neu ergänzt: „Die konkrete Zuordnung von Leistungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird dabei vorgenommen.“

In Satz 2 Austausch des Wortes „Empfehlung“ durch das Wort „Richtlinie“.

(Des Weiteren siehe Änderungsvorschläge zu Artikel 1 Nummer 2 zu § 6 Absatz 1 a neu KHG.)

b) Zu Absatz 2:

In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesbehörden“ die Wörter „und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen“ eingefügt.

c) Zu Absatz 3:

keine

(siehe Änderungsvorschläge zu Artikel 2 Nummer 5b zu § 5 Absatz 2 neu KHEntgG)

d) Zu Absatz 4

Nach Satz 3 wird ein neuer Satz eingefügt: „Die gestufte Notfallversorgung findet in den Krankenhausplänen der Länder Berücksichtigung. Zuschläge sind erst nach Aufnahme in den Krankenhausplan durch die Landesbehörde zu vergüten.“

Nr. 14 § 136d (neu) Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Allgemeine Anmerkung:

Der Gesetzgeber beabsichtigt im Vierten Kapitel Neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, eine Neustrukturierung der Qualitätssicherungsregelungen der §§136 bis 137 (alt) und Überführung (inklusive Ergänzungen) in die §§ 135b bis 137 (neu). Im Folgenden wird auf die (Teil-) Übernahme bestehender Regelungen in die neuen §§ nicht eingegangen. Es wird lediglich zu wesentlichen Änderungen oder neueingefügten Regelungsinhalten Stellung genommen.

A Beabsichtigte Neuregelung

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.

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 137 SGB V Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

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.

zu Absatz 1:

Es wird klargestellt, dass der G-BA gesetzlich ermächtigt und beauftragt ist, an die Nichteinhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen Konsequenzen zu knüpfen, die entsprechend dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz stufenweise einzusetzen sind. Hierfür hat er ein gestuftes System von angemessenen Folgen vorzusehen, welche bei Qualitätsverstößen zur Anwendung kommen. Der Gesetzgeber gibt einen nicht abschließenden Katalog von relevanten Durchsetzungsmaßnahmen auf. Geregelt werden insbesondere Konsequenzen finanzieller Art wie Vergütungsabschläge oder sogar das Entfallen des Vergütungsanspruchs (Nummer 1 und 2). Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bei Krankenhausleistungen. Der G-BA ist nach Nummer 3 darüber hinaus ermächtigt, einrichtungsbezogene Informationen über Qualitätsverstöße an Dritte weiterzugeben. 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 Frage kommen. Die Maßnahmen sowie die Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, sind grundsätzlich in den betreffenden Richtlinien zu den jeweiligen Qualitätsanforderungen zu regeln und zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen gegen Qualitätsanforderungen kann von einem stufenweisen Vorgehen abgewichen werden.

zu Absatz 2:

Der G-BA wird verpflichtet, 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 2 durch entsprechende Dokumentationspflichten umzusetzen ist. Bei vom Krankenhaus verschuldeten Unterschreitungen hat er Vergütungsabschläge vorzusehen.

zu Absatz 3:

Für die Durchsetzung von Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung ist es von wesentlicher Bedeutung, dass deren Einhaltung kontrolliert wird. Das bisherige Fehlen

von Prüfmechanismen hat zu erheblichen Umsetzungsdefiziten bei der Erfüllung von Qualitätsanforderungen geführt. Durch die Regelung in § 275a neu erhält der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Aufgabe, die Einhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Krankenhaus anlassbezogen zu überprüfen. Die notwendigen Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind in einer Richtlinie zu regeln. Darin sind 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 zu treffen.

Fälle, in denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung einrichtungsbezogene Prüfergebnisse unverzüglich an Dritte weiterzugeben hat, hat der G-BA festzulegen. Bei besonders schwerwiegenden Verstößen gegen Qualitätsanforderungen und akuten Qualitätsmängeln muss der direkte Informationsfluss an die jeweils zuständigen Stellen gewährleistet sein. Die Festlegungen zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenversicherung sollen aufwandsarme Umsetzung unterstützen.

B Stellungnahme

zu Absatz 1:

Die gesetzliche Ermächtigung und Beauftragung des G-BA an die Nichteinhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen Konsequenzen zu knüpfen ist zu begrüßen.

Die vom Gesetzgeber in einer nicht abschließenden Liste vorgegebenen Maßnahmen erscheinen sinnvoll. Der Gesetzgeber sollte jedoch die Liste der Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, möglichst konkret vorgeben. Dies sollten die Krankenkassen, die Länder sowie der G-BA selbst sein.

