

BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 12. Mai 2015

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform
der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Detailkommentierung.....	9
Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	9
Nr. 2.....	9
§ 6 (Krankenhausplanung und Investitionsprogramme)	
Nr. 3.....	11
§ 8 (Voraussetzungen der Förderung)	
Nr. 5 (Einfügen von §§ 12 bis 14 - neu –).....	13
§ 12 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen	13
§ 13 Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	15
§ 14 Auswertung der Wirkungen der Förderung	16
Nr. 7.....	17
§ 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)	
Nr. 8.....	20
§ 17 c (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss)	
Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	23
Nr. 4.....	23
§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)	
Nr. 5.....	26
§ 5 (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen)	
Nr. 10.....	29
§10 (Vereinbarung auf Landesebene)	
Nr.11.....	36
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)	
Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	37
Nr. 9.....	37
§ 110a (Qualitätsverträge).....	
Nr. 14 (Ersetzung der §§136 bis 137 durch die §§ 135b bis 137 – neu – SGB V).....	39
§ 135c (Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft)	39
§ 136b (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus)	40

§ 136c (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung)	43
§ 137 (Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses)	44
Nr. 21.....	47
§ 275a neu (Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst)	
Nr. 22.....	49
§ 276 (Zusammenarbeit)	
III. Weiterer Änderungsbedarf	51
RSAV	51
§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV und § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV	51
§ 39 Abs. 3 RSAV	53

I. Vorbemerkung

Nach dem ambulanten Sektor und dem zugehörigen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) nimmt der Gesetzgeber nun mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG) die Weiterentwicklung der stationären Versorgung in Angriff. Ziel des Entwurfes ist es, eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung auch künftig zu gewährleisten. Vor allem die Stärkung der Qualität rückt in den Mittelpunkt zahlreicher Maßnahmen.

Das BKK System begrüßt die Zielsetzung des Entwurfes und den Fokus auf eine verbesserte Qualität der Krankenhausversorgung ausdrücklich. Eine gute und gut erreichbare stationäre Versorgung der Patienten ist den Betriebskrankenkassen ein wichtiges Anliegen. Vor diesem Hintergrund sind bei den vorgesehenen Maßnahmen sowohl Licht als auch Schatten zu konstatieren. So gehen für die Betriebskrankenkassen einige Maßnahmen in die richtige Richtung, andere wiederum bleiben hinter den Erwartungen zurück. Insbesondere ist zu bedauern, dass die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder in dem Entwurf weitgehend außen vor bleibt: Die Länder haben sich lediglich auf eine Selbstverpflichtung festlegen lassen, die bisherige durchschnittliche Höhe der Investitionskostenförderung beizubehalten.

Qualitätsverträge

Qualitätsverträge können ein Instrument sein, um die Qualität der stationären Versorgung zu verbessern. Es ist jedoch sicherzustellen, dass möglichst alle Patienten an diesen Verbesserungen teilhaben können. Daher begrüßen es die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, dass bei der Ausgestaltung der Qualitätsverträge auch den Belangen mittelgroßer und kleinerer Krankenkassen Rechnung getragen wird: So soll es nicht nur Einzelkassen, sondern auch Zusammenschlüssen von Krankenkassen möglich sein, Verträge mit einzelnen Krankenhäusern zu schließen. Zudem ist eine Anti-Diskriminierungsklausel vorgesehen, nach der in einem Vertrag zwischen Krankenkasse(n) und Krankenhaus der Vertragsabschluss mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen nicht ausgeschlossen werden darf.

Qualitätszu- und -abschläge

Der Referentenentwurf sieht Zu- und Abschläge für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vor. Zu- und Abschläge im Bereich der Struktur- und Prozessqualität lehnen die Betriebskrankenkassen jedoch ab. Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität stellen als Mindeststandards eine in der Qualität gleichmäßig gute Versorgung der Patienten sicher und dürfen daher nicht mit Abschlägen sanktioniert oder mit Zuschlägen belohnt werden. Bei Unterschreitung der Mindeststandards muss vielmehr ein Vergütungsausschluss oder letztlich ein Ausschluss aus der Krankenhausplanung erfolgen.

Eine Zuschlags- und Abschlagsystematik sollte sich folglich nur auf Ergebnisqualitätsparameter erstrecken. Die Betriebskrankenkassen schlagen hier ein kostenneutrales Umverteilungsmodell vor, das den Fokus auf einen Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern legt: Auch hier wird zunächst ein Mindestniveau bezogen auf die zu erreichende Ergebnisqualität festgelegt. Bei Unterschreitung des Mindestniveaus erfolgt wiederum ein Vergütungsabschluss oder letztlich ein Ausschluss aus der Krankenhausplanung. Oberhalb dieses Mindestniveaus erfolgt eine Einteilung in einen unteren, einen neutralen und einen oberen Referenzbereich. Für Krankenhäuser im unteren Referenzbereich wird ein Abschlag vorgesehen, Krankenhäuser im oberen Referenzbereich erhalten hingegen Zuschläge. Ab- und Zuschläge entsprechen sich in ihrem Volumen. Damit erfolgt eine Umverteilung von Krankenhäusern im unteren zu denen im oberen Bereich.

Bei diesem Umverteilungsmechanismus erhalten die Krankenkassen keinen finanziellen Vorteil, anders als im Referentenentwurf vorgesehen. Krankenhäuser, die sich auf einem hohen Qualitätsniveau befinden, werden „belohnt“. Diejenigen im unteren Qualitätsbereich erhalten einen Anreiz, sich nach oben zu entwickeln.

Mindestmengen

Das BKK System befürwortet grundsätzlich die vorgesehenen Klarstellungen. Mindestmengen stellen sicher, dass die für eine Behandlung notwendige Erfahrung vorhanden ist und tragen damit zur Patientensicherheit und Qualität der Versorgung bei. Hält ein Krankenhaus die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Mindestmengen nicht ein, muss daher richtigerweise auch der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkassen entfallen. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Ausnahmetatbestände sollten sich nur auf die Sicherstellung der Versorgung in bestimmten Regionen beziehen.

Weiterentwicklung der Krankenhausplanung

Das BKK System hat bereits im Rahmen der Beratungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe mehrfach den Übergang zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung gefordert. Dem kommt der Referentenentwurf leider nur im dem Maße (und in Ansätzen) nach, wie es um die Feststellung von Unterversorgung und damit um die mögliche Gewährung von Sicherstellungszuschlägen geht. Den Betriebskrankenkassen ist dies zu kurz gegriffen: Auch bei der Feststellung, wo Überversorgung besteht und wo die Leistungserbringung in Form von Zentren gebündelt werden sollte, muss eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung zu Grunde gelegt werden. Dies fördert die gewollte Konzentration und Spezialisierung und führt damit zu einer verbesserten Qualität der Versorgung.

Im Hinblick auf die vorgesehene stärkere Qualitätsausrichtung der Krankenhausplanung ist es nach Auffassung des BKK Systems zu bedauern, dass die Qualitätsindikatoren des G-BA für die Länder nur empfehlenden Charakter haben sollen und die Länder deren Anwendung durch Landesrecht ganz oder teilweise ausschließen können. Im Sinne einer flächendeckenden Stärkung der Qualität sind jedoch verbindliche Vorgaben und damit eine verbindliche Implementierung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in die Krankenhauspläne der Länder er-

forderlich. Ein Ausschluss oder die Einschränkung der geltenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll lediglich zur Sicherstellung der Versorgung zulässig sein, begründet und an geeigneter Stelle veröffentlicht werden.

Strukturfonds

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass über einen Strukturfonds der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen gefördert werden soll. Der für den Fonds geplante Zeitraum von drei Jahren erscheint allerdings sehr kurz, um ausreichend Wirkung zu erzielen.

Es ist richtig, dass Mittel aus dem Fonds, der seitens der Krankenkassen mit einmalig 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gefüllt werden soll, nur zur Verfügung gestellt werden, wenn sich die Länder jeweils im gleichen Umfang beteiligen. Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen jedoch, dass die Länder als Antragssteller für Mittel aus dem Fonds vorgesehen sind. Um der Zielsetzung des Strukturfonds gerecht zu werden und insbesondere den Abbau von Überkapazitäten und eine Konzentration von Versorgungsangeboten zu erreichen, kommt als Antragsteller letztlich nur der Krankenhausträger in Betracht.

Um bei erfolgreich begonnenem Strukturwandel durch den Fonds eine nahtlose Fortführung zu ermöglichen, sollten die Ergebnisse der vorgesehenen Evaluation zeitnah vorliegen. Der Auftrag zur Evaluation muss daher deutlich früher erfolgen als bis Ende 2018.

Pflegestellenförderprogramm

Auch nach Auffassung des BKK Systems besteht in vielen Krankenhäusern Handlungsbedarf in der Pflege. Ohne ausreichende Personalkapazitäten ist keine qualitativ hochwertige Pflege möglich. Gleichzeitig ist der Pflegepersonalbedarf im DRG-System jedoch hinreichend berücksichtigt und eingepreist. Die bestehenden Defizite in der Pflege resultieren vielmehr aus der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Länder und den Überkapazitäten im Krankenhausbereich.

Außerdem hat die Vergangenheit gezeigt, dass ein Pflegestellenförderprogramm kein geeignetes Instrument ist, um die Pflegesituation in den Krankenhäusern nachhaltig zu verbessern. Die Betriebskrankenkassen stehen daher einem erneuten Pflegestellenförderprogramm kritisch gegenüber.

Möchte der Gesetzgeber dennoch an der Einführung eines neuen Pflegestellenförderprogramms festhalten, ist zumindest sicherzustellen, dass

- die Fördermittel überprüfbar ausschließlich für den eng definierten Fördertatbestand verwendet werden,
- die Mittel dauerhaft der Pflege zukommen und

- dass die Personalentwicklung seit dem letzten Förderprogramm Berücksichtigung findet.

Ohne Klärung der tatsächlichen Mittelverwendung und ohne sinnvolle Anschlussregelung nach Auslaufen des Förderprogramms darf darüber hinaus keine Festlegung auf eine Anschlussfinanzierung von bis zu 300 Mio. Euro pro Jahr erfolgen. Gleichzeitig halten die Betriebskrankenkassen es für unverzichtbar, ein entsprechendes Förderprogramm zu evaluieren.

