

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 12.05.2015**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Kranken-
hausversorgung (Krankenhaus–Strukturgesetz – KHSG)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	5
Abschätzung der finanziellen Auswirkungen	9
II. Stellungnahme zum Gesetz	12
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	12
§ 1 Abs. 1 Grundsatz.....	12
§ 6 Abs. 1a Krankenhausplanung und Investitionsprogramme	13
§ 8 Voraussetzungen der Förderung	15
§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung	17
§§ 12 – 14 Strukturfonds	18
§ 17a Abs. 3 Satz 10 Finanzierung von Ausbildungskosten	24
§ 17b Abs. 1 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser..	25
§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss	35
§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	37
Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	38
Anpassung der Inhaltsübersicht.....	38
§ 1 Anwendungsbereich	39
§ 2 Krankenhausleistungen	40
§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009	42
§ 5 Abs. 1 Satz 1 Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen	55
§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte	65
§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen	66
§ 8 Abs. 2 und 4 Berechnung der Entgelte	68
§ 9 Abs. 1 Vereinbarung auf Bundesebene.....	70
§ 10 Abs. 1 Vereinbarung auf Landesebene	80
§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	100
§ 15 Laufzeit	101
§ 21 Abs. 1 und 2 Übermittlung und Nutzung von Daten.....	102
Anlage 1	105
Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	106
Inhaltsübersicht.....	106
§ 1 Anwendungsbereich	107
§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen.....	108
§ 8 Abs. 4 Berechnung der Entgelte	109
§ 9 Abs. 1 Vereinbarung auf Bundesebene.....	110
§ 10 Abs. 2 Vereinbarung auf Landesebene	112
§ 14 Abs. 1 Satz 1 Genehmigung.....	113

§ 18 Abs. 2 Übergangsvorschriften	114
Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	115
§ 65c Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 8 Klinische Krebsregister	115
§ 81 Abs. 3 Nr. 2 Satzung.....	116
§ 87 Abs. 2a Satz 7 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	117
§ 87a Abs. 5 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	118
§ 91 Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 Gemeinsamer Bundesausschuss	119
§ 92 Abs. 7f Satz 1 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	120
§ 109 Abs. 2 und 3 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	121
§ 110 Abs. 1 und 2 Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	122
§ 110a Qualitätsverträge	123
§ 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung	124
§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus	125
§ 120 Abs. 3 Satz 2 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	126
§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung	127
§ 135b bis 137 Neustrukturierung der §§ 136 bis 137 durch §§ 135b bis 137.....	128
§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	139
§ 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a.....	141
§ 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	142
§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten.....	143
§ 221 Abs. 2 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	144
§ 271 Abs. 2 Gesundheitsfonds	145
§ 275a Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst.....	146
§ 276 Zusammenarbeit.....	148
§ 277 Mitteilungspflichten.....	149
§ 281 Finanzierung und Aufsicht.....	150
§ 285 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.....	151
§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung ...	152
§ 303e Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung.....	153
Artikel 5 Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze	154
Artikel 6 Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz	155
Artikel 7 Inkrafttreten	156
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	157
Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID in der Datenübermittlung.....	157
Krankenhausstandort-Identifikationsnummer	158

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 4 von 160

Entwicklung eines Modellvorhabens zur Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen nach
§ 17c Abs. 4a KHG 160

I. Vorbemerkung

Aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes finden sich im Referentenentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) zukunftsweisende Ansätze, aber das Gesamtergebnis ist durchaus kritisch zu sehen.

Der wesentliche Mangel ist die ungelöste Problematik rückläufiger Investitionsfinanzierung der Länder. Beim Start der sog. „dualen Finanzierung“ (Länder zahlen die Investitionen, Krankenkassen die Betriebskosten), betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch über 20 Prozent; inzwischen finanzieren die Länder weniger als 5 Prozent. Da dies weit unter dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser liegt, wird die DRG-Fallpauschalenvergütung inzwischen – entgegen der gesetzlichen Vorgabe – allenthalben zur Investitionsfinanzierung genutzt. Bemerkenswert ist, dass mit der zunehmenden Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen keineswegs zusätzliche Mitspracherechte einhergehen. Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, sind die Folge.

Es ist zu begrüßen, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe den Handlungsbedarf in puncto Kapazitätsplanung erkannt hat und einen Strukturfonds einrichten will, um den anstehenden Umstrukturierungsprozess voranzubringen. Der GKV-Spitzenverband hatte sich in seinen „14 Positionen für 2014“ für einen solchen Fonds ausgesprochen.

Positiv zu bewerten ist die Qualitätsorientierung. Ähnlich wie es auch der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier gefordert hat (vgl. „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes“), soll unterschiedliche Qualität Konsequenzen haben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Qualitätsorientierung, warnt aber davor, von diesen Absichtserklärungen kurzfristig eine völlig veränderte Versorgungsrealität zu erwarten.

Deutlich muss auf die Ausgabenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen werden. Die finanzielle Mehrbelastung durch dieses Gesetz ist beitragsatzrelevant.

Der Einzelkommentierung seien folgende grundsätzliche Bemerkungen voran gestellt:

1. Zentrale Mängel beim Strukturfonds

Der Strukturfonds wird das Ziel einer Strukturbereinigung kaum erreichen können, wenn die Länder antragsberechtigt sind und nicht die Krankenhausträger. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes wird der Strukturfonds nur funktionieren, wenn die Krankenhausträger direkt entsprechende Anträge an das Bundesversicherungsamt stellen. Auch die Kontrolle der Mittelverwendung sollte beim Bundesversicherungsamt und nicht bei den Ländern liegen. Die vorgesehene

Regelung birgt sonst die Gefahr der Zweckentfremdung von Beitragsgeldern zur Kompensation unterbliebener Investitionen.

2. Negativ: PKV nicht beteiligt.

Die Mittel für die Strukturbereinigung werden gemäß vorliegendem Referentenentwurf aus Mitteln des Gesundheitsfonds und damit allein von den gesetzlich Versicherten aufgebracht. Es ist grundsätzlich unverständlich, warum die PKV nicht ebenfalls einen Beitrag zur Finanzierung des Strukturfonds leisten muss. Eine praktikable Lösung zur Beteiligung der PKV wäre die Mittelaufbringung über einen Zuschlag auf jede Krankenhausrechnung. Bei Versicherten, die bereits via Gesundheitsfonds zur Finanzierung herangezogen werden, würde der Zuschlag nicht in Rechnung gestellt.

3. Kritisch: Tendenz zur hausbezogenen Steuerung

Die Mengensteuerung erfolgt künftig über einen Fixkostendegressionsabschlag auf Hausebene. Getauscht wird eine dauerhafte basiswirksame Berücksichtigung von Mehrleistungen im Landesbasisfallwert gegen einen in der Regel fünfjährigen Fixkostendegressionsabschlag in unbestimmter Höhe und mit Ausnahmetatbeständen. Die Regelung wird in absehbarer Zeit zu unbegründeten Ausgabensteigerungen in Milliardenhöhe führen.

Der GKV-Spitzenverband sieht im vorliegenden Referentenentwurf eine grundsätzlich falsche Weichenstellung: Das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“, das handlungsleitend bei der DRG-Einführung war, wird nun zugunsten hausbezogener Basisfallwerte aufgegeben. Mengen der Vergangenheit entscheiden über die Preise und nicht die aktuelle Leistung der Häuser. Zudem ist absehbar, dass die Krankenhausvergütung zum zweiten Mal in eine „Divergenzfalle“ läuft: Die Hausbasisfallwerte werden unterhalb der Landesbasisfallwerte liegen und der Ruf nach Abschaffung der jetzigen Regelungen ist schon jetzt absehbar.

4. Landesbasisfallwerte: keine überzeugende Korridorlösung

Die Fehler der Landesbasisfallwertkonvergenz werden durch die angestrebten Anpassungen des Korridors nicht gelöst. Im Gegenteil: Die einseitige Belastung der Kostenträger durch die Konvergenz wird verstärkt.

Die Ausweitung des Verhandlungstatbestandes der Wirtschaftlichkeitsreserve um Produktivität im Landesbasisfallwert wird begrüßt. Entscheidend wird aber sein, ob es gelingt, die „allgemeine Produktivität“ gesetzlich und messbar zu operationalisieren (bspw. Verweildauerrückgang), bzw. von anderen Tatbeständen abzugrenzen.

5. Wichtiger Schritt: Qualitätsorientierung

Begrüßenswert ist die durchgängige Qualitätsorientierung des Gesetzentwurfes. Oft konnte in der Vergangenheit zwar mangelhafte Qualität festgestellt werden, es fehlte aber an Möglichkeiten, adäquat auf Qualitätsdefizite zu reagieren und in Krankenhausplanung und Vergütung Konsequenzen folgen zu lassen. Hierzu ist es notwendig, dass die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zukünftig konsequenter kontrolliert und durchgesetzt wird. Der MDK wird bei der Überprüfung von Qualitätsvorgaben zukünftig eine wichtige Rolle spielen. Diese Prüfungen stellen einen wichtigen Bestandteil des Konzeptes zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsvorgaben des G-BA dar, ohne die eine qualitätsbasierte Planung und Vergütung nicht denkbar ist.