Der Gesetzgeber sollte schon bei der Beauftragung des G-BAs die weitere Ausgestaltung konkreter Fragestellungen mitbeauftragen, wie z.B. die Prüfung der Erfüllung der Strukturanforderungen in den Prozedurenkodes (OPS), die Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht, die Umsetzung des Hygieneförderprogramms und des Pflegestellenförderprogramm etc..

zu Absatz 2:

Die Festschreibung der Dokumentationsrate für dokumentationspflichtige Datensätze auf 100 Prozent folgt einer langjährigen Forderung der GKV und ist daher sehr zu begrüßen. Zur Operationalisierung der Vergütungsabschlüsse nach § 8 Absatz 4 KHEntgG müssen die Kassen einrichtungsbezogen davon in Kenntnis gesetzt werden.

zu Absatz 3:

Grundsätzlich ist die Einführung von Prüfmechanismen und -verfahren zur Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA zu begrüßen.

Die Stellen, die Prüfaufträge an den MDK initiieren können, sollten möglichst abschließend im Gesetzestext festgehalten werden. Dies sollten die Krankenkassen und die Länder sein. Die Krankenkassen müssen grundsätzlich ein Beauftragungsrecht erhalten.

Verstöße gegen die Qualitätsanforderungen des G-BA, die im Rahmen dieser Prüfungen offenbar werden, sind den Krankenkassen mitzuteilen und zu veröffentlichen. Insbesondere bei erheblichen Verstößen (gem. Absatz 3 Satz 4) müssen die Krankenkassen unverzüglich einrichtungsbezogen informiert werden, selbst wenn sie nicht Prüfauftraggeber sein sollten.

Sollten neben den Krankenkassen und den Ländern weitere Stellen mit der Befugnis den MDK zu beauftragen benannt werden, ist eine Nutzerfinanzierung zu implementieren, wie es schon bei der Beauftragung durch die Länder vorgesehen ist (in Artikel 4 Nummer 24 zu § 281 SGB V). Die PKV ist an der Finanzierung zu beteiligen

C Änderungsvorschlag

a) zu Absatz 1:

In Satz 1 werden nach den Worten „§§ 136 bis 136c“ die folgenden Worte eingefügt: „und der Nichteinhaltung der Strukturvorgaben von OPS Kodes sowie der Umsetzung des Hygieneförderprogramm nach § 4 Absatz 9 KHEntgG und des Pflegestellenförderprogramm nach § 4 Absatz 8 KHEntgG.“

Satz 5 wird wie gefolgt gefasst: „Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13.“

Satz 6 neu wird eingefügt: „Die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt den Krankenkassen und den Ländern.“

b) Zu Absatz 2:

In Absatz 2 wird Satz 3 angefügt. „Zur Umsetzung der Vergütungsabschläge werden die Krankenkassen von den Unterschreitungen der Dokumentationsraten einrichtungsbezogen in Kenntnis gesetzt.“

c) Zu Absatz 3:

Es wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„Die Krankenkassen oder Länder beauftragen die Kontrollen.“

Satz 2 alt wird Satz 3 neu und wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft insbesondere Festlegungen, welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, zu Art, Umfang und zum Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen; er hat eine geeignete Form der Veröffentlichung festzulegen.“

Satz 4 alt wird wie folgt gefasst:

„Er legt fest, in welchen Fällen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an die Krankenkassen und an Dritte insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder zu übermitteln hat.“

Nach Satz 5 alt wird eingefügt: „An den durch diesen Paragraphen initiierten durch die Krankenkassen zu tragenden Verfahrenskosten beteiligt sie PKV gemäß ihres regionalen Versichertenanteils.“

Zur Nutzerfinanzierung siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 24 zu § 281 SGB V.

Nr. 15 § 137a SGB V Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben einer rein redaktionellen Anpassung in Absatz 3 Satz 3, verfolgt der Gesetzgeber mit der beabsichtigten Neuregelung und dem Anfügen des Absatzes 11neu das Ziel, den Ländern eine Grundlage für die Gestaltung und Weiterentwicklung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zur Verfügung zu stellen. Dazu werden künftig Erkenntnisse aus den Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung auf Antrag an die zuständigen Landesbehörden übermittelt. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, soweit erforderlich, auch einrichtungsbezogen sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Mit Hilfe dieser Daten sollen die zuständigen Landesbehörden in die Lage versetzt werden, die Versorgungsqualität der Krankenhäuser ihres Landes zu bewerten und in ihre Planungsentscheidungen einfließen zu lassen.

B Stellungnahme

Die Vorgabe unterstützt den Prozess einer Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung. Krankenhausplanung ist Aufgabe der Länder und somit sind erweiterte Mitwirkungsrechte nachvollziehbar.