Schlichtungsausschuss auf Landesebene

Die bisherigen Regelungen zu den Landesschlichtungsausschüssen werden der Intention des Gesetzgebers, die Sozialgerichte zu entlasten und das Prüfverfahren zu straffen, nicht gerecht. Der Zielsetzung der Straffung sind die Vereinbarungspartner mit der neuen Prüfverfahrensvereinbarung nachgekommen. Einer weiteren Prüfstufe bedarf es grundsätzlich nicht. Die Etablierung der Landesschlichtungsausschüsse hat vielmehr zu Verkomplizierung und Verlängerung der Verfahren geführt. Die Regelung sollte daher insgesamt gestrichen werden. Alternativ ist die Empfehlung des Bundesrates (BR-Drs. 641/1/14 vom 29.01.2015, S. 121 ff.) umzusetzen, welche klarstellt, dass die Schlichtung trotz des Urteils des Bundessozialgerichtes nicht als Verwaltungsakt zu qualifizieren ist.

Änderungen bei Landesbasisfallwert und Orientierungswert

Die Betriebskrankenkassen stehen einer Angleichung der Landesbasisfallwerte durch eine Anpassung der Spannbreite der Korridor Grenzen offen gegenüber, wenn damit die im RWI-Gutachten nicht erklärten Differenzen zwischen den einzelnen Landesbasisfallwerten auf ein begründbares Maß zurückgeführt werden können. Sowohl die asymmetrische Ausgestaltung des Korridors, als auch das ungleichmäßige Heranführen an die Korridor Grenzen lehnen die Betriebskrankenkassen jedoch ab. Vielmehr sollte ein symmetrischer Korridor gebildet werden, der eine ausgabenneutrale Umverteilung der Mittel zwischen den Ländern oberhalb der oberen Korridor Grenze und den Ländern an der unteren Korridor Grenze ermöglicht. Im Jahr 2016 sollte zudem eine Heranführung der Landesbasisfallwerte der jeweiligen Bundesländer sowohl an die untere als auch an die obere Korridor Grenze vollzogen werden. Ein temporäres Unterschreiten der unteren Korridor Grenze muss vollumfänglich möglich sein, auch für Fehlschätzungsausgleiche und -berichtigungen.

Das BKK System begrüßt die nachträgliche Ermittlung des bundeseinheitlichen Basisfallwertes auf Grundlage der für das jeweilige Jahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerte und die daraus resultierende Bestimmung der Basisfallwertkorridor Grenzen.

MDK

Der MDK ist ein Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit müssen auch die Krankenkassen, ihre Landesverbände und die Ersatzkassen, neben den im Entwurf bereits aufge-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 12. Mai 2015 zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)



fürten Stellen, zur Kontrolle der Qualitätsanforderungen beauftragungsberechtigt sein. Darüber hinaus sollten Zufallsstichproben in den Krankenhäusern gesetzlich festgelegt werden.

II. Detailkommentierung

Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2

§ 6 (Krankenhausplanung und Investitionsprogramme)

In § 6 wird nach Absatz 1 der folgende Absatz 1a eingefügt:

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

a) Gewünschte Änderung

Ersetzen des Wortes „Empfehlungen“ durch „Richtlinien“.

Streichen des Satzes 2 und Einfügen der folgenden Sätze: „Durch Landeskrankenhausgesetz kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist. Ein Abweichen ist zu begründen und zu veröffentlichen. Durch Landesrecht können zusätzliche Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.“

b) Begründung

Der BKK DV spricht sich für eine verbindliche Implementierung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in die Krankenhauspläne der Länder aus. Der G-BA erlässt bundesweit gültige Richtlinien, die eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sicherstellen. Jeder einzelne muss sich darauf verlassen können, dass auch über die jeweilige Landesgrenze hinaus die gleichen Qualitätserfordernisse Geltung beanspruchen. Ein (teilweises) Abweichen von Qualitätsindikatoren und deren Nichtumsetzung widerspricht dem System einer bundeseinheitlichen Qualitätssicherung und dem Anspruch einer patientengerechten Versorgung. Das Interesse der Allgemeinheit, das Einzelinteresse der Patienten und der Schutz der Gesundheit jedes Einzelnen überwiegen das wirtschaftliche Einzelinteresse. Insoweit sollte ein Ausschluss oder die Einschränkung der geltenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren lediglich zur Sicherstellung der Versorgung zulässig sein, begründet und an geeigneter Stelle veröffentlicht werden. Zur Stärkung der Patientensouveränität sollte für die Patienten und einweisenden Ärzte Transparenz bezüglich der Umsetzung von planungs-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 12. Mai 2015 zum
Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)



relevanten Qualitätsindikatoren herrschen, um eine selbstbestimmte Entscheidung
treffen zu können, welches Krankenhaus aufgesucht oder empfohlen wird.

Nr. 3

§ 8 (Voraussetzungen der Förderung)

§ 8 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 1a bis 1c eingefügt:

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

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

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

b) In Absatz 2 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.“ ersetzt.

a) Gewünschte Änderung

zu a)

Absatz 1a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 die Wörter „nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende“ ersetzen durch „länger als ein Jahr unzureichende“.

Absatz 1b wird wie folgt geändert:

Die Wörter „nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende“ ersetzen durch „länger als ein Jahr unzureichende“.

Die Wörter „, oder für die nicht nur vorübergehend Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart sind,“ werden gestrichen.

Absatz 1c wird wie folgt geändert:

„Die Absätze 1a und 1b finden keine Anwendung, sofern die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses unter den Voraussetzungen des § 6 Absatz 1a nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind.“

Zu b) Keine

b) Begründung

Die Regelungen in den Absätzen a und b sind grundsätzlich zu begrüßen. Die Regelung sollte dahingehend konkretisiert werden, dass die durch den G-BA aufgestellten planungsrelevanten Indikatoren verpflichtend umzusetzen sind. Der G-BA erlässt insoweit keine Empfehlungen, sondern Richtlinien. Auch sind die unbestimmten Rechtsbegriffe im Sinne des neuen § 5 Abs. 3a Krankenhausentgeltgesetzes zu konkretisieren.

Die (teilweise) Nichtaufnahme bzw. die (teilweise) Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan dient dem Allgemeinwohl der Bevölkerung. Die Nichteinhaltung von Qualitätsstandards muss mit Konsequenzen belegt sein, um die Regularien der Qualitätssicherung konsequent umsetzen zu können. Insoweit gibt der Gesetzgeber den Ländern ein Instrumentarium zur Durchsetzung bundeseinheitlicher Qualitätssicherungsinstrumente an die Hand.

Problematisch sind die Formulierungen in Absatz a und b hinsichtlich der Aufstellung der Kriterien. Es handelt sich bei „nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß“ um jeweils unbestimmte Rechtsbegriffe, die sowohl eine zeitliche als auch eine qualitative Komponente beinhalten. Hiermit unterwirft der Gesetzgeber die Anwendung der Ausschlussregelung einer erhöhten Voraussetzung. Die bisherigen Erfahrungen aus der Qualitätssicherung haben gezeigt, dass unbestimmte Formulierungen zu einer Rechtsunsicherheit auf Seiten der Beteiligten geführt haben. Der Gesetzgeber selbst hat dieses Problem erkannt und die Voraussetzungen der Mindestmengenregelung aufgrund einer BSG-Rechtsprechung angepasst. Entsprechend des vorgeschlagenen Umverteilungsmodells müssen Krankenhäuser oberhalb der Mindestqualitätsschwelle nicht ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.

Der Absatz 1c findet entsprechend der Argumentation zu Nr.2 nur dann Anwendung, wenn das Krankenhaus zur Sicherstellung der Versorgung im Krankenhausplan verbleiben muss.

Nr. 5 (Einfügen von §§ 12 bis 14 - neu –)

§ 12 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

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

a) Gewünschte Änderung

Streichen des Wortes „insbesondere“ in Satz 2.

b) Begründung

Der BKK DV begrüßt den Strukturfonds und dessen Zweckbestimmung. Angesichts des grundlegenden Reformbedarfs der Krankenhausstrukturen mit Blick auf Überkapazitäten, Spezialisierungsbedarf und Qualitätsausrichtung kann das vorgesehene Fondsvolumen nur als Einstieg in eine solche umfassende Reform angesehen werden. Für eine zielsichere Verwendung der Mittel ist die Realisierung der im Entwurf genannten Ziele sicherzustellen, daher ist von einer Relativierung der Ziele durch die Formulierung „insbesondere“ unbedingt abzusehen.

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

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

*Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür
ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht,*

*b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel
nach Nummer 2 zu erhöhen,*

4. die in Absatz 3 genannten Kriterien erfüllt sind.

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

a) Gewünschte Änderung

aa) Streichen der Wörter „antragstellende“ in Nr. 2 und Nr. 3.

ab) Streichen der Wörter „sich verpflichtet“ unter Nr. 3 sowie in der Folge ein redak-
tionell bedingter Austausch der Formulierungen unter Buchstabe a) „bereitstellt“
statt „bereitzustellen“ und unter Buchstabe b) „erhöht“ statt „zu erhöhen“.

b) Begründung

zu aa) Das Land ist nicht als Antragsteller für Fördermittel aus dem Fonds vorzuse-
hen, siehe Begründung zu § 13.

zu ab) Es ist sicherzustellen, dass die Länder zumindest die bisherige Höhe der Inves-
titionsfinanzierung aufrechterhalten.

*(3) Das Bundesministerium für Gesundheit, die Länder und der Spitzenverband Bund der Kran-
kenkassen vereinbaren bis zum 31. Dezember 2015 das Nähere*

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

a) Gewünschte Änderung

Ergänzen des folgenden Satzes nach Satz 1: „Diese Vereinbarung ist verbindlich für die Antragsteller, für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Länder und das BVA.“

b) Begründung

Die Ergänzung ist erforderlich, um die Umsetzung der Vereinbarung sicherzustellen.