Kritisch zu sehen sind allerdings die zahlreichen Ausnahmeregelungen im Referentenentwurf; sie bergen die Gefahr, dass die Qualitätssicherung weiterhin ohne Konsequenzen bleibt.

6. Keine Finanzierung von „unzureichender“ Qualität!

Unbefriedigend sind die Gesetzesformulierungen zu Abschlägen bei „unzureichender“ Qualität. Die Unterschreitung von Mindestanforderungen darf nicht mit Abschlägen erfolgen. Krankenhäuser, die diese Vorgaben nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Es sollte vielmehr klar geregelt werden, dass Krankenhäuser, die Leistungen unzureichender Qualität erbringen, von der Versorgung ausgeschlossen werden. Für unzureichende Leistungen unterhalb vorgegebener Qualitätsstandards sollte es keine Zahlungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung geben.

Neben dem Ausschluss unzureichender Qualität sollten sich qualitätsorientierte Zu- und Abschläge nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes auf „gute“ Qualität einerseits und „mindere“ Qualität im unteren Toleranzbereich andererseits beziehen. Die GKV will dabei nicht, dass Kassen „an schlechter Versorgung“ ihrer Versicherten verdienen und präferiert deshalb ein Modell, bei dem eine Umschichtung der finanziellen Mittel von den Leistungserbringern am unteren Rand des Toleranzbereichs zu den Leistungserbringern am oberen Rand oder denen, die sich stark verbessert haben ermöglicht.

7. Sektorübergreifende Qualitätstransparenz noch nicht geregelt

Durch die alleinige Schwerpunktsetzung auf das Krankenhaus wird allerdings die sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschwächt. Die neuen Möglichkeiten gelten allesamt nicht für die ambulant tätigen Vertragsärzte, so dass insbesondere bei sektorübergreifender Qualitätssicherung keine sektorübergreifende Transparenz hergestellt wird (vgl. die jüngste G-BA-Richtlinie zu

Herzkathetereingriffen). Deshalb sind die analogen Schritte auch für die ambulante vertragsärztliche Versorgung mit vergleichbaren Instrumenten und Regelungen nachzuvollziehen.

Um die Veröffentlichung von Qualitätsdaten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei Vertragsärzten (einschließlich Belegärzten) in gleicher Weise wie im Krankenhaus zu ermöglichen, hat der GKV-Spitzenverband bereits einen entsprechenden Gesetzesvorschlag für das VSG eingebracht. Ergänzend sollte für den vertragsärztlichen Bereich eine Regelung geschaffen werden, die eine unabhängige und aussagekräftige Überprüfung der Einhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen durch Vertragsärzte ermöglicht.

8. Abrechnungsprüfung: Schlichtungsausschuss als Mediation

Krankenhäuser und Krankenkassen sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene haben gemeinsam wiederholt auf die Probleme in der Umsetzung der Landesschlichtungsausschüsse hingewiesen und Vorschläge zur Lösung unterbreitet. Der Referentenentwurf löst die Probleme nicht. Wie in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe skizziert wird am Konzept des obligatorischen Schlichtungsverfahrens festgehalten. Die gesetzliche Klarstellung, dass es sich um einen Mediationsversuch handelt, durch den kein Verwaltungsakt zustande kommt wurde aber unterlassen. Die Empfehlung des Bundesrates stellt diesbezüglich eine Lösungsmöglichkeit dar.

9. Ausgabenprognose geschönt

Schwer nachzuvollziehen und irreführend ist das Finanztableau zum Gesetzentwurf. So spricht der Text von Einsparpotentialen „in dreistelliger Millionenhöhe“, ohne das auch nur ansatzweise plausibel wäre, woher diese Einsparungen kommen. Auch fehlt der Hinweis, dass die Kassen für Mehrausgaben im Bereich von Hochschulambulanzen in einer Größenordnung von 265 Mio. Euro jährlich belastet werden sollen. Zudem werden die Mehrkosten aufgrund der Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Hausebene anders als im Eckpunktepapier nicht mehr ausgewiesen. Die beitragsatzrelevanten Mehrbelastungen des Gesetzes sollten den gesetzgebenden Entscheidungsträgern vollständig transparent gemacht werden.

Insgesamt begrüßt die GKV die Reformansätze. Sie werden allerdings nicht ausreichen, um die Problematik fehlender Investitionsmittel der Länder zu lösen. Die finanziellen Auswirkungen seien im Folgenden gesondert dargestellt.

Abschätzung der finanziellen Auswirkungen

Im Referentenentwurf werden Belastungen für die GKV bis zum Jahr 2020 in Höhe von 5,4 Mrd. Euro angeführt. Im Vergleich zu 2015 steigen die Ausgaben für 2016 um 0,5 Mrd. Euro, für 2017 um 1,0 Mrd. Euro, 2018 um 1,2 Mrd. Euro, 2019 um 1,3 Mrd. Euro und 2020 um 1,4 Mrd. Euro.

Die wesentlichen Mehrbelastungen resultieren aus den folgenden Regelungen:

- Für den Strukturfonds zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 500 Mio. Euro entnommen.
- Das Pflegestellen-Förderprogramm führt im Jahr 2016 zu Mehrbelastungen in Höhe von 100 Mio. Euro, die bis 2018 auf 300 Mio. Euro ansteigen. Kumuliert bedeutet dies Mehrausgaben von 600 Mio. Euro bis 2018.
- Zur Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren entstehen ab 2017 Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 180 Mio. Euro jährlich. Für das Jahr 2016 ist mit 90 Mio. Euro Mehrausgaben zu rechnen.
- Über Sicherstellungszuschläge wird die GKV ab 2017 mit jährlichen Mehrausgaben in Höhe von rd. 90 Mio. Euro belastet.
- Durch die Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Beschlüssen des G-BA entstehen für die Krankenkassen ab 2016 zusätzliche Ausgaben in Höhe von 90 Mio. Euro jährlich.
- Die Regelungen zur Fortführung der Konvergenz der Landesbasisfallwerte führt zu Mehrausgaben von rd. 70 Mio. Euro im Jahr 2016, rd. 60 Mio. Euro im Jahr 2017, rd. 50 Mio. Euro im Jahr 2018, rd. 45 Mio. Euro im Jahr 2019 und rd. 40 Mio. Euro im Jahr 2020.
- Die neu einzuführenden Qualitätszu- und -abschläge werden ab 2017 zu jährlichen Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 60 Mio. Euro führen.
- Die Absenkung des Investitionskostenabschlags für Krankenhausambulanzen führt zu jährlichen Mehrausgaben ab dem Jahr 2016 in Höhe von 40 Mio. Euro.
- Die Ausweitung klinischer Sektionen belastet die GKV ab 2017 mit jährlichen Mehrausgaben in Höhe von 18 Mio. Euro.

Allerdings werden aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wesentliche Bereiche in der Schätzung des BMG außen vorgelassen:

- Die Mehrkosten für Hochschulambulanzen in Höhe von jährlich 265 Mio. Euro wurden nicht berücksichtigt, da diese Änderungen bereits im GKV-VSG umgesetzt wurden. Dennoch sind diese Teil der Eckpunkte der Bund-Länder AG und damit der Krankenhausreform.

- Zudem wurden die Mehrkosten aufgrund der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene anders als im Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG nicht mehr ausgewiesen. Im Rahmen der Eckpunkte wurden diese noch mit basiswirksamen 140 Mio. Euro ab 2017 veranschlagt. Dieser Posten ist nun ohne Begründung entfallen. Eine kostenneutrale Umsetzung der Verlagerung der Degressionswirkung ist aber aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich.
- Sollte beim Orientierungswert die Meistbegünstigungsklausel nun trotz einer Vereinbarung im Eckpunktepapier nicht gestrichen werden, wird dies zu weiteren basiswirksamen Mehrausgaben führen. Allein in 2015 verursacht dieser Effekt unberechtigte Mehrausgaben in Höhe von 700 Mio. Euro.
- Im Rahmen der prognostizierten Finanzwirkungen wird im Bereich der Mehrkosten aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses und für die weitere Konvergenz der Landesbasisfallwerte von nicht basiswirksamen Mehrkosten ausgegangen. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht sachgerecht.

Wenn diese Aspekte mit in die Abschätzung der Mehrausgaben einbezogen werden, steigen die Ausgaben anders als vom BMG prognostiziert bereits bis 2018 nicht um 2,7 Mrd. Euro sondern um 4,1 Mrd. Euro. Diese Steigerungen fallen zusätzlich zu den regulären jährlichen Ausgabensteigerungen in Höhe von mehr als 2 Mrd. Euro an.