Die Anwendung pseudonymisierter versichertenbezogener Einzeldatensätze für die einzelnen Landesbehörden bedarf jedoch unter Datenschutzaspekten eines sensiblen Umgangs.

Grundsätzlich gilt es, diese Neureglung dennoch zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 16 § 137b Absatz 1 und 2 SGB V Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Paragraph wird neugefasst, teilweise als redaktionelle Folgeänderung der Neustrukturierung im neunten Abschnitt. Die Beauftragungen des IQTIG werden konkretisiert. Es wird klargestellt, dass dem IQTIG keine Normsetzungskompetenz oder hoheitliche Befugnis zukommt. Die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse sind daher dem G-BA, als gesetzlich legitimer Institution, als Empfehlungen zuzuleiten. Dieser trifft die legitimierte Entscheidungen gemäß Aufgabenstellung. Unbeauftragte Selbstbefassungen des IQTIG werden hier aus Regelung ausgenommen.

B Stellungnahme

Zur Erarbeitung von unabhängigen wissenschaftlichen Ergebnissen nach Auftrag und zur Nutzung im G-BA sind die Regelungen zum IQTIG zu begrüßen. Die Möglichkeit des Instituts der unbeauftragten Selbstbefassung kann zu wichtigen Impulsen für qualitätsorientierte Diskussionen in der Selbstverwaltung führen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 17 § 137e SGB V Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 18 § 140f SGB V Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 19 § 221 Abs. 2 SGB V Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung aus der Einrichtung und Finanzierung des Strukturfonds nach §§ 12 bis 14 KHG sieht die geplante Regelung vor, dass der von der LKK zu leistende Finanzierungsanteil aus dem der LKK zustehenden Bundeszuschuss entnommen wird, wobei der Finanzierungsanteil zunächst auch pauschal festgesetzt wird.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine verfahrenstechnisch einfache Regelung, die den Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92 a SGB V entspricht.

Der Wortlaut des Gesetzesentwurfes verweist allerdings auf § 12 bis § 15 KHG. Da § 15 KHG nicht besteht, ist eine redaktionelle Anpassung der Neuregelung erforderlich.

C Änderungsvorschlag

In § 221 Absatz 2 SGB V wird Satz 3 wie folgt angepasst:

„§§ 12 bis 15“ wird ersetzt durch „§§ 12 bis 14“.

Nr. 20 § 271 Abs. 2 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung aus der Einrichtung und Finanzierung des Strukturfonds nach §§ 12 bis 14 KHG sieht die Neuregelung vor, dass die für den Strukturfonds erforderlichen Finanzmittel der Krankenkassen aus der Liquiditätsreserve entnommen werden. Die Entnahme ist auf einen Betrag von 500 Mio. Euro abzgl. des Finanzierungsanteils der LKK begrenzt und kann ab dem Jahr 2016 in Höhe der jeweils abgerufenen Mittel erfolgen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine verwaltungstechnisch einfache Regelung, die bzgl. des Finanzierungsanteils der LKK der Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V entspricht.

Die Regelung sieht vor, dass ausschließlich gesetzliche Krankenkassen die Aufgaben des Strukturfonds finanzieren. Dies ist nicht rechtmäßig. Denn Krankenhausleistungen stehen auch PKV-Versicherten zur Verfügung. Daher ist es erforderlich, die Unternehmen der PKV an der Finanzierung der Aufgaben des Strukturfonds angemessen, d.h. in Höhe von 10% des von den Krankenkassen zu tragenden Finanzierungsanteils, zu beteiligen. Der aus der Liquiditätsreserve dem Strukturfonds zuzuführende Betrag ist daher entsprechend zu reduzieren. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 5 KHSG (§§ 12 bis 14 KHG) wird verwiesen.

Der Wortlaut des Gesetzesentwurfes verweist allerdings auf § 12 bis § 15 KHG. Da § 15 KHG nicht besteht, ist eine redaktionelle Anpassung der Neuregelung erforderlich.

C Änderungsvorschlag

In § 271 Absatz 2 SGB V wird Satz 5 wie folgt angepasst:

- „bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro“ wird ersetzt durch „bis zu einer Höhe von 450 Millionen Euro“.
- „§§ 12 bis 15“ wird geändert in „§§ 12 bis 14“.

Nr. 21 § 275a SGB V Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neueinfügung des § 275a und die Folgeänderungen in den §§ 276, 277 und 281 setzen den Eckpunkt der Bund-Länder Arbeitsgruppe um. Dieser besagt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA und der Länder sowie zur Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung zukünftig u.a. unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen soll.