§ 13 Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

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

a) Gewünschte Änderung

Streichung und Neuformulierung wie folgt:

„Zur Entscheidung über die Verteilung der Mittel wird auf Landesebene ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eingerichtet. Dieses Gremium entscheidet anhand der bundesweiten Kriterien auf Antrag der Krankenhäuser einheitlich und gemeinsam über die Vergabe der Fördermittel. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Das Gremium prüft die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Auf Basis der Entscheidung des Gremiums weist das Bundesversicherungsamt die Fördermittel zu.“

b) Begründung

Zweck des Strukturfonds soll es, neben der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen sein, Überkapazitäten abzubauen sowie stationäre Versorgungsangeboten und Standorte zu konzentrieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es zielführend, den Krankenhausträger als Antragsteller vorzusehen.

§ 14 Auswertung der Wirkungen der Förderung

Das Bundesversicherungsamt gibt bis zum 31. Dezember 2018 eine Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm oder der beauftragten Stelle von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Die Aufwendungen für die Auswertung werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 gedeckt. Auf der Grundlage der Auswertung legt das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag einen Bericht über den durch die Förderung bewirkten Strukturwandel vor.“

a) Gewünschte Änderungen

aa) Austausch von Satz 1 durch folgenden Satz: „Das Bundesversicherungsamt gibt eine Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels in Auftrag.“

ab) Streichen des Wortes „antragsstellenden“.

ac) Austausch von Satz 4 durch folgenden Sätze: „Ein erster Zwischenbericht, der als Grundlage zur Entscheidung über eine Fortführung des Strukturfonds dienen soll, ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2018 vorzulegen. Der Abschlussbericht ist bis zum 30. Juni 2019 vorzulegen. „

b) Begründung

zu aa und ac)

Mit der bisherigen Formulierung würde eine Auswertung erst im Laufe des Jahres 2019 erfolgen. Um bei erfolgreich begonnenem Strukturwandel durch den Fonds eine nahtlose Fortführung zu ermöglichen, sollten die Ergebnisse zeitnah vorliegen.

zu ab) Folgeänderung, siehe oben.

Nr. 7

§ 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

§ 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch folgende Absätze ersetzt:

(1)

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

1. die Notfallversorgung,
2. die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
3. Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität nach den Anforderungen von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,
5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses,
6. die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen,
7. die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung sowie für
8. den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6.“

a) Gewünschte Änderung

In Abs. 1a Nr. 3 das Wort „unzureichender“ ersetzen durch „ausreichender“.

Streichen von Nr. 5; die übrigen Nummern verschieben sich entsprechend.

[Hilfsweise siehe Artikel 2 Nr. 10c]

b) Begründung

Zu Abs.1a Nr. 3:

Der BKK DV lehnt insgesamt die im Referentenentwurf vorgesehene Zu- und Abschlagssystematik ab. Diese konterkariert die Qualitätsorientierung der Regelungen. Insbesondere Abschlüsse bewirken eine Qualitätsabsenkung in der Versorgung, die wiederum zu erheblichen Folgekosten im System führen kann. Das BKK System setzt sich für eine über das gesamte Bundesgebiet standardisierte Qualität der Patientenversorgung ein und möchte nicht an schlechter Qualität partizipieren. Die Patientensicherheit und eine gute Versorgungsqualität stehen im Mittelpunkt der Qualitätssicherung auf Bundesebene und sollen Wirkungen entfalten. In Anwendung dieses Grundverständnisses dürfen Mindeststandards nicht ad absurdum geführt werden, indem diese wiederum mit Zuschlägen zusätzlich vergütet oder mit Abschlägen sanktioniert werden. Sollte eine Zuschlags- und Abschlagssystematik etabliert werden, so kann sich diese nur auf Ergebnisqualitätsparameter erstrecken. Struktur- und Prozessqualitätsindikatoren definieren Mindeststandards und sind ohne weiteres messbar und auch nachprüfbar. Struktur- und Prozessqualität und deren Nichteinhaltung dürfen daher nicht mit Abschlägen sanktioniert oder mit Zuschlägen belohnt werden, weil diese Voraussetzungen eine in der Qualität standardisierte Versorgung der Patienten sicherstellen (siehe auch Begründung und Änderung zu § 137 Abs.1). Alle, die sich unterhalb der Mindestqualitätsschwelle bewegen, dürfen die bewertete Leistung oder den Leistungsbereich nicht (mehr) erbringen. Die Leistungen dürfen zukünftig nicht mehr zur Abrechnung gebracht werden und auch durch die Krankenkassen nicht mehr vergütet werden.

Einzig bei Ergebnisqualitätsindikatoren ist ein Umverteilungsmechanismus von den „schlechten“ zu den „guten“ Krankenhäusern denkbar. Dabei wird eine Qualitätsskala festgelegt, die jeweils Referenzbereiche für herausragende Qualität und für ausreichende, also noch dem Mindeststandard entsprechende Qualität, normiert. Der Begriff der unzureichenden Qualität ist insoweit missverständlich, weil es sich dabei begrifflich um eine Minderqualität/nicht ausreichende Qualität handeln sollte. Unzureichende Qualität sollte nach Ansicht des BKK DV die Vergütung ausschließen. Anhand dieser Qualitätsskala erfolgt eine Umverteilung der Mittel von unten nach oben. Befinden sich keine Krankenhäuser (mehr) im unteren Referenzbereich erübrigt sich die Umverteilung der Mittel. Damit erhalten die Krankenhäuser, die sich am unteren Ende befinden, einen Anreiz sich nach oben zu entwickeln. Gleichzeitig wird hiermit die Professionalisierung einzelner Fachabteilungen bzw. Krankenhäuser gestärkt, weil eine größere Fokussierung auf erfahrene Krankenhäuser erfolgt. Dieses Umverteilungsmodell oberhalb der Mindestqualität führt letztlich dazu, dass es für definierte Leistungen/Leistungsbereiche immer zu einer Umverteilung kommt, ein Anreiz zur Risikoselektion von vulnerablen Patientengruppen ist kleiner, als bei einem Zu- und Abschlagsmodell. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass Krankenhäuser die un-

terhalb der Mindestqualitätsschwelle Leistungen erbringen, von der Vergütung ausgeschlossen werden. Hiermit wird eine Etablierung von „Low-Budget-Krankenhäusern“ verhindert, die mit einem Vergütungsabschlag Leistungen weiterhin erbringen und zum Ausgleich Mengenausweitungen forcieren.

Siehe auch Begründung zu Artikel 2 Nr. 5 und Artikel 4 Nr. 14. Folgeänderungen im Hinblick auf das vorgeschlagene Umverteilungsmodell sind auch an anderer Stelle des Entwurfs ggf. erforderlich.

Zu Abs.1a Nr.5:

Nr. 5 ist ersatzlos zu streichen. Entsprechend der Begründung zu Nr.2 erlässt der G-BA Richtlinien zu Mindestqualitätsanforderungen. Der Inhalt der Richtlinien ist ein Verhandlungskompromiss der Träger des G-BA und kann nicht das Ideal einer Versorgungsqualität, sondern ein Mindestmaß abbilden, welches bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche standardisiert und damit als erforderlich und notwendig einstuft. Notwendige Vorhaltungen sind Verantwortlichkeiten, die das jeweilige Krankenhaus trifft, um eine adäquate Behandlung sicherzustellen, die dem medizinischen Standard entspricht. Letztlich wirken sich diese Vorhaltungen auch auf die Ergebnisqualität der Versorgung aus. Diese Mindestanforderungen sind daher nicht gesondert zu vergüten. Siehe auch Begründung zu Artikel 2 Nr. 5d, Nr. 10c.

Nr. 8

§ 17 c (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss)

§ 17c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „Vertragsparteien“ gestrichen und die Wörter „am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien“ eingefügt.

bb) In Satz 10 werden die Wörter „bis zum 31. August 2014“ gestrichen.

b) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ gestrichen.

bb) Satz 3 wird aufgehoben.

c) Nach Absatz 4b wird folgender Absatz 4c eingefügt:

„(4c) Gegen die Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Der Sozialrechtsweg ist auch dann gegeben, wenn die Schlichtungsstelle gemäß Absatz 4 Satz 10 oder ein vorläufiger Schlichtungsausschuss nach Absatz 4 Satz 11 die Aufgaben des Schlichtungsausschusses übergangsweise wahrnimmt. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage richtet sich gegen eine der am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien, nicht gegen den Schlichtungsausschuss. Vor der Erhebung von Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, ist das Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2000 Euro nicht übersteigt. Zur Durchführung des Schlichtungsverfahrens nach Satz 5 können die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien gemeinsam für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen, die anstelle des Schlichtungsausschusses entscheidet. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Anträge auf gerichtliche Aufhebung der Entscheidung sind gegen die jeweils andere am Schlichtungsverfahren beteiligte Partei zu richten, nicht gegen die Schlichtungsperson. Eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung der Schlichtungsperson findet nur statt, wenn geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

Weiterer Änderungsbedarf: Der bisherige Abs. 4 wird gestrichen. In Abs. 4b werden

die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“gestrichen.

**Sollte der Gesetzgeber an der vorgesehenen Regelung festhalten wollen, werden
hilfsweise die folgenden Änderungen vorgeschlagen:**

- a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst: "Der Schlichtungsausschuss soll auf eine gütliche Einigung zwischen den am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien hinwirken."
 - bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst: "Der Schlichtungsausschuss unterbreitet den Konfliktparteien einen Schlichtungsvorschlag".
 - cc) Die Sätze 10 und 11 werden gestrichen.