Maßnahme	KHSG-Entwurf GKV-Schätzung nur GKV				
	Finanzwirkung (in Mio. Euro)				
	2016	2017	2018	2019	2020
Qualitätszu- und -abschläge	0	60	60	60	60
Sicherstellungszuschläge	0	90	90	90	90
Zentrumszuschläge	90	180	180	180	180
Mehrkosten von GBA-Beschlüssen	90	180	270	360	450
Landesbasisfallwert-Konvergenz	70	130	180	225	265
Mengenberücksichtigung: von Landes- auf die Hausebene		140	280	420	560
Pflegestellenförderprogramm	100	200	300	300	300
Hochschulambulanzen	265	265	265	265	265
Begrenzung Investkostenabschlag für KH-ambulanzen	40	40	40	40	40
Strukturfonds	100	200	200		
klinische Sektionen	0	18	18	18	18
Gesamt	755	1.503	1.883	1.958	2.228

Einsparpotentiale

In dem Referentenentwurf wird zudem ausgeführt, dass den Mehrausgaben Einsparpotentiale in dreistelliger Millionenhöhe gegenüberstehen. Diese sollen durch Struktureffekte wie z. B. die neuen Maßnahmen zur Stärkung der Qualitätsorientierung, die zielgenauere Ausgestaltung der Mengensteuerung oder den Strukturfonds realisiert werden. Diese optimistische Sichtweise wird nicht vom GKV-Spitzenverband geteilt.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1

§ 1 Abs. 1 Grundsatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz regelt künftig nicht nur die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten, sondern auch um eine qualitativ hochwertige und patientengerechte Versorgung zu garantieren.

B) Stellungnahme

Es ist überfällig, das Kriterium einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung auch im Krankenhausfinanzierungsgesetz zu verankern. Die Gesetzesänderung ist notwendig, um Qualitätssicherung und Landeskrankenhausplanung wirksam zu verknüpfen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2

§ 6 Abs. 1a Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhausplanung und Qualität

Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu planungsrelevanten Indikatoren werden Bestandteil der Krankenhauspläne, es sei denn, die jeweilige Landesregierung oder deren oberste Landesbehörde schließen dies durch Landesrecht aus. Die Länder können weitere Qualitätsanforderungen in den Krankenhausplänen definieren.

B) Stellungnahme

Krankenhausplanung und Qualität

Vgl. Stellungnahme Artikel 4 Nr. 14.

Es wird begrüßt, dass die Empfehlungen des G-BA zunächst Konsequenzen für die Krankenhauspläne haben sollen. Überzeugender wäre es, wenn dem G-BA in diesem Punkt eine Richtlinienkompetenz zugesprochen würde, um die Indikatoren tatsächlich verbindlich zu machen.

Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund länderspezifischer Versorgungssituationen Abweichungen zugelassen werden sollen. Solche Ausnahmen sollten sich jedoch nur auf konkrete Fragestellungen bzw. Versorgungssituationen beziehen. Planungsrelevante Indikatoren grundsätzlich nicht zu akzeptieren, so wie es die im Referentenentwurf formulierte Möglichkeit zulässt, eine generelle Ausschlussklausel im Landesrecht vorzusehen, wird dem Patientenschutz hingegen in keiner Weise gerecht. Wenn die Länder in Ausnahmefällen von den Qualitätsvorgaben der Bundesebene abweichen, muss dies begründungspflichtig sein. Hilfreich wäre die Definition klarer Kriterien, in welchen Fällen ein Abweichen von den Qualitätsvorgaben zulässig sein soll.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1a wird „Die Empfehlungen“ ersetzt durch „Die Richtlinien“.

In Absatz 1a wird in Satz 2 „Landesrecht“ ersetzt durch „Landeskrankenhausgesetz“.

In Absatz 1a wird in Satz 2 gestrichen: „ganz oder teilweise ausgeschlossen“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 14 von 160

In Absatz 1a wird nach Satz 2 angefügt: „Eine Einschränkung ist nur bei Unterversorgung zu-
lässig. Die Nichtanwendung der Qualitätsanforderungen ist an geeigneter Stelle zu veröffent-
lichen.“

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 3

§ 8 Voraussetzungen der Förderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhausplanung und Qualität

Die Absätze 1a und 1b verknüpfen die Krankenhausplanung mit den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), um „dem hohen Schutzgut des wohls“ (vgl. Gesetzesbegründung) gerecht zu werden. Absatz 1c formuliert die Option, dass die Länder nach § 6 Abs. 1a davon abweichen können.

Weichen Krankenhäuser nicht nur vorübergehend von den planungsrelevanten Indikatoren ab und weisen sie in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität auf, dürfen sie nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden bzw. müssen aus diesem per Feststellungsbescheid herausgenommen werden, wenn es sich bereits um Plankrankenhäuser handelt. Letzteres gilt auch, wenn nicht nur vorübergehend Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a KHEntG vereinbart wurden.

Darüber hinaus wird die Qualität als vorrangiges Kriterium gegenüber der Vielfalt der Krankenhausträger festgelegt.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Nr. 2 und zu Artikel 4 Nr. 14.

Es wird begrüßt, dass ein erster Schritt zu einer verbindlicheren Verknüpfung von Qualitätsvorgaben des G-BA nach § 136c Abs. 2 SGB V mit der Landeskrankenhausplanung unternommen wird. Die Formulierung enthält jedoch unverbindliche Rechtsbegriffe: Was ist eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität? Was ist eine nicht nur vorübergehende Vereinbarung von Qualitätsabschlägen? Diese aufweichenden Begriffe lassen befürchten, dass Qualität über den Krankenhausplan nur halbherzig umgesetzt werden soll. Gleiches gilt für die in Absatz 1c formulierte Ausweichregelung.

Zuzustimmen ist der Regelung, dass Qualität vor der Vielfalt der Krankenhausträger gilt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1a ist „nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen“ zu ersetzen durch „länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen“.

Absatz 1b ist folgendermaßen zu formulieren: „Plankrankenhäuser, die nach den in Absatz 1a Satz 1 genannten Vorgaben länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen, oder für die länger als ein Jahr Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a KHEntG vereinbart sind, ist der Versorgungsauftrag zu entziehen.“

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 4

§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7b

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7b

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 5

§§ 12 – 14 Strukturfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den neuen §§ 12 – 14 wird für die Jahre 2016 – 2018 auf Bundesebene ein Fonds errichtet (Strukturfonds), aus dem strukturverbessernde Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Es werden einmalig Mittel von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Vorhaben werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag zusätzlich leisten. Insgesamt steht damit ein Betrag von bis zu 1 Mrd. Euro zur Verfügung. Der Betrag wird nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Damit wird festgelegt, in welcher Höhe jedem Land Mittel zur Abrufung aus dem Strukturfonds zur Verfügung stehen. Bedingung für die Förderung von Vorhaben ist, dass das Land im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittliche Höhe ihrer Mittel zur Investitionsförderung der Jahre 2012 – 2014 beibehält. Wird der einem Land zustehende Anteil durch diese Anträge nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Mittel von anderen Ländern abgerufen werden.

Aus dem Fonds können neben dem Abbau bzw. der Umwidmung von Bettenkapazitäten auch strukturverbessernde Investitionsmaßnahmen mitfinanziert werden, die die Konzentration von Krankenhausstandorten zum Ziel haben. Gefördert werden dürfen nur neue Vorhaben. Die Länder haben aber die Möglichkeit, den Träger der Einrichtung, der gefördert werden soll, an der Finanzierung des Vorhabens zu beteiligen. In diesem Fall ist der Finanzierungsanteil des Trägers auf den Anteil des Landes anzurechnen.

Das Nähere über die Kriterien der Förderung und das Verfahren zur Vergabe haben die Länder, das Bundesministerium für Gesundheit und der GKV-Spitzenverband bis zum 31.12.2015 zu vereinbaren. Die Entscheidung darüber, welche Vorhaben gefördert werden sollen, trifft das Land im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Das Land kann andere Institutionen in den Abstimmungsprozess für die Förderentscheidung einbeziehen. Es besteht kein Anspruch auf Förderung aus dem Strukturfonds.

Das Bundesversicherungsamt gibt bis zum 31.12.2018 eine Auswertung bei einem externen Sachverständigen in Auftrag, der die hierfür erforderlichen Angaben bei den Ländern anfordern kann.