Die Neuregelungen schaffen hierfür den gesetzlichen Rahmen 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. Ferner klären die Vorschriften die Erfordernisse für die Mitwirkung der Krankenhäuser an den Kontrollen, die datenschutzrechtlichen Begleitregelungen und die Finanzierung der Kontrolltätigkeit des MDK.

Neben den GBA-Richtlinien soll der MDK zukünftig kontrollieren können, ob landesrechtlich geregelte Qualitätsanforderungen der Länder eingehalten werden.

Zu Absatz 1

Absatz 1 überträgt dem MDK die neue Aufgabe der Durchführung der Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA. 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 in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 näher zu bestimmenden Stellen. Die Kontrollen sind für alle Beteiligten möglichst aufwandsarm durchzuführen.

Zu Absatz 2:

Es wird festgelegt, dass Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Kontrollen sich abschließend aus dem konkreten Kontrollauftrag ergeben. In dem Auftrag ist anzugeben, was vom MDK im Einzelnen zu prüfen ist. Darüber hinaus werden die abstrakten Regelungsgegenstände enumerativ aufgeführt, die im Rahmen der Kontrollen des MDK geprüft werden können. Dies sind die Einhaltung der nach den §§ 136 bis 136c festgelegten Qualitätsanforderungen (Nummer 1). Die Überprüfung, inwieweit die vom G-BA im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung festgelegten Dokumentationspflichten erfüllt werden (Nummer 2). Zudem kann im Rahmen der Kontrollen des MDK auch überprüft werden, inwieweit die Qualitätsanforderungen der Länder - soweit solche landesrechtlich geregelt sind - erfüllt werden (Nummer 3). Um zu vermeiden, dass erhebliche Qualitätsmängel, die dem MDK im Rahmen seiner Kontrollen auffallen, aber nicht vom Kontrollauftrag abgedeckt sind, unberücksichtigt bleiben, wird er in Satz 4 verpflichtet, diese seinem Auftraggeber und dem Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen.

Zu Absatz 3

Bei Kontrollen bezüglich der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen Qualitätssicherung hat der G-BA dem MDK die notwendigen Unterlagen aus der externen stationären Qualitätssicherung vor einer Prüfung zu übermitteln.

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 soll die diese Kontrolle rechtfertigenden Anhaltspunkte sowie den konkreten Gegenstand und Umfang des Kontrollauftrags umfassen.

B Stellungnahme

Die Einsetzung des MDKs bei der Überprüfung der Einhaltung von Angaben zu externer stationärer Qualitätssicherung ist zu begrüßen. Die explizit genannte Möglichkeit die Richtigkeit der Dokumentation zu überprüfen stellt eine Weiterentwicklung der Prüfmöglichkeiten des MDKs im Vergleich z.B. der Überprüfung der Richtigkeit der Dokumentation in den Krankenhausabrechnungen dar.

Der Gesetzgeber sollte schon bei der Beauftragung des G-BAs die Möglichkeit der Prüfungsbeauftragung durch die Kassen festlegen sowie die weitere Ausgestaltung konkreter Fragestellungen beauftragen, wie z.B. die Strukturanforderungen in den Prozedurenkodes (OPS), die Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht, Umsetzung Hygieneförderprogramm und Pflegestellenförderprogramm etc..

Durch die Betonung der möglichst aufwandsarmen Prüfungen wird ein Verwertungsverbot bei der zufälligen Entdeckung weiterer fehlerhafter Tatbestände faktische eingeführt. Der MDK kann diese im Zusammenhang mit einem möglichst aufwandsarm durchgeführten Prüfverfahren bekannt gewordenen Verdachte/ Entdeckungen nach dieser Definition nicht mehr weiterrecherchieren sondern muss diese stattdessen an das Krankenhaus und die prüfenden Stellen weiterleiten.

Siehe auch die Stellungnahme zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 137 SGB V.

C Änderungsvorschlag

a) Zu Absatz 1:
keine

b) Zu Absatz 2:
An Absatz 2 wird folgender Satz angehängt: „Betreffen diese Qualitätsmängel erhebliche Verstöße gegen die Patientensicherheit kann der Prüfauftrag umgehend vom prüfenden MDK vor Ort erweitert werden, damit eine Gefährdung der Patientenversorgung ausgeschlossen werden kann.“

Hilfsweise

An Absatz 2 wird folgender Satz angehängt: „Betreffen diese Qualitätsmängel erhebliche Verstöße gegen die Patientensicherheit ist der Prüfauftrag umgehend vom Auftraggeber zu erweitern.“

c) Zu Absatz 3

Keiner

d) Zu Absatz 4:

Keiner

Es wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

„Die Krankenkassen können Prüfungen zu den Strukturanforderungen in den Prozedurenkodes (OPS), zur Umsetzung des Hygieneförderprogramms gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG und des Pflegestellenförderprogrammes gemäß § 4 Absatz 8 KHEntgG beauftragen.“

Nr. 22 § 276 SGB V Zusammenarbeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

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

zu Buchstabe b)

Die Änderung in Satz 2 sieht vor, dass die Datenübermittlung unmittelbar an den MDK zu erfolgen hat, wenn die Krankenkasse oder der MDK für eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert hat. Damit wird ein Anliegen der Bundesbeauftragten für den Datenschutz hinsichtlich der Übermittlung der vom MDK für die Einzelfallbegutachtung nach § 275 benötigten personenbezogenen Daten durch die Leistungserbringer aufgegriffen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Krankenkasse keine Kenntnis von den für die Begutachtung durch den MDK erforderlichen Daten erhält.

Bisher wurden die Unterlagen entweder direkt von den Leistungserbringern an den MDK übersandt oder von den Krankenkassen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung über diese an den MDK übermittelt. Dafür wird das sogenannte Umschlagverfahren genutzt. Die angeforderten Unterlagen werden dabei in einem verschlossenen Umschlag mit dem Hinweis, dass die Unterlagen nur für den MDK bestimmt sind, an die Krankenkasse gesendet. Der verschlossene Umschlag wird dann von der Krankenkasse an den MDK weitergeleitet. Mit der Neuregelung wäre es zwar weiterhin möglich, dass auch personenbezogene Daten von der Krankenkasse für den MDK angefordert werden können, ein Rücklauf hätte jedoch nur noch direkt an den MDK zu erfolgen. Die beabsichtigte Neuregelung steht nicht im Zusammenhang mit den neu eingeführten Qualitätskontrollen nach § 275a und den daraus resultierenden Folgeänderungen.

Zu Buchstabe c)

Der neue Absatz 4a schafft die erforderliche gesetzliche Grundlage für das Betretensrecht des MDK bei den Krankenhauskontrollen sowie die datenschutzrechtlichen Befugnisse für die Einsichtnahme in die erforderlichen Krankenunterlagen. Des Weiteren werden die hiermit korrespondierenden Pflichten auf Seiten der Krankenhäuser normiert. Das Krankenhaus ist verpflichtet, dem MDK Zugang zu den Räumlichkeiten und Unterlagen zu verschaffen. Es hat dabei Sorge zu tragen, dass alle Voraussetzungen vorliegen, damit der MDK seine Kontrollen ordnungsgemäß durchführen kann. Die Krankenhäuser sind auch verpflichtet, dem MDK Einsicht in personenbezogene Unterlagen zu gewähren sowie 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.

Die Überprüfungen durch den MDK sollen möglichst einheitlich, mittels eines standardisierten Vorgehens durchgeführt werden, um den Kontrollaufwand für alle Beteiligten zu reduzieren. Dafür ist es notwendig, insbesondere nicht näher definierte Qualitätsanforderungen, wie z. B. die Verfügbarkeit bestimmter personeller oder technischer Ressourcen so zu konkretisieren, dass diese sachgerecht, aufwandsarm und nach einheitlichen Vorgaben kontrolliert werden können. Diese Konkretisierung kann nur durch den G-BA erfolgen, da dieser die Qualitätsanforderungen festlegt.

In den Richtlinien nach § 137 Absatz 3 ist deshalb auch eine Operationalisierung der zu prüfenden Qualitätsanforderungen vorzunehmen. Der G-BA hat demnach festzulegen, welche Informationsquellen mit welchen personenbezogenen Daten in die Überprüfung von Qualitätsanforderungen einbezogen werden dürfen. Es kann sich hierbei beispielsweise um Operationsberichte, Röntgenbilder oder Laborwerte handeln. Zur Operationalisierung werden insbesondere auch Festlegungen zum Umfang der einzusehenden Unterlagen (z. B. Zahl der einzusehenden Patientenakten) erforderlich. Der Gesetzgeber kann die Krankenhäuser im SGB V nur insoweit zur Mitwirkung verpflichten, als es um die Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA geht. Da bezüglich der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder das 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.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe b)

Die Neuregelung ist abzulehnen, da hierdurch in der Vergangenheit bewährte und rechtlich abgesicherte Prozessabläufe negativ beeinträchtigt bzw. beseitigt werden.