- b) Absatz 4b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „und der Schlichtungsausschüsse nach Absatz 4“ gestrichen.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt: „ Der Sozialrechtsweg ist nach Durchführung des Schlichtungsverfahrens nach Absatz 4 Satz 1 gegeben, die Klage richtet sich gegen die jeweils andere am Schlichtungsverfahren beteiligte Partei nach Absatz 4 Satz 2.“

b) Begründung

Die bisherigen Regelungen zu den Landesschlichtungsausschüssen und auch die vorgeschlagene Änderung entsprechen nicht der Intention des Gesetzgebers zu § 275 Abs.1c. Ziel sollte mit den Neuregelungen im Beitragsschuldengesetz die Entlastung der Sozialgerichte, aber primär die Straffung des Prüfverfahrens sein. Dieser Straffung sind die Vereinbarungspartner mit der neuen Prüfverfahrensvereinbarung bereits nachgekommen. Einer weiteren Prüfstufe bedarf es grundsätzlich nicht. Die im Rahmen des Beitragsschuldengesetzes getroffenen Neuregelungen sehen u.a. die Errichtung von Landesschlichtungsausschüssen vor. Diese sollen zur Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V angerufen werden können. Bereits in der Stellungnahme des BKK DV zum GKV-FQWG sowie zum GKV-VSG wurde auf die erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten hingewiesen. Im weiteren Verlauf begannen die Länder Vereinbarungen zur Errichtung der Landesschlichtungsausschüsse zu schließen oder haben Unterschriftenverfahren eingeleitet.

Ein Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B 3 KR 7/14 R) vom 08.Oktober 2014 stuft im Terminbericht vom 09.Oktober 2014 (Nr. 44/14) die Entscheidungen der Landes-

schlichtungsausschüsse als Verwaltungsakte und den Schlichtungsausschuss selbst als Behörde ein. Im jetzigen Referentenentwurf wird diese Auffassung unterstützt. Die Vereinfachung des Verfahrens und die Reduktion von Verfahrenskosten, wie vom Gesetzgeber gewollt, werden hierdurch verhindert. Ziel des Schlichtungsverfahrens ist ein „letzter“ Versuch zur Einigung vor Anrufung der Gerichte. Dieses Mediationsverfahren ist geprägt von der Suche nach Kompromisslösungen. Eine gesondert zu beklagende Entscheidung in verwaltungsverfahrenrechtlichem Sinne soll der Schlichtungsausschuss insoweit nicht treffen. Vielmehr kann das Ziel, die Sozialgerichte zu entlasten, nur dann nachhaltig erreicht werden, wenn eine Einigung vor der Anrufung der Gerichte auf Basis einer ausgleichenden Schlichtungsempfehlung durch die Parteien selbst erfolgt und nicht als Entscheidung von einer dritten Instanz vorgegeben wird. Aufgrund der mit der Etablierung der Landesschlichtungsausschüsse verbundenen Verkomplizierung und Verlängerung der Verfahren sollte die Regelung insgesamt gestrichen werden. Alternativ ist die Auffassung des Bundesrates, welcher die Schlichtung nicht als Verwaltungsakt qualifiziert, umzusetzen.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4

§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

§ 4 wird wie folgt geändert

....

h) Der neue Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenpflegegesetz“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“ eingefügt und die Angabe „2009 bis 2011“ durch die Angabe „2016 bis 2018“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „0,48“ durch die Angabe „0,15“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „0,96“ durch die Angabe „0,3“ ersetzt.

dd) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen“ eingefügt und die Angabe „30. Juni 2008“ durch die Angabe „1. Januar 2015“ ersetzt.

ee) Satz 6 wird aufgehoben.

ff) In dem neuen Satz 7 werden das Komma hinter dem Wort „Neueinstellungen“ durch das Wort „und“ ersetzt sowie die Wörter „und Arbeitsorganisationsmaßnahmen“ gestrichen.

gg) Der bisherige Satz 10 wird aufgehoben.

hh) Der neue Satz 9 wird wie folgt gefasst:

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

- ii) *In dem neuen Satz 11 wird die Angabe „Satz 12“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.*
- jj) *Der neue Satz 12 wird wie folgt gefasst:*

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

a) Gewünschte Änderung

Streichung der Neuregelung des Buchstaben h.

b) Begründung

Auch nach Auffassung des BKK DV besteht in vielen Kliniken Handlungsbedarf in der Pflege. Von höchster Bedeutung ist die Vorhaltung ausreichender Personalkapazitäten, um die Patienten qualitativ hochwertig zu versorgen. Gleichzeitig muss die Attraktivität des Pflegeberufs vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und dem sich abzeichnenden Fachkräftemangel gesteigert werden. Das betrifft an erster Stelle die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte. Experten sind sich allerdings einig, dass die bestehenden Defizite in der Pflege nicht aus einer mangelnden Refinanzierung durch das bestehende Vergütungssystem resultieren. Vielmehr wurden durch Einsparungen in der Pflege auch die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder ausgeglichen oder neue Stellen im ärztlichen Bereich geschaffen.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass ein Pflegesonderprogramm kein geeignetes Instrument ist, um die Pflegesituation in den Krankenhäusern nachhaltig zu verbessern. Nach den Erfahrungen des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in Krankenhäusern in den Jahren 2009 bis 2011 wurden die geförderten Personalstellen nur kurzfristig an den Krankenhäusern vorgehalten. In den meisten Kliniken wurden die Zusatzstellen aus diesem Pflegestellen-Förderprogramm längst wieder abgebaut, obwohl die Mittel den Krankenhäusern dauerhaft durch erhöhende Wirkung der Landesbasisfallwerte zu Verfügung gestellt wurden. Ein erneutes Pflegestellenförderprogramm würde daher insbesondere den Krankenhäusern nutzen, die das Pflegepersonal in den letzten Jahren unverhältnismäßig stark reduziert haben und die Krankenhäuser benachteiligen, die ausreichend Pflegekapazitäten vorgehalten und finanziert haben. Die Patienten hingegen würden nicht profitieren. Ein solches Nachjustieren bei der DRG-Systematik ist daher nicht zielführend, weil es nicht an den Ursachen einer unzureichenden Investitionsfinanzierung in Verbindung mit bestehenden stationären Überkapazitäten ansetzt.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an seinen Plänen zum Pflegeförderprogramm festhalten, ist folgendes sicherzustellen:

- 1) Die Mittel werden überprüfbar ausschließlich für den eng definierten Fördertatbestand verwendet.

Die Krankenkassen haben ein weitreichendes Überprüfungsrecht im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zu erhalten. Hierzu sollte der MDK die zweckentsprechende Mittelverwendung überprüfen können. Nicht sachgerechte Mittel sind verzinst zurückzuzahlen, Förderungen für Folgejahre sind damit ausgeschlossen und das Krankenhaus trägt in diesem Fall die Kosten der Überprüfung. Für eine zweckfremde Mittelverwendung hat die Geschäftsführung des Krankenhauses persönlich zu haften.

- 2) Die Förderung zielt auf eine nachhaltige Verbesserung der Pflegesituation ab.

Hierzu müssen sich die Krankenhäuser verpflichten, die Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte mindestens 5 Jahre nach dem Förderzeitraum nicht abzusenken. Ausnahmen, z.B. bei deutlich sinkender Leistungsmenge oder bei Schließung von Fachabteilungen, sind mit den Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen zu vereinbaren.

- 3) Die Personalentwicklung seit dem letzten Pflegestellenförderprogramm findet Berücksichtigung.

Eine Förderung sollte nur für die Anzahl der Pflegestellen möglich sein, die ab dem 01.01.2016 und zusätzlich zur Anzahl der zum 31.12.2011 beschäftigten Pflegekräfte geschaffen werden. In der vergleichenden Betrachtung sollte die allgemeine Leistungsentwicklung des Krankenhauses in diesem Zeitraum berücksichtigt werden. Zur Überprüfung hat das Krankenhaus den Vertragspartnern im Rahmen der Budgetverhandlungen ebenfalls eine überprüfbare Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen.

Nr. 5

§ 5 (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen)

§ 5 wird wie folgt geändert:

d) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 3a, 3b und 3c eingefügt:

„(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Qualitätszu- oder abschlag nach § 9 Absatz 1a Nummer 4. Qualitätszu- oder abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats an- zuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder abschlägen nicht mehr vorliegen. Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 unzureichende Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres ab dem Vereinbarungszeitpunkt zu beseitigen sind; in dieser Zeit sind keine Qualitätsabschläge zu erheben. Werden die Qualitätsmängel nicht innerhalb eines Jahres beseitigt, ist der vereinbarte Qualitätsabschlag zu erheben, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Erhebung weiterhin vorliegen; dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben; die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

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

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

a) Gewünschte Änderung

aa) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

„(3a) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung der Sicherstellung der Versorgung für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder ausreichender Qualität auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Qualitätszu- oder -abschlag nach § 9 Absatz 1a Nummer 4. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden und entsprechen sich in ihrem Volumen. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertragsparteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Unterschreitet ein Krankenhaus die erforderliche Qualität nach § 136 b Abs. 1 S. 1 Nr. 5 und Abs. 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dürfen für die jeweiligen Leistungen oder Leistungsbereiche keine Entgelte berechnet werden. Im Wiederholungsfalle gilt unter Berücksichtigung des S.1 § 8 Abs.1b Krankenhausfinanzierungsgesetz entsprechend.“

ab) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

Es wird ein neuer Satz 2 eingefügt.

„Die Ergebnisse der klinischen Sektionen sind beim Institut nach § 137a SGB V fallbezogen und anonymisiert zusammenzuführen.“

ac) Streichung des Absatzes 3c.

[Hilfsweise siehe Artikel 2 Nr. 10c]

b) Begründung

Zu aa)

Siehe Artikel 1 Nummer 3 und Artikel 4 Nr. 14 zu § 136 b SGB V. Der Umverteilungsmechanismus von den sich an der unteren Grenze der Qualitätsskala, aber noch im Zählbereich, befindlichen Krankenhäuser zu denen an der oberen Grenze, gilt nicht für die, die unterhalb der Mindeststandards liegen. Analog zur derzeitigen Mindestmengenregelung dürfen diese Krankenhäuser kein Entgelt berechnen. Bei wiederholter Unterschreitung der Mindestqualitätsschwelle wird der Feststellungsbescheid aufgehoben und das betreffende Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen.

Zu ab)

Das Interesse an einer Sektion ist für das Krankenhaus von Bedeutung und dient dem Erkenntnisgewinn für die Lehre. Insoweit ist die Finanzierung dieses Zieles im Interesse des Krankenhauses kein allgemeines Qualitätsinteresse. Daher sollte im Sinne einer Qualitätsausrichtung auch ein Erkenntnisgewinn für die Qualitätssicherung angestrebt werden.