B) Stellungnahme

Der geplante Strukturfonds wird begrüßt und kann ein Startschuss für ein erfolgreiches Programm zur Strukturbereinigung sein. Angesichts von Überkapazitäten muss nicht mehr bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein sozialverträglicher und geregelter Marktaustritt ermöglicht werden. Es ist gut, dass zu diesem Zweck ein Bundesfonds eingerichtet werden soll. Ausgehend von der Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds ist es folgerichtig, dass der GKV-Spitzenverband an der Definition der Kriterien für die Mittelvergabe und die Krankenkassen auf Landesebene an der Entscheidung über die Förderung von Maßnahmen beteiligt werden sollen.

Die Bundesländer kommen ihrer Verantwortung in der Landeskrankenhausplanung immer weniger nach. Bedauernswert ist, dass das problematische Auseinanderfallen von Krankenhausplanung durch die Länder und schleichender monetärer Finanzierung durch die Krankenkassen nicht gelöst wird. Der Strukturfonds kann demnach dazu beitragen, Überkapazitäten abzubauen, wird aber die zugrunde liegende Ursache nicht beseitigen. Die Bundesländer können auch weiterhin Überkapazitäten planen und den Versicherten der GKV die Folgekosten übertragen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind im Gesetzgebungsverfahren insbesondere folgende, kritische Punkte zu adressieren:

PKV Beteiligung sicherstellen

Die PKV profitiert in gleichem Maße vom Abbau der Überkapazitäten und ist demnach entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten zu beteiligen. Die Beteiligung der PKV sollte direkt an das BVA (wie auch bei der Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse gem. § 221 Abs. 2 SGB V) oder durch einen Zuschlag auf die Leistungsentgelte erfolgen; die Mittel sind in diesem Fall von den Krankenhäusern an das BVA abzuführen.

Antragstellung durch die Träger einführen

Unverständlich ist, warum die Länder die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen sollen. Es drohen strategische Mitnahmeeffekte zu Lasten der GKV und eine weitere Zweckentfremdung der GKV-Mittel aus dem Gesundheitsfonds, da die Länder die Vorhaben nicht ausschließlich nach versorgungspolitischer Notwendigkeit auswählen werden. Stattdes-

sen wäre es sinnvoll, die Länder noch weitgehender von der politischen und finanziellen Verantwortung für den Abbau der Überkapazitäten zu entlasten. Die Antragstellung sollte daher den Trägern selbst überlassen werden; sie sollen einen Rechtsanspruch auf Beantragung von Marktaustrittshilfen erhalten. Marktaustrittshilfen werden gewährleistet, sofern die Schließung der Standorte die wohnortnahe Versorgung nicht gefährdet. Das Bundesversicherungsamt (BVA) prüft die Bedarfsnotwendigkeit anhand der zukünftig durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisierten Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags. Um Kohärenz zwischen Krankenhausplanung und Strukturfondsförderungsentscheidungen zu gewährleisten, erhalten die Länder ein Vetorecht. Die Ablehnung von Vorhaben, die grundsätzlich als förderungsfähig bewertet wurden, ist vom Land zu begründen und dem Antragsteller zu übermitteln. Klargestellt werden sollte, dass bei der Auswahl der Vorhaben nur Institutionen, die auch Finanzierungsverantwortung tragen, beteiligt werden.

Förderzweck: Vorrang für Standortschließung

Ferner muss klargestellt werden, dass nur die Schließung oder Umwandlung von kompletten Krankenhausstandorten oder Krankenhäusern in nicht akut-stationäre Versorgungsangebote förderungswürdig ist. In Einzelfällen kann nachrangig auch die Schließung von Fachabteilungen gefördert werden. Es muss zudem ausgeschlossen werden, dass ein Bundesland einen kompensatorischen Aufbau der Kapazitäten vornimmt, die im Einzugsgebiet des Standortes stehen. Nur so können Mitnahmeeffekte und Fehlanreize ausgeschlossen werden.

Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung

Problematisch ist, dass die Länder sowohl als Antragssteller für die Auswahl von förderungsfähigen Vorhaben zuständig sein sollen als auch die zweckentsprechende Verwendung überprüfen sollen. Damit werden elementare Regeln zur Vermeidung von Interessenskonflikten verletzt. Stattdessen sollte vorgesehen werden, dass das BVA zweckentsprechende Mittelverwendung verantwortet.

Investitionsquoten einhalten

Zumindest die jetzt schon zu niedrigen Investitionsquoten müssen künftig weiterhin erfüllt werden. Begrüßenswert ist daher, dass eine Förderbedingung formuliert wurde, die vorsieht, dass die Länder auch weiterhin die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2012 – 2014 über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten. Fraglich ist, ob eine Selbstverpflichtung der Länder ausreicht. Es sollte daher klargestellt wer-

den, dass das BVA einmal jährlich prüft, ob die Bundesländer die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2012 – 2014 weiterhin über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten.

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die inhaltlichen Ausführungen sehen ein Volumen von 500 Mio. Euro für den Strukturfonds vor. Die Fortsetzung des Fonds nach 2018 ist noch offen. Kurzfristige Einsparungen durch den Abbau von Überkapazitäten sind nicht quantifizierbar.

C) Änderungsvorschlag

Es ist ein Zuschlagsmodell für die Beteiligung der PKV entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen gesetzlich zu verankern. Die PKV-Mittel sind bei der Bemessung des GKV-Anteils für den Strukturfonds absenkend zu berücksichtigen.

§ 12 ist wie folgt anzupassen:

§ 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 Mio. 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; **stationäre Hospize palliative Versorgungsstrukturen** sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Abs. 2 Satz 5 und nach § 14 Satz 3, kann ~~jedes Land den~~ **ein Anteil abgerufen werden**, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 01.01.2016 ergibt. Soweit **die vom BVA durch die von einem Land bis zum 31.07.2017 genehmigten eingereichten** Anträge die ~~ihm nach Satz 3 zustehenden~~ Fördermittel **nach Satz 3** nicht ausschöpfen ~~geschöpft werden~~, werden mit diesen Mitteln Vorhaben ~~in anderen~~ **Ländern** gefördert, für die Anträge gestellt worden sind. **Antragsberechtigt für eine Förderung aus dem Strukturfonds sind Krankenhausträger. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.**

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

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 01.01.2016 noch nicht begonnen hat,

2. das ~~antragstellende~~ Land **in dem das Vorhaben realisiert werden soll**, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,
3. das ~~antragstellende~~ Land **in dem das Vorhaben realisiert werden soll** sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2016 – 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 – 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 Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Abs. 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nr. 2 und auf die in den Jahren 2016 – 2018 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nr. 3 Buchstabe a angerechnet werden. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge, ~~und~~ weist die Mittel zu **und prüft die zweckentsprechende Verwendung der Mittel**. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, ~~wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist~~. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des BVA werden aus dem in Abs. 1 Satz 1 genannten Betrag gedeckt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit, die Länder und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31.12.2015 das Nähere

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

§ 13 ist wie folgt anzupassen:

§ 13 Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen wählen die Länder die Vorhaben, **an deren Kofinanzierung sie sich beteiligen.** ~~für die ein Antrag auf Förderung gestellt werden soll, aus und treffen die Entscheidung über die Förderung.~~ **Die Ablehnung einer Kofinanzierung von Vorhaben, die grundsätzlich als förderungsfähig bewertet wurden, ist vom Land zu begründen und gegenüber dem Bundesversicherungsamt und dem Antragsteller darzulegen.** ~~Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.~~

§ 14 ist wie folgt anzupassen:

§ 14 Auswertung der Wirkungen der Förderung

Das Bundesversicherungsamt gibt bis zum 31.12.2018 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 Abs. 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.“

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 6

§ 17a Abs. 3 Satz 10 Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Neustrukturierung der Zu- und Abschläge des § 17b Abs. 1a.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7a

§ 17b Abs. 1 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absenkung Bewertungsrelationen/Sinkende Sachkosten:

Da die Vertragsparteien auf Bundesebene bislang nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Leistungen mit eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen gezielt abzusenken oder abzustaffeln, wird diese Option nun verbindlich vorgegeben.

Mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung von Sachkosten sollen analysiert und geeignete Maßnahmen zum Abbau der Übervergütung vereinbart werden. Dies kann durch eine möglichst sachgerechte Abbildung der Kostenverhältnisse gelingen. Um dies zu gewährleisten, wurden die Anforderungen an die Qualität der zu übermittelnden Kostendaten und die hierfür erfolgenden Plausibilisierungsprüfungen sukzessive während des Entwicklungsprozesses des Entgeltsystems ausgebaut. Zudem werden zusätzlich zu den regulären Datenlieferungen der Kalkulationshäuser ergänzende Daten erhoben.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis spätestens zum 30.06.2016 ein Konzept für sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der kalkulierten DRG-Fallpauschalen zu vereinbaren. Das Konzept ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickeln. Gelingt eine Einigung nicht, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 die ausstehenden Entscheidungen.