Aus Sicht der AOK sind Verzögerungen bei den Prozessabläufen zwischen Krankenkasse, MDK und Leistungserbringer zu verhindern, da sich ansonsten negative Wirkungen für die Beratung und Betreuung der Versicherten und für das Leistungs- und Fallmanagement der Krankenkassen ergeben. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Krankenkasse „Herrin des Verfahrens“ bleibt, was auch in der Steuerung der Prozessabläufe zum Ausdruck kommen muss. So ist es auch künftig insbesondere erforderlich, dass die Anforderung und die – insbesondere terminliche – Überwachung des Eingangs von bei Leistungserbringern angeforderten Unterlagen bei den Krankenkassen liegen. Anderenfalls entstehen bei den Krankenkassen bezüglich der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (z. B. Entscheidungsfrist gem. § 13 Abs. 3a SGB V; eingeführt durch das Patientenrechtegesetz) Risiken, auf deren Minimierung sie nur begrenzt Einfluss hätten.

Unter Berücksichtigung dieser Prämissen ist es erforderlich, das bisher praktizierte und rechtskonforme Umschlagverfahren beizubehalten. Folgende Argumente stützen diese Positionierung:

- Das bei den Krankenkassen und MDKs etablierte Umschlagverfahren sichert reibungslose und zeitnahe Beratungs- und Genehmigungsprozesse im Interesse der Versicherten und des Leistungs- und Fallmanagements der Krankenkassen.

sen. Das vom BfDI vorgebrachte Argument, wonach einzelne Krankenkassen fehlerhaft gehandelt hätten, darf nicht dazu führen, dass erfolgreiche und datenschutzrechtskonform allgemein akzeptierte Verfahrenslösungen aufgegeben werden müssen. Vielmehr ist einem Fehlverhalten in Einzelfällen konsequent mit den im Datenschutz vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten entgegen zu wirken.

- Die geplanten Änderungen gehen auf Grund der damit einhergehenden verzögerten Prozessabläufe zu Lasten der Versicherten und konterkarieren zudem die Einhaltung vorgegebener Fristenregelungen (vgl. Entscheidungsfristen nach § 13 Abs. 3a SGB V; eingeführt durch das Patientenrechtegesetz).
- Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung geht von einer Zulässigkeit des Umschlagverfahrens aus. Das BSG hat in seinem Urteil am 28.02.2007 – B 3 KR 12/06 R – (vgl. RZ 17) folgendes ausgeführt: „Die „Übermittlung der Sozialdaten“ im Sinne des § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V geschieht in der Regel durch die vorübergehende Überlassung der Behandlungsunterlagen. Dabei steht es dem Krankenhaus frei, ob es die Unterlagen direkt an den MDK aushändigt oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt.“
- In der Gesetzesbegründung zur derzeit gültigen Fassung des § 276 Abs. 2 SGB V wird deutlich, dass mit der Neuregelung eine weitere und eben unmittelbare Weiterleitung von Daten von den Leistungserbringern an den MDK geschaffen, jedoch die bestehende Übermittlungsbefugnis nicht aufgehoben werden sollte. Diese Sichtweise ist auch aktuell zutreffend.

Die Datenerhebungsbefugnisse der Krankenkasse für die gesetzlich vorgesehene Vorprüfung im Hinblick auf die Erforderlichkeit der Einschaltung des MDK ergeben sich insbesondere aus § 284 Abs.1 Satz 1 Nr. 4 und 7 SGB V. Zu diesem Zeitpunkt ist ergebnisoffen, ob es überhaupt zu einer Beauftragung des MDK kommt.

Durch die Formulierung des vorgesehenen Satzes 2 „wenn die Krankenkasse ... für eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert hat“ besteht zudem das Risiko, dass sich Konsequenzen über das bisherige Umschlagsverfahren hinaus ergeben.

Konkret wird die Gefahr gesehen, dass künftig alle Sozialdaten (nicht nur medizinische Daten), die im Rahmen der ergebnisoffenen „Vorprüfung“, ob aufgrund von Art, Schwere, Dauer, Verlauf oder Häufigkeit der Erkrankung der MDK einzuschalten ist (oder eben nicht), nicht wie bisher an die Krankenkassen übermittelt werden dürfen, sondern ausschließlich unmittelbar dem MDK zur Verfügung gestellt werden müssten, der dann ggf. später gar nicht beauftragt werden muss. Vielmehr müssen die Daten dort verfügbar sein, wo sie für die Prüfung erforderlich sind. Das Verfahren der Vorprüfung ist eindeutig eine Aufgabe der Krankenkassen. Es ist nicht sachgerecht, dass die Entscheidung, ob der MDK aufgrund von Art, Schwere, Dauer, Verlauf oder Häufigkeit der Erkrankung einzuschalten ist, von den MDKs selbst getroffen wird.