Zu ac)

Hinsichtlich der Streichung von Abs.3c siehe Begründung zu Artikel 1 Nummer 7 zu § 1a Nr.5. Mindeststandards sind nicht separat zu vergüten.

Nr. 10

§10 (Vereinbarung auf Landesebene)

„§ 10 wird wie folgt geändert:

a) ...

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 4 wird aufgehoben.

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

b) Begründung

Die Abschaffung der absenkenden Berücksichtigung der Leistungszuwächse in den jeweiligen Bundesländern beim Landesbasisfallwert mit Wirkung ab den Landesbasisfallwertverhandlungen 2017 wird von Seiten der Betriebskrankenkassen abgelehnt. Es wird stark bezweifelt, dass die bisher basiswirksame Degression auf Landesebene durch den vom Gesetzgeber geplanten fünfjährig wirkenden Fixkostendegressionsabschlag kostenneutral abgelöst werden kann. Mit der Abschaffung der Mengendegression auf Landesebene wird den Krankenkassen eine wesentliche Möglichkeit der Preisregulierung genommen. Auch wenn der Gesetzgeber auf eine verursachungsgerechte Bezugnahme der leistungsmengenabhängigen wirtschaftlichen Vorteile des einzelnen Krankenhauses abzielt, sehen die Betriebskrankenkassen eine Degression des Landesbasisfallwerts als wirksames Mittel zur Mengenbegrenzung. Ein hausindividueller Abschlag mit einer Reihe von durchsetzbaren Ausnahmetatbeständen ist, das zeigen die Erfahrungen des Mehrleistungsabschlags, kaum ein Kriterium der Krankenhäuser, die Leistungszuwächse einzuschränken. Aus dem Fixkostendegressionsabschlag resultieren Vergütungsunterschiede, die sich zwangsläufig zwischen den Krankenhäusern entwickeln werden und die nicht die Grundsätze des DRG-Systems, der pauschalen, einheitlichen Vergütung vergleichbarer Leistungen, widerspiegeln. Zwangsläufig wird es zu Problemen führen, wenn sich die reale Vergütung der Krankenhäuser und die Landesbasisfallwerte u.U. jährlich weiter auseinander bewegen.

bbb) In Nummer 5 werden die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5a überschreiten“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1b Satz 1 überschreiten und die Ausgaben nicht bereits absenkend in Nummer 6 berücksichtigt werden“ eingefügt und nach dem Wort „Ausbildungskosten“ die Wörter „und die Erlöse für Palliativ-

stationen oder -einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtung vereinbaren,“ eingefügt.

a) Gewünschte Änderung

Streichung der geplanten Einfügung „und die Erlöse für Palliativstationen oder -einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtung vereinbaren,“

b) Begründung

Ausgabenentwicklungen von Palliativstationen oder -einrichtungen, deren Leistungen nicht über Fallpauschalen, sondern als besondere Einrichtungen finanziert werden, bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts unberücksichtigt zu lassen, wird als nicht sachgerecht abgelehnt. Eine Nichtberücksichtigung bei der Findung des „kollektiv“ wirkenden Landesbasisfallwerts schließt eine zielgenaue Förderung von palliativ-tätigen Einrichtungen aus. Insbesondere dann, wenn diese außerhalb des pauschalierenden Entgeltssystem vergütet werden.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Bei der Anwendung von Satz 1 Nummer 3 sind bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere die Produktivitätsentwicklung, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und Möglichkeiten zu Leistungsverlagerungen, zum Beispiel in die ambulante Versorgung, einzubeziehen, soweit diese nicht bereits anderweitig im Vergütungssystem berücksichtigt werden; hierbei bleiben die zusätzlichen Finanzmittel nach § 4 Absatz 8 und 9 unberücksichtigt.“

a) Gewünschte Änderung

Keine.

b) Begründung

Grundsätzlich begrüßen es die Betriebskrankenkassen, dass der Verhandlungstatbestand zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven konkretisiert bzw. erweitert wird. Problematisch dürfte es aus Sicht des BKK DV jedoch werden, die entsprechenden Verhandlungstatbestände auf Landesebene eindeutig abzugrenzen und der Höhe nach valide messbar zu machen und entsprechend zu beziffern. Dabei scheint es unwahrscheinlich, dass sich die Vertragspartner auf Bundesebene auf konkrete Empfehlungen zur Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven auf Landesebene verständigen werden.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren.“

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

b) Begründung

Der BKK DV lehnt die geplanten Regelungen zu § 5 Absatz 3c ab. Der G-BA legt in seinen Beschlüssen lediglich Mindestanforderungen an Prozess- und Strukturqualität fest. Diese sollten als Mindeststandard bereits heute von den Krankenhäusern im Rahmen der Leistungserbringung erbracht und umgesetzt werden. Eine Berücksichtigung der Kosten für diese Leistungen ist daher durch das DRG-System gewährleistet. Krankenhäuser, die diese Mindeststandards bisher nicht erfüllen, haben sich gegenüber anderen Krankenhäusern zu Lasten der Qualität und damit der Patienten einen Wettbewerbsvorteil geschaffen. Diese Krankenhäuser haben die vom G-BA beschlossenen Standards zu erfüllen oder sich aus der Versorgung entsprechender Leistungen zurückzuziehen. [Vgl. Artikel 1, Nr.7 a) Nr. 5]

Lediglich für den Fall, dass durch den G-BA deutlich höhere Standards als die Mindestanforderungen zur Leistungserbringung festgelegt werden, ist eine krankenhaushausindividuelle und zeitlich begrenzt zu vereinbarende Finanzierung dieser Mehranforderungen denkbar. Dazu hat der G-BA diese höheren Standards besonders auszuweisen und die Differenz zu den Mindeststandards aufzuzeigen. Hierzu sollte das InEK die Mehrkosten für diese zusätzlichen Anforderungen kurzfristig bewerten und dazu bundeseinheitliche befristete Zuschläge bestimmen. Nach Abbildung der Leistungen in den Relativgewichten der jeweiligen Fallpauschalen haben die befristeten Zuschläge zu entfallen. Eine Überführung in die LBFW wird abgelehnt, um eine Mehrfachberücksichtigung auszuschließen.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

cc) Folgender Satz wird angefügt: *„Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts zu prüfen.“*

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

b) Begründung

Der BKK DV spricht sich klar für eine transparente und umfassende Berechnung des Orientierungswertes aus. Etwaig angezeigte Weiterentwicklungen zur spezifischeren Abbildung der Kostenstrukturen in den Krankenhäusern und deren Entwicklung sind dabei zu befürworten und sollten nach Bedarf regelmäßig durch das Statistische Bundesamt erfolgen und bei der Ermittlung des jeweiligen Orientierungswertes berücksichtigt werden. Dabei müssen auch Produktivitätssteigerungen der Krankenhäuser bei der Ermittlung Einfluss finden.

Darüber hinaus lehnt der BKK DV die derzeitige und bis mindestens 2017 geplante Regelung zur Meistbegünstigungsklausel ab. Die ungerechtfertigte Finanzierung über die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser hinaus, wie dies in den vorangegangenen Jahren erfolgte, ist keinesfalls sachgerecht. Die Beitragszahler haben hier nicht begründbar die Mehrbelastungen zu tragen. Im Sinne des Grundsatzes der Beitragsstabilität muss auch bei vergleichender Betrachtung stets die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V die Obergrenze für die Veränderung der Landesbasisfallwerte bilden. Die uneingeschränkte Anwendung des vollen Orientierungswertes wird abgelehnt.

e) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „-1,25“ durch die Angabe „-1,02“ ersetzt.*
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2016 bis 2021 werden die Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen.“*
- cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleich von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, und von diesem Zwischenergebnis*
 - 1. 16,67 Prozent im Jahr 2016,*
 - 2. 20,00 Prozent im Jahr 2017,*
 - 3. 25,00 Prozent im Jahr 2018,*
 - 4. 33,34 Prozent im Jahr 2019,*
 - 5. 50,00 Prozent im Jahr 2020,*
 - 6. 100 Prozent im Jahr 2021**errechnet werden.“*

- dd) *In Satz 4 werden die Wörter „die Jahre 2010 und 2012“ durch die Wörter „das Jahr 2017“ ersetzt und werden die Wörter „Nr. 1 oder Nr. 2“ sowie die Wörter „des Absatzes 11 Satz 2 oder“ gestrichen.*
- ee) *Satz 5 wird aufgehoben.*
- ff) *Nach dem neuen Satz 6 wird folgender neue Satz 7 eingefügt: „Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt.“*
- gg) *Satz 8 wird wie folgt geändert:*
- aaa) *Nach den Wörtern „nach Satz 3“ wird die Angabe „oder 7“ eingefügt.*
- bbb) *Der Punkt am Satzende wird durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwert nicht entgegensteht.“ werden angefügt.*

a) Gewünschte Änderung

Streichung.

b) Begründung

Der BKK DV steht einer Angleichung der Landesbasisfallwerte durch eine Anpassung der Spannbreite der Korridor Grenzen offen gegenüber, wenn damit die im RWI-Gutachten nicht erklärbaren Differenzen zwischen den einzelnen Landesbasisfallwerten auf ein begründbares Maß zurückgeführt werden können. Dies sollte aus Sicht des BKK DV jedoch kostenneutral erfolgen.

Ein asymmetrisch ausgestalteter Korridor mit einer unteren Korridor Grenze von -1,02 Prozent unterhalb des Bundesbasisfallwerts und einer oberen Korridor Grenze von +2,5 Prozent oberhalb des Bundesbasisfallwerts wird abgelehnt. Vielmehr sollte ein symmetrischer Korridor gebildet werden, mit dem eine ausgabenneutrale Umverteilung der Mittel zwischen den Ländern oberhalb der oberen Korridor Grenze und den Ländern an der unteren Korridor Grenze ermöglicht wird.