Besondere Einrichtungen: Palliativstationen

Durch die vorgesehene Ergänzung wird für Palliativstationen oder -einheiten die Option zur Verhandlung von krankenhausespezifischen Entgelten anstelle von bundesweit kalkulierten pauschalisierten Entgelten gestärkt. Dazu wird diesen gesetzlich das Recht eingeräumt, einseitig gegenüber den Kostenträgern zu erklären, ob sie krankenhausespezifische Entgelte vereinbaren möchten.

B) Stellungnahme

Absenkung Bewertungsrelationen/Sinkende Sachkosten:

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Bemühungen, eine bessere Abbildung der Sachkosten im DRG-System sicherzustellen. Der GKV-Spitzenverband hat wiederholt auf die negativen Anreize zur ökonomisch induzierten Mengenausweitung hingewiesen („Der Preis macht die Menge“). Gleichzeitig ist bei sachkostenintensiven Leistungen ein starker Preisverfall zu beobachten. Die der Kalkulation zugrunde liegenden zwei Jahre alten Kostendaten sind somit in vielen Fällen überhöht. Darüber hinaus werden Krankenhäuser nicht auf Basis ihrer Durchschnittskosten vergütet, sondern mit dem Landesbasisfallwert, der deutlich über den durchschnittlichen Kosten liegt. Die so bei sachkostenintensiven Leistungen entstehenden Deckungsbeiträge sorgen für aus ökonomischen Gründen steigende Leistungsmengen. Um diesen Effekten entgegenzuwirken, ist eine schnellere Anpassung der Kalkulation an aktuelle Preisdaten sinnvoll. Insbesondere sollten dabei auch die in Euro kalkulierten Zusatzentgelte einer intensiven Betrachtung unterzogen werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte mit dieser Regelung verstärkt auf das bereits im Rahmen der Kalkulation durch das InEK genutzte Instrument der „ergänzenden Datenbereitstellung“ zurückgegriffen werden. Die schnelle, gesonderte Erhebung tatsächlicher Sachkostenpreise ist ein wichtiger Beitrag zur sachgerechten Vergütung der Krankenhäuser ohne Fehlanreize.

Um dem InEK ausreichend Zeit einzuräumen, die Vereinbarung in der Kalkulation des DRG-Katalogs zu berücksichtigen, erscheint eine Vereinbarung zum 31.03.2017 sachgerecht.

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die beabsichtigte Regelung sorgt für eine Umverteilung der Mittel und ist kostenneutral. Da der Gesamtcasemix in der Kalkulation zwischen zwei DRG-Katalogen unverändert bleibt („konstanter nationaler Casemix“), kommt es durch die Maßnahme zu Verschiebungen zwischen den Relativgewichten. Durch die neuen Relativgewichtsrelationen verändern sich jedoch die Deckungsbeiträge der einzelnen DRGs. Die hierdurch entstehenden Mengeneffekte sind nicht quantifizierbar.

Besondere Einrichtungen: Palliativstationen

Im Krankenhausbereich erfolgt die Finanzierung der Palliativstationen derzeit entweder im Rahmen des DRG-Systems über bundesweit einheitliche Zusatzentgelte für die palliativmedizinische Komplexbehandlung (neben den jeweiligen Fallpauschalen) oder krankenhausspezifisch im Rahmen von sog. „Besonderen Einrichtungen“ über tagesgleiche Pflegesätze. Änderungen der maßgeblichen „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE)“ sind diesbezüglich seitens der Selbstverwaltungspartner derzeit nicht geplant.

Der momentan existierende Mechanismus der jährlichen Vereinbarung der Ausnahmen aus dem DRG-System im Rahmen der VBE ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sinnvoll und entspricht dem Grundgedanken eines lernenden Vergütungssystems. Die Weiterentwicklungen der Vergütungssystematik hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass auch weitere Bereiche, von denen es klassischer Weise nicht erwartet wird, immer besser über die DRG-Systematik abgebildet werden konnten und grundsätzliche Ausnahmen nicht länger notwendig waren (Beispiel Kinderkliniken).

Auch im Rahmen der Palliativversorgung sind Weiterentwicklungen nicht unüblich. So wurde die DRG-Vergütungssystematik zuletzt in 2014 mit einem neuen Zusatzentgelt für eine „Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ weiter ausdifferenziert. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Abbildung dieses Leistungsbereiches in den kommenden Jahren entwickelt.

Mit der Finanzierung über das DRG-System werden daneben direkte Anreize für eine qualitativ gute palliativmedizinische Versorgung gesetzt. Es gibt über die in den entsprechenden OPS-Kodes festgeschriebenen Struktur- und Leistungsanforderungen einen direkten Bezug zu qualitativ hochwertiger Leistungserbringung und deren Vergütung.

Vor diesem Hintergrund gibt es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes keine Notwendigkeit, von der bisherigen Vereinbarungslösung über die VBE 2015 abzuweichen und eine gesetzliche Wahlmöglichkeit festzuschreiben. Durch die Schaffung dieses Präzedenzfalls, dem ggf. weitere Leistungsbereiche folgen könnten, würde hingegen die Akzeptanz von Vereinbarungslösungen der Selbstverwaltungspartner und des DRG-Systems insgesamt unnötig geschwächt.

C) Änderungsvorschlag

Absenkung Bewertungsrelationen/ Sinkende Sachkosten:

In Abs. 1 Satz 6 werden die Fristen angepasst, hierzu werden die Wörter „30. Juni 2016“ durch „31. März 2017“ und „für das Jahr 2017“ durch „für das Jahr 2018“ ersetzt.

In Abs. 1 Satz 6 werden nach dem Wort Fallpauschalen die Wörter „oder der Eurobeträge für Zusatzentgelte“ eingefügt.

Besondere Einrichtungen: Palliativstationen

Streichung der Neuregelung.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7a

§ 17b Abs. 1a Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Qualitätszu- und -abschläge, Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte des pauschalierenden Vergütungssystems einbezogen sind, können Zu- oder Abschläge vereinbart werden. Neu ist hier die Nennung der Qualitätszu- und -abschläge und der Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse. Nach Abs. 1a Nr. 3 kann es diese für außerordentlich gute oder unzureichende Qualität geben, nach Nr. 4 für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen der Qualitätssicherung wie Fehlermeldesystemen, nach Nr. 5 als befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

B) Stellungnahme

Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5 und Artikel 4 Nr. 14.

Es wird begrüßt, dass in Abs. 1a Nr. 3 den Krankenkassen und Krankenhäusern ein weiteres Instrument an die Hand gegeben wird, um das pauschalierte Vergütungssystem mit der Qualitätssicherung zu verknüpfen.

Neben dem Ausschluss unzureichender Qualität sollten sich qualitätsorientierte Zu- und Abschläge nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes aber auf „gute“ Qualität einerseits und „mindere“ Qualität im unteren Toleranzbereich andererseits beziehen.

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d, Nr. 9a und Nr. 10c.

Befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Beschlüssen des G-BA – sofern sie noch nicht bei der DRG-Kalkulation und den Zusatzentgelten berücksichtigt werden konnten – sind durch die bestehenden Regelungen im Krankenhausfinanzierungsrecht bereits abgegolten.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a Nr. 5 ist zu streichen.

Hilfsweise Abs. 1 a Nr. 5 belassen, sofern eine Korrektur in § 10 KHEntG unter Artikel 2
Nr. 10 erfolgt.

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7b

§ 17b Abs. 3 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kalkulationen der stationären Entgeltsysteme nach § 17b und § 17d basieren auf Ist-Kostendaten und Ist-Leistungsdaten von Krankenhäusern. Da die Entgeltsysteme auf einer freiwilligen Kalkulationsbeteiligung beruhen, können derzeit einzelne Trägergruppen oder Leistungsbereiche in der Kalkulationsgrundlage unterrepräsentiert sein oder sich sogar gezielt einer Kalkulationsbeteiligung entziehen. Die bestehende freiwillige Stichprobe soll durch die verpflichtende Kalkulationsteilnahme einzelner Krankenhäuser oder andere geeignete Maßnahmen ergänzt werden, um eine sachgerechte und repräsentative Kalkulationsgrundlage aufzubauen. Die Selbstverwaltungspartner werden verpflichtet, auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu erarbeitenden Vorschlags ein Umsetzungskonzept zu erarbeiten und bis zum 31.12.2016 zu vereinbaren. Die Selbstverwaltungspartner erhalten in diesem Kontext die Befugnis, geeignete Krankenhäuser mit verbindlicher Wirkung zur Teilnahme an der Kalkulation auszuwählen. Die Maßnahmen müssen geeignet sein, eine verpflichtende Kalkulationsteilnahme effektiv durchzusetzen, z. B. durch spürbare Sanktionsmaßnahmen im Falle von Kalkulationsverweigerung oder eingeschränkt nutzbaren Kalkulationsdaten. Im Konfliktfall entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird begrüßt und begegnet der Problematik angemessen. Entscheidend ist, dass die im Paragrafenteil und Gesetzesbegründung vorgesehenen Maßnahmen zur effektiven Durchsetzung der verpflichtenden Kalkulationsteilnahme verankert werden bzw. durch die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene zu vereinbaren sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7c