Die vorgesehene Änderung würde das sozialrechtlich verankerte Vorverfahren unmöglich machen. Der im Gesetzentwurf beschriebene Weg ausschließlich über den MDK, würde faktisch eine Aufgabenverlagerung von den Krankenkassen zu den MDKs be-

deuten und damit auch zu einer erheblichen Mengenausweitung der durch den MDK zu bearbeitenden Fälle führen. Bei Umsetzung der vorgesehenen Neuregelung müssten entsprechende sächliche und personelle Strukturen beim MDK geschaffen werden, die dort zu entsprechend höheren Verwaltungsausgaben führen würden.

Zu Buchstabe c)

Die Neuregelung wird begrüßt. Mittels der Regelung in Absatz 4 a wird ein Verwaltungsablauf für die gutachterliche Prüfung und Stellungnahme nach § 275a Absatz 4a sowie nach § 137 Absatz 3 SGB V festgelegt. Das Verfahren zu den Qualitätskontrollen durch den MDK soll dabei möglichst einheitlich mittels eines standardisierten Vorgehens, welches durch den G-BA festgelegt und in seinem Umfang limitiert werden soll, durchgeführt werden. Die Wahl der Unterlagen für die Beurteilung erfolgt anhand einer Festlegung durch den G-BA.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Keiner

Zu Buchstabe b)

Die vorgesehene Änderung wird gestrichen.

Zu Buchstabe c)

Keiner

Nr. 23 § 277 SGB V Mitteilungspflichten

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 277 Absatz 1 Satz 4 ff. wird - wie in den Sätzen 1 bis 3 zur Einzelfallbegutachtung - auch für die Aufgabe der Qualitätskontrollen nach § 275a festgelegt, wem der MDK die Kontrollergebnisse mitzuteilen hat. Dies sind das geprüfte Krankenhaus und die den MDK beauftragenden Stellen nach § 275 Absatz 3 und Absatz 4. Die näheren Einzelheiten werden in der Richtlinie des G-BA nach § 137 Absatz 3 geregelt. Wenn der G-BA in seiner Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle festlegt hat, in denen es wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen wichtig ist, dass auch Dritte das Kontrollergebnis schnell erfahren, hat der Medizinische Dienst das Kontrollergebnis unverzüglich an die in der Richtlinie abschließend benannten Dritten zu übermitteln. Es wird auch die gesetzliche Legitimation dafür geschaffen, dass die Mitteilung des Ergebnisses personenbezogene Angaben enthalten darf. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind die personenbezogenen Daten dabei in der Mitteilung der Ergebnisse an den Auftraggeber und den Dritten zu pseudonymisieren. Eine unverschlüsselte Übermittlung personenbezogener Daten der Versicherten ist für eine Prüfung von möglichen Folgen aus dem Kontrollergebnis nicht erforderlich.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt.

Diese regelt, dass nach Abschluss einer Prüfung gemäß § 275a der Medizinische Dienst die Kontrollergebnisse dem geprüften Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber mitzuteilen hat. Eine Transparenz ist damit für alle Beteiligten gegeben. Bei erheblichen Verstößen gegen Qualitätsanforderungen sollen benannte Dritte, insbesondere die jeweils zuständige Behörden der Länder unverzüglich durch den Medizinischen Dienst über das einrichtungsbezogene Kontrollergebnis informiert werden, soweit die Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Fälle dafür festgelegt hat. In diesen Fällen sollten die Krankenkassen ebenfalls die Informationen einrichtungsbezogen erhalten. Diese Informationen müssen ebenfalls unverzüglich an die Krankenkassen übermittelt werden. Personenbezogene Daten können in der Mitteilung an den Auftraggeber und den Dritten pseudonymisiert übermittelt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

(siehe auch Änderungsvorschläge zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 137 SGB V)

Nr. 24 § 281 SGB V Finanzierung und Aufsicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird geregelt, dass die nach § 137 Absatz 3 in Verbindung mit § 275a (neu) 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 nach § 275a Absatz 4 sind nach § 275a Absatz 5 nutzerfinanziert. Die Kosten hierfür sind von den Ländern zu tragen.

B Stellungnahme

Die Länder werden mit der Neuregelung verpflichtet ihre Prüfaufträge an den MDK gemäß § 137 Absatz 3 in Verbindung mit § 275a zu finanzieren, dies ist zu begrüßen.

Sollten die Änderungsvorschläge zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 137 Absatz 3 SGB V bzgl. der Einschränkung der zur Beauftragung des MDKs berechtigten Stellen nicht umgesetzt werden, ist für alle berechtigten Stellen nach § 137 Absatz 3 eine Nutzerfinanzierung, wie bereits für die Länder vorgesehen, zu fordern.