Während die Bundesländer, die die untere Korridor Grenze unterschreiten im Jahr 2016 in einem Schritt an die untere Korridor Grenze herangeführt werden sollen, soll eine Angleichung der Bundesländer die oberhalb der oberen Korridor Grenze liegen, in sechs gleichen Schritten an die Grenze des Korridors herangeführt werden. Dies lehnt der BKK DV ab. Vielmehr würde eine sachgerechte Ausgestaltung durch eine gleichzeitige im Jahr 2016 vollzogene Heranführung der Landesbasisfallwerte der jeweili-

gen Bundesländer an die untere und obere Korridorgrenze erreicht werden. Eine erneute mehrjährige Konvergenz kann so vermieden werden.

Es wird begrüßt, dass eine Unterschreitung der unteren Korridorgrenze in Abhängigkeit von Landesspezifika ermöglicht wird, in dem die Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschläge durch abweichende Regelungen zu den G-BA-Vorgaben unabhängig von der Korridorgrenze absenkend berücksichtigt wird. Dies sollte auch für Fehlschätzungsausgleiche und –berichtigungen vollumfänglich möglich sein.

f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 3 wird die Angabe „31. Juli“ durch die Angabe „28. Februar“ ersetzt.*
- bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst: „Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist den Vertragsparteien auf Bundesebene spätestens bis zum 15. März jeden Jahres vorzulegen; die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren das Berechnungsergebnis als einheitlichen Basisfallwert und davon ausgehend den einheitlichen Basisfallwertkorridor bis zum 31. März jeden Jahres.“*

a) Gewünschte Änderung

Keine

b) Begründung

Der BKK DV begrüßt die nachträgliche Ermittlung des bundeseinheitlichen Basisfallwertes auf Grundlage der für das jeweilige Jahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerte und die daraus resultierende Bestimmung der Basisfallwertkorridororgrenzen. Die Vorgabe der Fristen nach Satz 3 (Übermittlung der Landesbasisfallwerte durch die Krankenhausgesellschaften an das InEK) und Satz 5 (Vorlage des Berechnungsergebnisses durch das InEK bei den Selbstverwaltungspartnern sowie Vereinbarung des Basisfallwertes und die Korridororgrenzen) wird daher als notwendig und folgerichtig angesehen.

g) Absatz 10 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.*
- bb) Folgender Satz wird angefügt: „Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.“*

a) Gewünschte Änderung

Keine.

b) Begründung

Bei den in Satz 1 formulierten Änderungen handelt es sich um durch die Gesetzgebung bedingte redaktionelle Anpassungen. Die in Satz 5 (neu) geplanten Regelungen sind aus Sicht des BKK DV konsequent in der Umsetzung der geplanten Umstellung auf den im Nachgang zu den Landesbasisfallwerten zu ermittelnden bundeseinheitlichen Basiswertes. Eine automatische Schiedsstelle bei fehlender Vereinbarung bis 30.11. erhöht die Konsensbereitschaft der Vertragspartner für eine zeitnahe Verhandlungslösung und sichert bei Festsetzung des Landesbasisfallwertes durch die Schiedsstelle die Einhaltung der Fristen nach Abs. 9 Satz 3 und Satz 5.

Nr.11

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

§ 11 wird wie folgt geändert:

- a) *In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ die Wörter „und der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkataloges nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.*

a) Gewünschte Änderung

Abs.1 S.1 wird wie folgt gefasst:

Nach den Wörtern „(§ 8 Abs.1 S.3 und 4)“ wird ein Komma und die Wörter „,die Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkataloges nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und der Vorgaben des § 136 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) Begründung

Anpassung aufgrund des vorgeschlagenen Umverteilungsmodells.

Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9

§ 110a (Qualitätsverträge)

Nach § 110 wird folgender § 110a eingefügt:

„§ 110a Qualitätsverträge

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

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren für die Qualitätsverträge nach Absatz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 die verbindlichen Rahmenvorgaben für den Inhalt der Verträge. Die Rahmenvorgaben, insbesondere für die Qualitätsanforderungen, sind nur soweit zu vereinheitlichen, wie dies für eine aussagekräftige Evaluierung der Qualitätsverträge erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit den Inhalt der Rahmenvorgaben fest.“

a) Gewünschte Änderung

Keine.

b) Begründung

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Der BKK DV hat sich seit Beginn der Diskussion zu Qualitätsverträgen für die Möglichkeit ausgesprochen, die Verträge kollektiv, aber auch kassenindividuell abschließen zu können. Auch Zusammenschlüssen von Krankenkassen soll es generell möglich sein Verträge zu schließen. Ziel solcher Qualitätsverträge ist es, ein Add on zu bestehenden Qualitätssicherungsvorgaben zu definieren, um die gesteigerten Qualitätskriterien einer breiten Basis von Versicherten zu

Gute kommen zu lassen. Gleichzeitig können so neue Instrumente auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden. Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente und Gestaltung der Verträge sollte das Potential der Verträge nicht durch zu hohe Anforderungen an die Evaluation gefährdet werden. Die Zurverfügungstellung höherer Qualitätsanforderungen, die aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen im GBA nicht vereinbart werden können, sollte dabei Vorrang vor den Anforderungen an eine Evaluation haben.

Die vorgesehene Anti-Diskriminierungsklausel wird ausdrücklich begrüßt. In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass der Abschluss von Qualitätsverträgen mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig ist bzw. deren vertragliche Gestaltungsfreiheit eingeschränkt wird.

Nr. 14 (Ersetzung der §§136 bis 137 durch die §§ 135b bis 137 – neu – SGB V)

§ 135c (Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft)

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

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

a) Gewünschte Änderung

aa)

In Absatz 1 wird der letzte Satz wie folgt ergänzt: „oder Anreize zu medizinisch nicht begründbaren Leistungsausweitungen geben können.“

ab)

Absatz 2 wird um folgende Sätze ergänzt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss erstellt im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum 31.12.2016 für die Jahre 2014 und 2015, einen Bericht über die Entwicklung der Zielvereinbarungen der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten und deren Abweichungen von den Empfehlungen nach Absatz 1. Der Bericht ist insbesondere auf Basis der Angaben im Qualitätsbericht nach Satz 1 und 2 sowie einer quantitativen und qualitativen anonymisierten Befragung von Krankenhäusern, leitenden Ärzten und weiteren Experten zu erstellen. Der Bericht ist zu veröffentlichen.“

b) Begründung

zu aa)

Der § 136a a.F. wird in den neuen § 135c Absatz 1 überführt. Die (unverbindlichen) Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die sie im (zwingenden) Einvernehmen mit der Bundesärztekammer abzugeben hat, werden inhaltlich erweitert.

Nunmehr sollen jegliche Zielvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten ausgeschlossen werden, die die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen, und nicht mehr nur Zielvereinbarungen, die auf einzelne Leistungen abstellen. Die Neuformulierung verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer weiterhin, ihre Empfehlungen kontinuierlich weiterzuentwickeln – ohne, dass es eines erneuten gesetzlichen Auftrages bedürfte. Diese Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen, um die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen zu stärken. Derartige Zielvereinbarungen stellen auch eine Ursache für medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen im Krankenhausbereich dar. Insoweit sollte deren Vermeidung als Zielsetzung in die Norm aufgenommen werden, die den Empfehlungspartnern (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesärztekammer), Krankenhäusern und leitenden Ärzten zusätzliche Orientierung zum Sinn und Zweck der Norm gibt.

zu ab)

In § 135c Absatz 2 wird der § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 a.F. überführt. Hierin ist die Vorgabe enthalten, dass Abweichungen von den nach Absatz 1 genannten Empfehlungen von den Krankenhäusern in deren Qualitätsberichten zu erklären sind. Die neue Verortung und die Anpassung an die erweiterten Empfehlungen sind zu begrüßen. Um die Wirkung der Norm nachvollziehbar zu machen und eventuellen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf zu eruieren sowie die Transparenz zu erhöhen, sollte der G-BA über die Entwicklung in diesem Bereich berichten. Der Bericht sollte im Sinne des Transparenzbedürfnisses der Patienten veröffentlicht werden. Als Datenbasis stehen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu Verfügung. Darüber hinaus können stichprobenartige quantitative Befragungen (schriftliche Befragungen mittels Fragebögen), aber auch qualitative Befragungen (Experteninterviews von Krankenhausdirektoren, leitenden Ärzten und weiteren Experten wie Beratungsinstitute) weitere Erkenntnisse über die tatsächlichen Verhältnisse, aber auch Vorschläge für die Weiterentwicklung der Empfehlungen nach Absatz 1 geben. Die Wahrung der Anonymität der Befragten stellt deren Recht auf Datenschutz sicher und lässt verwertbare Ergebnisse erwarten.

§ 136b (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus)

„(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden. Er regelt in seiner Verfahrensordnung das Nähere insbesondere zur Auswahl einer planbaren Leistung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie zur Festlegung der Höhe

einer Mindestmenge. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll insbesondere die Auswirkungen von neu festgelegten Mindestmengen möglichst zeitnah evaluieren und die Festlegungen auf der Grundlage des Ergebnisses anpassen.“

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

„(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Festlegungen zu den Leistungen oder Leistungsbereichen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen, erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2016 zu beschließen. Er regelt ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren. Hierfür hat er insbesondere jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen und ihre Auswertung sicherzustellen. Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; dies kann über eine Internetplattform erfolgen. Die Krankenkassen geben in das Informationsangebot nach Satz 4 regelmäßig Angaben ein, welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge für welche Leistungen oder Leistungsbereiche erhalten; den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ist der Zugang zu diesen Informationen zu eröffnen.“

a) Gewünschte Änderung

aa) Zu § 136 b Abs.3:

Streichung der Wörter „um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden“

ab) Zu § 136 b Abs.5:

Einfügen eines neuen Satzes: „Die Entscheidung der Landesbehörde ist zu begründen und in den Qualitätsberichten zu veröffentlichen.“

ac) Zu § 136 b Abs.9:

Streichen von „unzureichend“ und ersetzen durch „ausreichend“.