§ 17b Abs. 5 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die geplante Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7d

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die strukturelle Neuordnung der Regelungen des § 17b in den Absätzen 1 und 1a und die damit verbundene Stärkung der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG als Konfliktlösungsmechanismus wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Insofern ist es sachgerecht, dass für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf ein Konzept zur sachgerechten Korrekturen des Sachkostenanteils in den DRG-Bewertungsrelationen oder auf ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage einigen, die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG entscheidet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7e

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 17b Abs. 1 KHG.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 8

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang auf den Zeitraum bis 31.08.2014 begrenzte Übergangslösung, dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG die Aufgaben des Schlichtungsausschusses wahrnehmen kann, soll künftig unbefristet gelten. Die Landesschlichtungsausschüsse werden in Absatz 4b gestrichen, da der Sozialrechtsweg gegen Schlichtungsentscheidungen in den neuen 4c aufgenommen wird. Im neuen Absatz 4c wird klargestellt, dass ein auf das Schlichtungsverfahren folgendes Klageverfahren grundsätzlich vor dem Sozialgericht zu führen ist. Der Schlichtungsausschuss selbst kann nicht beklagt werden; die Klage ist zwischen den am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu führen.

Alternativ zur Schlichtungsentscheidung durch den Schlichtungsausschuss wird im obligatorischen Schlichtungsverfahren die Möglichkeit geschaffen, die Streitbeilegung durch eine Schlichtungsperson herbeizuführen. Bei Bestellung einer Schlichtungsperson für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten soll der Sozialrechtsweg gegeben sein. Die gerichtliche Überprüfung der Entscheidung findet nur statt, wenn geltend gemacht werden kann, dass die Entscheidung der Schiedsperson der öffentlichen Ordnung widerspricht.

B) Stellungnahme

Durch das Beitragsschuldengesetz wurden mit Wirkung zum 01.08.2013 diverse Neuregelungen zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern in das KHG aufgenommen und bereits durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) geändert. Schon im Stellungnahmeverfahren zum Beitragsschuldengesetz und zum GKV-VSG wurde durch den GKV-Spitzenverband auf die zu erwartenden Probleme bei der Errichtung der Landesschlichtungsausschüsse hingewiesen und die ersatzlose Streichung der Regelung zur Einrichtung der Landesschlichtungsausschüsse gefordert. Auch nach Verabschiedung der gesetzlichen Neuregelung haben die Selbstverwaltungspartner sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene gemeinsam die in Rede stehende Problematik mehrfach artikuliert und Vorschläge zur Lösung unterbreitet.

Die nun geplanten Änderungen werden abgelehnt. Zwar wurde – wie in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe skizziert – am Konzept des obligatorischen Schlichtungsverfahrens

rens festgehalten, die gesetzliche Klarstellung, dass durch den Schlichtungspruch kein Verwaltungsakt zustande kommt aber unterlassen. Hintergrund ist die Sorge vor einer Steigerung der Schlichtungskosten im Falle des Einbezugs der Schlichtungsgremien als Streitpartei in die gerichtlichen Auseinandersetzungen. Dieser Sorge wird nun dadurch begegnet, dass klargestellt wird, wer Klagepartei in Folge der Schlichtung ist. Die in diesem Zusammenhang erhoffte Klarstellung, dass die Schlichtungsentscheidung nicht als Verwaltungsakt zu begreifen ist, wird nicht nur unterlassen, sie wird ins Gegenteil verkehrt. Die Intention der GKV war es jedoch stets, eine Klarstellung dahingehend zu bewirken, dass die Entscheidung des Landesschlichtungsausschusses keinen Verwaltungsakt darstellt, sondern einen Mediationsversuch, in dessen Folge das Sozialgericht ohnehin zuständig gewesen wäre. Die Empfehlung des Bundesrates (Stellungnahme des Bundesrates zu Nr. 85 GKV-VSG, BT-Drs. 18/4095, S. 202 ff.) stellt diesbezüglich eine Lösungsmöglichkeit dar.

C) Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung der Regelung zur Einrichtung der Landesschlichtungsausschüsse.

Hilfsweise werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

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

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

§ 17c Abs. 4b Satz 1 KHG: Streichung der Worte „und der Schlichtungsausschüsse nach Abs. 4“.

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

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

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 9

§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Bereich des pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17d für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen soll entsprechend der Vorgaben nach § 17b Abs. 3 Satz 6 und 7 durch sukzessive Ergänzung der bestehenden freiwilligen Stichprobe eine repräsentative Kalkulationsgrundlage aufgebaut werden. Soweit die von den Selbstverwaltungspartnern zu treffenden Entscheidungen nicht zustande kommen, hat nach Abs. 6 Satz 6 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 die ausstehenden Entscheidungen auf Antrag einer Vertragspartei treffen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Vgl. Artikel 1 Nr. 7b).

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1

Anpassung der Inhaltsübersicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Bereinigung der Inhaltsübersicht.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2

§ 1 Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 17b und §17d KHG

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zentrumsbegriff und die besonderen Aufgaben von Zentren werden neu gefasst. Zentren sollen sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden. Die Zentren sind im Krankenhausplan oder durch eine gleichartige Festlegung im Einzelfall auszuweisen. Besondere Aufgaben können nur Leistungen sein, die nicht bereits durch Fallpauschalen, sonstige Entgelte des KHEntgG oder nach § 65c SGB V (klinische Krebsregister) vergütet werden. Weiter wird klargestellt, dass besondere Aufgaben auch Leistungen umfassen können, die nicht in der unmittelbaren stationären Patientenversorgung bestehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt. Es ist bereits seit vielen Jahren eine Forderung der GKV gewesen, dass Zentren und Schwerpunkte einer planungsrechtlichen Verankerung bedürfen. Insofern begrüßt es der GKV-Spitzenverband, dass die besonderen Aufgaben einer Festlegung im Krankenhausplan oder durch Einzelfestlegungen bedürfen. Die Klarstellung, dass als besondere Aufgaben nur Leistungen gelten, die nicht bereits durch anderweitige Finanzierungsregelungen vergütet werden, ist ebenfalls sachgerecht und wird begrüßt. Allerdings greift die vorgesehene Regelung zu kurz. Bei der beabsichtigten Regelung besteht insbesondere bei nicht patientenbezogenen Leistungen die Gefahr, dass es zu Überschneidungen mit anderen Vergütungsformen (wie z. B. §§ 116b oder 65c SGB V). Die bereits in der Regelung vorgesehen Einschränkungen im Hinblick auf § 65c SGB V müssen folglich auf das gesamte SGB V erweitert werden, damit Doppelvergütungen generell ausgeschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 2 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

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

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 42 von 160

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4a

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Bereinigung des Jahresbezuges

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4b

§ 4 Abs. 2a Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene im Jahr 2017 wird die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft. Zur Vermeidung von Fehlanreizen unterliegen auch die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag. Für das Jahr 2017 und die Folgejahre neu vereinbarte zusätzliche Leistungen unterliegen dem neuen Fixkostendegressionsabschlag.

B) Stellungnahme

Die Weiterführung des dreijährigen Mehrleistungsabschlages für die vereinbarten Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4c

§ 4 Abs. 2b (neu) Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Fixkostendegressionsabschlag:

Ab dem Jahr 2017 werden auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses Fixkostendegressionsabschläge nach § 10 Abs. 13 KHEntgG für zusätzliche Leistungen vereinbart. Die auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe und die fünfjährige Dauer gelten dabei als Mindesthöhe und –dauer. Nicht in die Ermittlung der Abschlagssumme einzubeziehen sind die zusätzlich vereinbarten Leistungen, die durch den von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegten Ausnahmenkatalog ausgenommen sind.

Bei Krankenhäusern, die z. B. aufgrund der Schließung eines anderen Krankenhauses in der Umgebung oder aufgrund guter Qualität zusätzliche Patientinnen und Patienten gewinnen, ist für die durch entsprechende Leistungsverlagerungen begründeten Leistungszuwächse nur der halbe Fixkostendegressionsabschlag zu erheben.

Da der Mehrleistungsabschlag zum Jahresende 2016 grundsätzlich abgeschafft wird, aber zur Vermeidung von Fehlanreizen für Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 der Mehrleistungsabschlag auch noch dreijährig anzuwenden ist, ist nach Satz 6 das entsprechende Mehrleistungsabschlagsvolumen in den Jahren 2017 und 2018 bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag auf die DRG-Fallpauschalen umzusetzen.

B) Stellungnahme

Verweis auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10j.