C Änderungsvorschlag

Sollten die Änderungsvorschläge zu Artikel 4 Nummer 14 zu § 137 Absatz 3 SGB V nicht umgesetzt werden, sind folgende Änderungsvorschläge umzusetzen:

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 3 und 4“ eingefügt.

b) In Absatz 1a wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:
„Dies gilt auch für Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 und 4.“

Nr. 25 § 285 Abs. 1 SGB V Personenbezogene Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

**Nr. 26 § 299 Abs. 1. 1a und 3 SGB V Datenerhebung, verarbeitung und –
nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung**

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 27 § 303e Abs. 1 SGB V Datenverarbeitung und –nutzung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Keine

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 7 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt nach Absatz 1 am 01. Januar 2016 in Kraft mit Ausnahme der folgenden Regelungen:

1. Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 KHEntgG mit dem Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag (Absatz 2)
2. Die Regelungen zur weitergehenden Konvergenz der Landesbasisfallwerte nach § 10 Absatz 8 KHEntgG mit dem Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag (Absatz 2)
3. Die Regelung zum Strukturfonds nach § 12 KHG mit dem Tag der 2./3. Lesung des Gesetzes im Bundestag
4. Regelungen zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen und Zuschlägen für besondere Aufgaben nach § 5 Absatz 2 und 3 KHEntgG am 01. April 2016
5. Der Wegfall des Versorgungszuschlags nach § 7 Absatz 1 Nr. 8 KHEntgG aus der Aufzählung der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen zu Beginn des Jahres 2017.
6. Die Regelungen zu der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte nachgehenden Ermittlung des Bundesbasisfallwerts und zu den daraus resultierenden Ausgleichszahlungen nach § 10 Absatz 9 und 11 KHEntgG zum 1. Januar 2021

B Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu:

- Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe f und h zu § 10 Abs. 9 und 11

C Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu:

- Artikel 2 Nummer 10f und h zu § 10 Absatz 9 und 11 KHEntgG

Sonstiger Änderungsbedarf

Neufassung des § 3 Abs. 2 BPfIV Klarstellung zur Anwendung des doppelten Veränderungswertes

Änderungsbedarf

Die Kliniken, die bereits im Jahr 2015 in die Abrechnung des PEPP-Systems umgestiegen sind, wenden gem. § 3 Abs. 2 Satz 1 bereits seit 2015 eine Obergrenze in Höhe des doppelten Veränderungswertes an. Dadurch, dass die Ausgangsbasis für das Jahr 2016 damit bereits um den verdoppelten Wert erhöht wird, entfällt für diese Kliniken die Notwendigkeit, den Veränderungswert im Jahr 2016 nochmals zu verdoppeln. Ohne diese Berichtigung könnte sich die Obergrenze für die in 2015 bereits umgestiegenen Kliniken in den Jahren 2015 und 2016 auf rd. 10 % erhöhen, also vervierfachen (Erhöhung in 2015 von 2,53 % auf 5,06 % und auf die erhöhte Obergrenze nochmals den doppelten Veränderungswert in 2016). Diese Rechtsfolge ist mit den Zielen des Gesetzgebers nicht gedeckt. In der Begründung des GGV-FQWG heißt es, dass für Optierer als Anreiz ein „*Budgetanstieg bis zum zweifachen der ansonsten geltenden Obergrenze*“ zu vereinbaren ist (BT-Drs. 18/1657).

Für Kliniken, die im Jahr 2016 erstmals ins PEPP-System umsteigen, würde im Jahr 2016 auch weiterhin der doppelte Veränderungswert als Obergrenze gelten.

Änderungsvorschlag

§ 3 Abs. 2 BPfIV wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird der Passus „in den Jahren 2015 und 2016“ ersetzt durch die Wörter „im Jahr 2015 oder bei erstmaliger Einführung im Jahr 2016“

Sonstiger Änderungsbedarf

Neufassung des § 3 Abs. 5 BPfIV Regelung zu den Erlösausgleichen (Testate)

Änderungsbedarf

Es fehlt die für die somatischen Krankenhäuser in § 4 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG vorgegebene Regelung, dass die Erlöse eines Krankenhauses zu testieren sind. Dieser Punkt muss dringend ergänzt werden, da die Absicherung der Erlöse im pauschalisierten Entgeltsystem der Psychiatrie eine ebenso große Bedeutung hat wie in der Somatik.

Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 3 Abs. 5 BPfIV um den folgenden Zusatz hinter Satz 1: „Zur Ermittlung der Mehr- bzw. Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 vorzulegen.“