Einfügen folgender Sätze; die übrigen Sätze verschieben sich entsprechend: „Die Bewertungskriterien werden jeweils als untere Referenzbereiche und obere Referenzbereiche festgelegt. Es erfolgt eine Umverteilung der Zu- und Abschläge auf Grundlage dieser Referenzbereiche. Die Zu- und Abschläge entsprechen sich in ihrem Volumen. Liegt ein Krankenhaus unter dem unteren Referenzbereich („unzureichende Leistung“) darf die Leistung nicht mehr erbracht werden. Die zuständige Landesbe-

hörde kann Leistungen von der Regelung des S.8 herausnehmen, wenn dies zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist.“

b) Begründung

Zu aa und ab)

Es ist bei kleinen Fallzahlen nicht möglich, eine adäquate Qualitätsmessung durchzuführen. Die Daten sind insoweit nicht aussagekräftig und könnten auch Zufallsbefunde ergeben. Gerade solche Zufallsbefunde werden in der Qualitätssicherung nicht gewünscht, weil diese nicht aussagefähig sind. Auch aus datenschutzrechtlichen Gründen sollte der Bezug zu kleinen Fallzahlen nicht ermöglicht werden. Einzig die Sicherstellung der Versorgung in bestimmten Regionen sollte eine Ausnahme bilden. Die Ausnahmetatbestände führen faktisch zu einem Unterlaufen der Mindestmengenregelung, insbesondere dann, wenn unbestimmte Rechtsbegriffe wie „unbillige Härte“ als Definitionsmerkmal verwendet werden. Ausnahmetatbestände sollten restriktiv angewendet werden. Aus den genannten Gründen sind auch eine Begründungspflichten seitens der Landesbehörden sowie die Veröffentlichung an geeigneter Stelle vorzusehen.

zu ac)

Siehe auch die Begründung zu Artikel 1 Nr.3. Es soll an Stelle eines Zu- und Abschlagsmodells ein Umverteilungsmodell etabliert werden. Der G-BA entwickelt ein Verfahren, indem eine Qualitätsskala jeweils mit einem unteren und einem oberen Referenzbereich versehen wird. Der untere Bereich umfasst die Qualität, die ausreichend ist und über dem Mindeststandard (auch Minderqualität genannt) liegt. Bei Unterschreiten des unteren Bereiches wird keine Umverteilung erfolgen, sondern die Leistungen werden nicht vergütet (analog der derzeitigen Mindestmengenregelung). Im Wiederholungsfalle ist das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (siehe auch Artikel 1 Nr. 3,7 und Artikel 2 Nr. 5). Bei Überschreitung der Mindestqualitätsschwelle erfolgt von den Krankenhäusern, die sich im unteren Grenzbereich befinden, eine Verteilung an diejenigen, die im oberen Grenzbereich angesiedelt sind. Die Volumina müssen sich in ihrer Höhe entsprechen. Hierdurch wird ein Qualitätswettbewerb befördert. Es wird ein tatsächliches Anreizsystem geschaffen. Schaffen in der Folgezeit alle Krankenhäuser den Sprung in den „neutralen“ Bereich, fällt auch der Umverteilungsmechanismus automatisch weg. Voraussetzung für dieses Verfahren sind belastbare Indikatoren. Es sollte geprüft werden, inwieweit sich Indikatorensets eignen, um eine angemessene Risikoadjustierung vorzunehmen und der Gefahr der Risikoselektion zu begegnen.

§ 136c (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung)

(1) ...

(2) ...

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

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,

2. wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und

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

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes

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

a) Gewünschte Änderung

Der gesetzliche Auftrag an den G-BA sollte dahingehend erweitert werden, dass für alle Leistungen bzw. geeignete Leistungscluster Kriterien (Minutenwerte) für die Erreichbarkeit festgelegt werden. Konkret sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) per Gesetz beauftragt werden, Rahmenvorgaben für die Weiterentwicklung der stationären und fachärztlichen Versorgungskapazitäten hin zu einer integrierten Be-

darfsplanung zu entwickeln, die Parameter wie Qualität und Erreichbarkeit berücksichtigt. Priorität sollte dabei auf die Leistungen/Leistungscluster gelegt werden, bei denen die Mengentwicklung eine besondere medizinisch fragwürdige Dynamik aufweist.

b) Begründung

Die beiden Hauptprobleme im Krankenhausbereich sind mit Blick auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung die strukturellen Überkapazitäten und die gerade in den letzten Jahren zunehmende, medizinisch kaum mehr begründbare Mengendynamik. Die Weiterentwicklung der Krankenhauskapazitäten soll sich deshalb künftig stärker an den begründbaren medizinischen Bedürfnissen der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Versorgungssicherheit und Erreichbarkeit ausrichten. Regionale Disparitäten sollen langfristig überwunden und die Versorgungskapazitäten dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden. Konkret soll die Versorgungsplanung stärker als bisher leistungs- statt bettenorientiert, erreichbarkeits- statt standortorientiert und sektorenübergreifend (inkl. des spezialfachärztlichen Bereichs) ausgestaltet werden. Dies ist eine wichtige Voraussetzung zur Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Eindämmung medizinisch nicht begründbarer und damit nicht bedarfsnotwendiger Mengenentwicklungen sowie durch eine stärkere Schwerpunktbildung.

§ 137 (Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses)

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein

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

Die Maßnahmenstufen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.

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

[...]

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

a) Gewünschte Änderung

aa) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Einfügen eines neuen Satzes 5; die übrigen Sätze verschieben sich entsprechend:
„Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Struktur- und Prozessqualität sind unzulässig.“

Der neue Satz 6 wird wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 5 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Die Festlegungen nach Satz 6 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.“

ab) Abs.3 wird wie folgt geändert:

Einfügen eines neuen Satz 2; die übrigen Sätze verschieben sich entsprechend:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt eine Zufälligkeitsprüfung zur Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung sowie der Angaben im Qualitätsbericht“.

Einfügen eines neuen Satz 3; die übrigen Sätze verschieben sich entsprechend:

„Die Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung können auch von den Krankenkassen, ihren Landesverbänden sowie den Ersatzkassen beauftragt werden.“

b) Begründung

zu aa)

Der GBA erlässt grundsätzlich Richtlinien zu Mindestanforderungen. Bestimmte Strukturen und Prozesse sind seitens des Krankenhauses verpflichtend einzuhalten. Zu- und Abschläge sollten sich daher ausschließlich auf Ergebnisqualitätsparameter beziehen und nicht auf sämtliche Qualitätsdimensionen. Der Sinn und Zweck der formulierten Anforderungen würde sonst unterlaufen. Bei Unterschreitung von Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen kann nur der Leistungsausschluss die notwendige Konsequenz darstellen.

zu ab)

Der MDK ist ein Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung. Insoweit müssen auch die Krankenkassen, ihre Landesverbände und die Ersatzkassen beauftragungsberechtigt sein. Oftmals haben die Krankenkassen ein höheres Wissen über Anhaltspunkte, als die bisher im Referentenentwurf vorgesehenen Stellen.

Um die Qualitätskontrollen in ihrer Wirkung nicht herabzusetzen, sollten keine hohen Anforderungen an das Vorliegen der Anhaltspunkte gestellt werden. Auch bei geringsten Zweifeln an der Richtigkeit der gemachten Angaben durch die Krankenhäuser ist ein Überprüfungsrecht geboten. Auch können dauerhaft gute Qualitätsergebnisse Anlass zur Überprüfung geben, weil davon auszugehen ist, dass die Selbstauskünfte der Krankenhäuser bisher nicht überprüfbar sind und daher auch nicht sanktioniert werden können. Hierunter leidet in erheblichem Maße die externe stationäre Qualitätssicherung. Es sollte durch Zufälligkeitsprüfungen sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser ihrer Pflicht zur ordnungsgemäßen Angabe der abgefragten Informationen nachkommen.

Nr. 21

§ 275a neu (Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst)

Nach § 275 wird folgender § 275a eingefügt:

„§ 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

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

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

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

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

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

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

a) Gewünschte Änderung

§ 275a wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

Nach den Wörter „oder einer Stelle“ wird ein Komma und folgende Wörter eingefügt: „ den Krankenkassen, ihren Landesverbänden sowie Ersatzkassen“.

ab) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

In Nr. 1 wird am Ende das Komma gestrichen und die Wörter „sowie die Anforderungen in den Prozedurenkodes (OPS)“ eingefügt.

In Nr.2 wird nach den Wörtern „der externen stationären Qualitätssicherung“ die Wörter „sowie die Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht“ eingefügt.

ac) Es wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

Die Kontrolle nach Absatz 2 Nummer 2 erfolgt auch in Stichproben. Der G-BA regelt hierfür ein Verfahren in dem die Zufälligkeitsprüfung geregelt wird.

ad) Absatz 3 wird wie folgt geändert und in Abs.4 umbenannt:

Nach den Wörtern „hierfür bestimmten Stellen“ wird ein Komma und die Wörter „die Krankenkassen und ihre Landesverbände sowie die Ersatzkassen“ eingefügt.

b) Begründung

Es wird begrüßt, dass der MDK ein Überprüfungsrecht durch Qualitätskontrollen im Krankenhaus erhält. Der BKK DV sieht jedoch Nachbesserungsbedarf.

Zu aa und ad)

Siehe auch Begründung zu Artikel 4 Nr. 14. Es müssen auch die Krankenkassen, ihre Landesverbände und die Ersatzkassen beauftragungsberechtigt sein.

Zu ab und ac)

Siehe auch Begründung zu Artikel 4 Nr. 14. Außerdem sollte die Prüfkompetenz dahingehend erweitert werden, dass auch die Inhalte und die gemachten Angaben in den Qualitätsberichten sowie der Einhaltung der Anforderungen der OPS kontrolliert werden dürfen. Oftmals müssen sich die Krankenkassen auf Selbstauskunftsbögen verlassen, ohne ein adäquates Prüfinstrument zu haben und nutzen zu können.

Nr. 22

§ 276 (Zusammenarbeit)

§ 276 wird wie folgt geändert:

a)

b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so hat die Datenübermittlung unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu erfolgen.“

a) Gewünschte Änderung

Keine.

b) Begründung

Es wird begrüßt, dass neben dem MDK nun auch die Krankenkassen die für eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderlichen versichertenbezogenen Daten bei den Leistungserbringern anfordern dürfen.