Im Rahmen des ab 2017 zu erhebenden Fixkostendegressionsabschlages soll gem. § 9 Abs. 1 Satz 6 KHEntgG auf Bundesebene ein eng begrenzter Katalog an Ausnahmen vereinbart werden. Es ist unverständlich, warum in § 4 Abs. 2b Satz 3 KHEntgG ein Ausnahmetatbestand im Gesetz benannt wird und für bestimmte durch Verlagerungen induzierte Leistungszuwächse nur der halbe Fixkostendegressionsabschlag zu erheben ist. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten die eng begrenzten Ausnahmetatbestände entsprechend der Gesetzeslogik

auf Bundesebene vereinbart werden. Dieser Tatbestand sollte vor diesem Hintergrund hier gestrichen werden.

Der in 2015 vereinbarte dreijährige Mehrleistungsabschlag wird auch noch in 2016 und 2017 wirken und korrespondiert mit dem Versorgungszuschlag, welcher an die Krankenhäuser im Jahr 2015 fließt. Der dann in 2016 auslaufende dreijährige Mehrleistungsabschlag wird auch noch in 2017 und 2018 wirken und korrespondiert mit dem Versorgungszuschlag, welcher an die Krankenhäuser im Jahr 2016 fließen wird (vgl. Erstes Pflegestärkungsgesetz (2014)). Es muss hierbei eindeutig klargestellt werden, dass der auslaufende Mehrleistungsabschlag „erhöhend“ bei der Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlages in den Jahren 2017 und 2018 zu berücksichtigen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung unter Verweis auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10j.

Hilfsweise:

Streichung des § 4 Abs. 2b Satz 3.

§ 4 Abs. 2b Satz 4 ist wie folgt anzupassen:

„Sofern für zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigte Leistungen für die Jahre 2015 oder 2016 nach Abs. 2a Satz 8 noch ein Mehrleistungsabschlag in den Jahren 2017 und 2018 zu erheben ist, ist das maßgebliche Abschlagsvolumen **erhöhend** bei der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages zu berücksichtigen und durch den einheitlichen Abschlag nach Satz 5 umzusetzen.“

Redaktionelle Anmerkung zu § 4 Abs. 2b Satz 2 KHEntgG: Im Satz 2 wird eine eher untypische Formulierung gewählt „[...] und/oder [...]“.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4d

§ 4 Abs. 3 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4e

§ 4 Abs. 6 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 17b

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 48 von 160

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4f

§ 4 Abs. 8, 9 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 4

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4g

§ 4 Abs. 10, 11 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung von § 4.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4h

§ 4 Abs. 8 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2016 – 2018 soll ein Pflegesonderprogramm zur Zusatzfinanzierung der „Pflege am Bett“ aufgelegt werden. Eine Expertenkommission erarbeitet Vorschläge für die Folgeregung.

B) Stellungnahme

Politisch scheint mittlerweile keinerlei Vertrauen mehr in das Krankenhausmanagement zu bestehen, das offensichtlich immer mehr zum reinen Erlösmanagement verkümmert ist und die pflegerische Qualität vernachlässigt hat.

Das beabsichtigte Pflegestellenförderprogramm ist das nunmehr dritte Sonderprogramm im nichtärztlichen Bereich, das durch hausindividuelle Zuschläge zusätzliche Finanzen bereitstellt. Bisherige Sonderprogramme (Pflege, Hygiene) wurden durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte dauerhaft fortgeführt. Die Mängel solcher Ansätze sind mittlerweile bekannt. Wer besonders stark Personal abgebaut hat und nun mit Fremdmitteln wieder aufbaut, der wird belohnt. Jene, die immer ausreichend Personalqualität und -stärke garantiert haben, die also jetzt keinen Aufstockungsbedarf haben, gehen leer aus. Der Grundansatz dieses Pflegesonderprogramms kann nicht befriedigen. Bei der Umsetzung der Regelungen sollten daher die folgenden Punkte berücksichtigt werden:

- Vorgesehen werden sollte nicht nur die Rückzahlung der zusätzlichen Mittel bei nicht nachgewiesener Mittelverwendung; die Gewährung weiterer Mittel sollte vielmehr von der Nachweisführung über das Vorjahr abhängig sein. Ebenso sollte der Personalbestand des alten Pflegesonderprogramms eine Rolle spielen. Nur wer die bereits geförderten Personalstellen nicht wieder abgebaut hat, sollte auf die volle Förderung zugreifen können. Alle anderen sind solange von der vollen Förderung ausgeschlossen, bis der bereits geförderte Personalbestand wieder erreicht wurde; bis dahin sollten diese Kliniken einen höheren Eigenanteil leisten.
- Eine explizite Verknüpfung zwischen Pflegestellenförderprogramm und Arbeitsergebnis der avisierten Expertenkommission ist dringend anzuraten. Andernfalls führt die mögliche Einrechnung der kumulierten Beträge in die Landesbasisfallwerte wie auch die entfallende Nachweisführung über die Mittelverwendung erneut zu einer teilweisen Egalisierung tatsächlicher Personalaufstockungen. Auch wenn die Berücksichtigung der hochaufwendig-

gen Pflege im DRG-System durch den Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) dazu geführt hat, dass diese Leistungen besser vergütet werden, so wurde nur ca. die Hälfte der Mittel des Pflegesonderprogramms darüber gezielt verteilt. Eine Garantie, dass ausreichend Pflegepersonal beschäftigt wird, ist damit allerdings nicht gegeben. Der angegebene Zeitrahmen sieht für die Implementierung einer Anschlussregelung eine lediglich einjährige Überschneidung vor (31.12.2017: Vorschläge der Expertenkommission, 31.12.2018: Ende der hausindividuellen Zusatzfinanzierung). Es sollte überdacht werden, inwiefern ein Jahr ausreicht, die Kommissionsvorschläge zu diskutieren und den letztlich ausgewählten Vorschlag praxistauglich auszuarbeiten. In Abhängigkeit von der Art der gewählten Anschlussregelung sind evtl. zeitaufwendige Prozesse, ggf. unter Einbindung von Gemeinsamer Bundesausschuss, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus usw. vor der Implementierung erforderlich. Die Mittel des Pflegestellenförderprogramms sollten nur in dem Umfang in die Regelversorgung überführt werden, wie nachgewiesen ist, dass diese Mittel der Pflege auf bettenführenden Abteilungen zu Gute kommt.

- Des Weiteren sollte der MDK im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Mittelverwendung überprüfen dürfen (vgl. Stellungnahme zu § 275a SGBV neu).

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die Finanzwirkung summiert sich bis 2018 auf 660 Mio. Euro und beläuft sich damit auf die Hälfte des Vorgängerprogramms von 2009 bis 2011. Eine Langzeitbetrachtung der Finanzwirkung ist aufgrund der noch fehlenden Anschlussregelung nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

Unterschiedliche Förderprozentsätze

In § 4 Abs. 8 Satz 1 (neu) werden hinter den Worten „zu 90 Prozent finanziell gefördert“ die Wörter „sofern der Pflegepersonalbestand vom 31. Dezember 2011 nicht unterschritten wurde; zu 45 Prozent finanziell gefördert bis zum Erreichen des Pflegepersonalbestands vom 31. Dezember 2011.“ eingefügt.

Keine neuen Mittel vor Rückzahlung

Nach § 4 Abs. 8 Satz 9 (neu) wird der Punkt gelöscht und folgender neuer Halbsatz angefügt: „bis zur Rückzahlung der Finanzierungsanteile ist eine zusätzliche finanzielle Förderung nach Satz 1 ausgeschlossen.“

Anschlussregelung

In § 4 Abs. 8 Satz 12 (neu) sind nach den Wörtern „gestellt werden“ folgende Wörter einzu-
fügen „und in welchem Umfang Maßnahmen zur Überführung des Finanzierungsvolumens in
die Regelversorgung vorhanden sind“.

Nach § 4 Abs. 8 Satz 12 ist folgender Satz 13 anzufügen: „Sind bis zum 31. Dezember 2018
nicht ausreichend Maßnahmen zur Überführung des bis dahin finanzierten Volumens in die
Regelversorgung vorhanden, verlängert sich der Förderzeitraum der am 31. Dezember 2018
nach diesem Programm geförderten Maßnahmen bis zu dessen vollständiger Überführung in
die Regelversorgung.“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4i

§ 4 Abs. 9 Satz 5 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung und Rechtsbereinigung

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 54 von 160

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4j

§ 4 Abs. 12, 13, 14 Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

A) Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der bereits weggefallenen Absätze 12, 13, 14 in § 4 KHEntgG (Rechtsbereinigung).

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5a

§ 5 Abs. 1 Satz 1 Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung in Folge des neu geschaffenen Absatz 1a KHEntG.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung in Absatz 1 ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5b

§ 5 Abs. 2 Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Sicherstellungszuschläge:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt bis zum 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest (vgl. § 136c Abs. 3). Die Landesregierungen können im Rahmen von Rechtsverordnungen von diesen Vorgaben abweichen.