Die Auslegung des Begriffs „unmittelbar“ in der Gesetzesbegründung dahingehend, dass das seit vielen Jahren praktizierte Umschlagsverfahren unzulässig wäre, ist jedoch weder geboten noch verhältnismäßig. Werden bei Durchführung des Umschlagsverfahrens Datenschutznormen verletzt, muss dem selbstverständlich konsequent nachgegangen werden. Jedoch müssen Datenschutzverstöße dort abgestellt werden, wo sie aufgetreten sind, nämlich bei den einzelnen betroffenen Krankenkassen. Andernfalls würden auch diejenigen Krankenkassen sanktioniert und mit Folgen zu Lasten ihrer Versicherten in ihren Arbeitsabläufen behindert, bei denen eine datenschutzkonforme Umsetzung des Umschlagsverfahrens sichergestellt wird. Darüber hinaus hängt die Durchführung eines datenschutzkonformen Umschlagsverfahrens auch davon ab, dass die Leistungserbringer die bei ihnen angeforderten Unterlagen in einer einheitlichen adressatengerechten Form an den MDK versenden, sei es direkt oder im Wege des Umschlagsverfahrens über die jeweilige Krankenkasse.

Das Umschlagsverfahren sichert reibungslose und zeitnahe Beratungs- und Genehmigungsprozesse im Interesse der Versicherten. In diesem Kontext sind die unterschiedlichen gesetzlichen Aufgabenstellungen der Krankenkassen und des MDK zu berücksichtigen. So ist es Aufgabe der Krankenkassen, ihren Versicherten die notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zur Verfügung zu stellen. Sie haben dabei die Verwaltungsverfahren einschließlich der Einschaltung des MDK so zu steuern, dass Leistungsberechtigte die So-

zialleistungen zügig erhalten (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, § 13 Abs. 3a SGB V). Eine solche Prozesssteuerung erfordert mit Blick auf die Terminkoordination zwischen Krankenkasse und MDK auch die Kenntnis der Krankenkasse über den Zeitpunkt der Anforderung durch den MDK von ergänzenden Unterlagen bei Leistungserbringern und deren Rücklauf. Dies ist durch das etablierte Umschlagsverfahren sichergestellt und kann Verzögerungen der Prozessabläufe zu Lasten der Versicherten vermeiden.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass auch das Bundessozialgericht das Umschlagsverfahren höchstrichterlich bestätigt hat (Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 12/06 R): „Die Übermittlung von 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 übersendet oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt. Die im Tenor des SG-Urteils angeordnete „Zurverfügungstellung“ der medizinischen Unterlagen ist auch in diesem Sinne zu verstehen.“

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat in seinem Schreiben vom 07.01.2014 an die Bundesbeauftragte für Datenschutz dargelegt, dass der MDK die erforderlichen medizinischen Unterlagen nach § 276 Abs. 2 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V direkt beim Leistungserbringer, beim Versicherten (§ 60 SGB I) oder nach § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Umschlagsverfahren bei der beauftragenden Krankenkasse anfordern kann.

III. Weiterer Änderungsbedarf

RSAV

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV und § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV

Zu § 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV:

Zu „Zu einer längeren Aufbewahrung ist eine Krankenkasse nur verpflichtet und berechtigt, wenn das Bundesversicherungsamt im Einzelfall feststellt, dass die weitere Aufbewahrung zur Durchführung von Korrekturen der gemeldeten Daten erforderlich ist; in diesem Fall sind die Daten nach zwölf Jahren zu löschen.“

und

zu § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen für die Datenmeldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 sowie Nummer 8,9 und 11 in Verbindung mit Absatz 4 sowie die diesen Meldungen zugrunde liegenden, bei den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Daten sechs Jahre lang revisionssicher und nachprüfbar zu speichern und aufzubewahren; § 3 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

a) Gewünschte Änderungen

§ 3 Abs. 7 Satz 3 RSAV wird gestrichen. In § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV werden nach „...§ 3 Absatz 7 Satz 2“ die Worte „und 3“ gestrichen.

b) Begründung

Die Regelung ist veraltet, denn sie stammt noch aus dem Alt-RSA und war gedacht für etwaige Korrekturen von Satzarten der Versicherungszeiten und später auch des Risikopools. Beide Satzarten sind heute nicht mehr existent und wurden von den Meldungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs abgelöst. Aus der Begründung der 5. RSAV-Änderungsverordnung vom 4. Dezember 2002, wonach diese Regelung eingeführt wurde, ist folgendes angeführt:

„Diese Vorschrift stellt klar, dass die in Satz 1 genannte Aufbewahrungsfrist von der Krankenkasse grundsätzlich weder über- noch unterschritten werden darf. Zu einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist kann es nur in vom Bundesversicherungsamt jeweils festzustellenden Ausnahmefällen kommen. Diese Feststellung kann durch das Bundesversicherungsamt jedoch nur getroffen werden, wenn es hierfür sachliche Gründe, wie z.B. Unplausibilitäten in dem zuletzt erhobenen Korrekturjahr, gibt, die eine Korrektur der gemeldeten Daten erforderlich machen. Durch die Änderung wird eine Vereinfachung und Vereinheitlichung des Verfahrens erreicht.“

Parallel zu der damaligen Einführung wurde auch das Korrekturverfahren der Versicherungszeiten erweitert. Die Korrekturen wurden auf das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr ausgedehnt. In Ausnahmefällen wurde sogar eine Korrektur für Ausgleichsjahre, die vor den fünf Jahren gelten, mit der 5. RSAV-Änderungsverordnung ermöglicht. Dadurch war es theoretisch denkbar, dass etwaige Meldungen und die dazugehörigen Daten der Versicherungszeiten durch die damals geltenden neun Jahre nicht abgedeckt waren. Die Korrekturen des Alt-RSA und damit auch die Prüfung nach §15a RSAV wurde mit der 24. RSAV-Änderungsverordnung entsprechend zeitlich begrenzt.

„(2) Für Prüfungen bis zum Ausgleichsjahr 2008 ist § 15a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung anzuwenden. Korrekturen der Berichtsjahre bis einschließlich 2008 und die damit verbundenen Datenerhebungen sind ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr durchzuführen.“

Eine Anpassung im Rahmen des nun geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches fand bei der 24. RSAV-ÄnderV statt. In der Begründung zur Änderung des §30 Absatz 2 RSAV wird dazu wurde folgendes aufgeführt:

„Weiterhin ist zu beachten, dass sich an die Durchführung eines Jahresausgleichs durch das Bundesversicherungsamt Klageverfahren anschließen können, für deren Ausgang es wesentlich sein kann, dass Originaldaten noch vorliegen. Der Jahresausgleich 2009, dem die Morbiditätsinformationen des Jahres 2008 zugrunde liegen, wurde Ende 2011 korrigiert. Die Aufbewahrung für darüber hinausgehende drei Jahre erscheint angemessen, da früher nicht mit einem Abschluss etwaiger Klageverfahren zu rechnen ist. Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, die zum Teil kürzeren gesetzlichen Aufbewahrungszeiten insbesondere für die Abrechnungsunterlagen für die Zwecke des Risikostrukturausgleichs auf sechs Jahre zu verlängern.“

Der Verweis auf § 3 Absatz 7 Satz 2 (Beginn der Frist) und Satz 3 konterkariert die oben genannten Ausführungen.

Zudem ist die eigentliche Prüfung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs nach § 42 RSAV an strikte Fristen gebunden. Nur zu diesem Zweck werden die entsprechenden Originalunterlagen von den Kassen aufbewahrt. Eine Ausweitung dieser Aufbewahrungsfrist der entsprechenden Abrechnungsunterlagen und der Original Datengrundlagen über den zu erwartenden Prüfungszeitraum hinaus ist nicht nachvollziehbar. Insofern ist der Passus redaktionell anzupassen, da eine unnötige Verlängerung der Aufbewahrungsfrist unwirtschaftlich ist.

§ 39 Abs. 3 RSAV

„Das Bundesversicherungsamt berechnet für das jeweilige Ausgleichsjahr für alle Krankenkassen jeweils

a) bis zum 15. April des Ausgleichsjahres,

b) bis zum 15. Oktober des Ausgleichsjahres sowie

c) bis zum 15. April des auf das Ausgleichsjahr folgenden Jahres die vorläufige Höhe der Zuweisungen nach Absatz 2 neu unter Berücksichtigung der aktuellen Datenmeldung nach § 32 und teilt diese den Krankenkassen mit; im Fall von Buchstabe c ermittelt das Bundesversicherungsamt außerdem auf der Grundlage der aktuellen Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 und den zu erwartenden Betrag nach § 41 Absatz 2 vorläufig neu.“

a) Gewünschte Änderungen

Hinter „...die zu erwartenden Daten nach § 41 Absatz 1 Satz 1 ...“ wird „und 3“ ergänzt.

Am Satzende wird vor den Punkt die Formulierung „;im Fall von Buchstabe a ermittelt das Bundesversicherungsamt auf der Grundlage der letzten Jahresrechnung nach § 9 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 und im Fall von Buchstabe b die zu erwartenden Krankengeldzuweisungen nach § 41 Absatz 1 Satz 3 auf der Grundlage der letzten Vierteljahresrechnungen nach § 10 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung neu“ angefügt.

b) Begründung

Durch die gewünschte Änderung wird sichergestellt, dass die Übergangsregelung für die Zuweisung für Krankengeld aus dem Gesundheitsfonds auch im Abschlagsverfahren Anwendung findet. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich, da es aufgrund der im GKV-FQWG rückwirkend ab 2013 eingeführten Übergangsregelung Krankengeld im Abschlagsverfahren derzeit noch zu Diskrepanzen zum Schlussausgleich kommt. Die Veränderung im Bereich des Übergangsverfahrens Krankengeld wirkt aktuell nämlich erst zum Schlussausgleich, was eine Verzerrung der Liquiditätssituation bei den Krankenkassen zur Folge hat. Gleichwohl sind die Kassen verpflichtet, etwaige finanzielle Beträge im Rahmen der KV45 beziehungsweise KJ1 zu bilanzieren. Die vorgeschlagene Regelung führt nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zu einer deutlich verbesserten Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens im Gesundheitsfonds.