Die Vertragspartner vor Ort vereinbaren auf Basis der Vorgaben des G-BA und des Landes einen Sicherstellungszuschlag, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Bei der Vereinbarung des Sicherstellungszuschlags haben die Vertragsparteien insbesondere die Höhe des Zuschlags festzulegen. Dabei bemisst sich die krankenhausesindividuell zu vereinbarende Höhe des Zuschlags nach dem Bedarf für eine kostendeckende Finanzierung der Leistungseinheiten bzw. Abteilungen, die zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung erforderlich sind, und nicht nach dem Gesamtdefizit des Krankenhauses. Wie bisher ist der Sicherstellungszuschlag jährlich neu zu vereinbaren.

Soweit Sicherstellungszuschläge auf den zu definierenden Kriterien beruhen, sollen diese nicht länger absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden (vgl. § 10 Abs. 3 Nr. 6).

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Konkretisierung der Sicherstellungszuschläge nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Ist ein Krankenhaus für die Sicherstellung der Versorgung notwendig, das Patientenaufkommen aber nicht groß genug, um ein Krankenhaus wirtschaftlich betreiben zu können, so lässt sich die Vorhaltung nicht über bundeseinheitliche Fallpauschalen oder den Landesbasisfallwert finanzieren. In diesen Fällen greift ein Sicherstellungszuschlag. Die in § 5 Abs. 2 i. V. m. § 136c Abs. 3 SGB V gemachten gesetzlichen Vorgaben sind grundsätzlich geeignet und zur Gewährung eines Sicherstellungszuschlags unabdingbar. Hinsichtlich des lediglich für ein Jahr vorliegenden negativen Betriebsergebnisses sollte allerdings eine Ausweitung auf drei Jahre vorgesehen werden, zumindest aber eine Quantifizierung hinsichtlich der Mindesthöhe des Defizits (ggf. als Anteil am Umsatzvolumen). Ebenfalls sollte bei der Betrachtung von großen Krankenhausketten eine Konkretisierung hinsichtlich des Defizits einzelner Standorte

vorgenommen werden. Ein Sicherstellungszuschlag sollte in diesen Fällen nicht gewährt werden.

Dass die vereinbarten Sicherstellungszuschläge künftig nicht mehr regelhaft über eine entsprechende Absenkung der Landesbasisfallwerte ausgabenneutral gegenfinanziert werden sollen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes falsch. Da in der Vergangenheit und auch aktuell die ländliche Versorgung gewährleistet ist, sind die gegenwärtigen Mittel der Sicherstellung bereits durch die GKV finanziert, müssen allerdings noch zielgenauer verteilt werden. Dass mindestens aber abweichende Vorgaben der Bundesländer, die zu Mehrkosten führen, in einer Absenkung des Landesbasisfallwertes resultieren sollen, wird begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10b, § 10 Abs. 3 KHEntgG).

Wesentlich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist, dass das Instrument der Sicherstellungszuschläge auch weiterhin lediglich bei einer Gefährdung der bedarfsgerechten Versorgung als absolute Ausnahme sparsam Anwendung findet, da man andernfalls Gefahr läuft, Unwirtschaftlichkeit und nicht bedarfsgerechte Strukturen zu finanzieren und die Leistungsorientierung des DRG-Systems zu untergraben. Da eine Lösung der Investitionsfinanzierung durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht gelang, sollte die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen an die Aufrechterhaltung einer Mindestinvestitionsquote gekoppelt werden, um eine direkte Quersubventionierung zu vermeiden.

Um eine funktionsfähige Umsetzung zu ermöglichen, ist die Einführung und Verwendung einer Standortidentifikationsnummer zwingend erforderlich (vgl. Stellungnahme zum „Ergänzende Änderungsbedarf“).

Finanzielle Auswirkung

Bisher liegen die Ausgaben für Sicherstellungszuschläge deutschlandweit bei ca. 5 Mio. Euro. Ab dem Jahr 2017 sollen gemäß dem Finanztableau jährlich 100 Mio. Euro über das Instrument der Sicherstellungszuschläge an die Krankenhäuser fließen.

C) Änderungsvorschlag

Defizitregelung

In § 5 Abs. 2 Satz 4 (neu) werden die Wörter „für das Kalenderjahr“ durch die Wörter „oder der Krankenhauskonzern, der Krankenhausverbund oder die Krankenhausträgergruppe für die Kalenderjahre“ ersetzt und nach den Wörtern „vor der Vereinbarung“ die Wörter „seit drei Jahren“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 58 von 160

Hilfsweise Defizitregelung

Hilfsweise sollte in § 5 Abs. 2 Satz 4 (neu) nach dem Wort „ausweist“ die Wörter „, das mindestens 15 vom Hundert des Erlösbudgets gem. § 4 KHEntgG beträgt“ eingefügt werden.

Vgl. III. Ergänzender Änderungsbedarf „Krankenhausstandort-ID“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5c

§ 5 Abs. 3 Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zentrumszuschläge:

Die Regelung stellt klar, dass die Vertragsparteien die konkreten Zuschläge für besondere Aufgaben von Einrichtungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 (Zentren und Schwerpunkte) für das einzelne Krankenhaus vor Ort vereinbaren. Die Zuschläge sind auf der Grundlage der näheren Maßgaben und Festlegungen in der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1a Nr. 2 festzulegen.

B) Stellungnahme

Der Verweis auf den neuen § 9 Abs. 1a Nr. 2 zur Klarstellung, welche Voraussetzungen die besonderen Aufgaben von Zentren erfüllen sollen, wird durch den GKV-Spitzenverband begrüßt. Allerdings sind in dem neuen § 9 Abs. 1a Nr. 2 einige Anpassungen vorzunehmen, die der Konkretisierung der Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit der besonderen Aufgaben von Zentren dienen. Hierbei wird auf die Änderungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 2, § 9 Abs. 1a (neu), Nr. 2 zum Thema Zentrumszuschläge verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5d

§ 5 Abs. 3 Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3a Qualitätszu- und -abschläge

Der neue Absatz 3a ermöglicht den Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität Zu- und Abschläge zu vereinbaren. Diese fallen leistungs- oder leistungsbereichsbezogen in einem vom den Vereinbarungspartnern festgelegten Zeitfenster für Aufnahmen ins Krankenhaus an. Krankenhausbesonderheiten sind zu berücksichtigen.

Qualitätsabschläge dürfen bei anhaltendem Qualitätsmangel nur dann erhoben werden, wenn dem Krankenhaus ein Jahr Zeit gegeben wurde, festgestellte Mängel zu beheben. Für einen Zeitraum von 12 Monaten ist der Qualitätsabschlag dann in doppelter Höhe zu erheben.

Absatz 3b Klinische Sektionen

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

Absatz 3c Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen vereinbaren nach Absatz 3c befristete krankenhausespezifische Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten für personelle und sachliche Mittel aufgrund von Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten. Für Krankenhäuser, die die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen, dürfen nur dann Zuschläge vereinbart werden, wenn der G-BA entsprechende zeitliche und inhaltliche Regelungen beispielsweise in Form von Übergangsfristen vorgegeben hat. Die Regelung gilt auch für den zurückliegenden Beschluss des G-BA zu den Früh- und

Reifgeborenen für die Finanzierung von personellen und sächlichen Mitteln, die ab dem 01.01.2014 eingesetzt wurden.

B) Stellungnahme

Absatz 3a Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7, Artikel 2 Nr. 9 und Artikel 4 Nr. 14.

Es muss klar geregelt werden, dass Krankenhäuser, die Leistungen unzureichender Qualität im Sinne der Unterschreitung der Mindestanforderungen erbringen, von der Versorgung ausgeschlossen werden. Die Unterschreitung von Mindestanforderungen darf nicht mit Abschlägen erfolgen. Krankenhäuser, die diese Vorgaben nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen.

Gibt es jedoch weniger gute oder mindere Qualität, sollte geprüft werden, ob mit Qualitätsabschlägen Anreize zur Qualitätsverbesserung gesetzt werden. Neben der grundsätzlichen Zustimmung zu der Möglichkeit, Qualitätszu- und -abschläge zu vereinbaren, ist wenig einleuchtend, weshalb außerordentlich gute Qualität unmittelbar zu Zuschlägen führt, während Qualitätsabschläge erst nach einer Frist für Verbesserungen fällig werden. Wenn man den Krankenhäusern Verbesserungszeiten bei minderer Qualität einräumt, sollten komplementär bei außerordentlich guter Qualität erst nach einer einjährigen Bewährungszeit Zuschläge gezahlt werden. Die vorgeschlagene „Pay for Performance“-Regelung ist für die gesetzlichen Krankenkassen nicht kostenneutral. Bei anhaltend minderer Qualität wird im ersten Jahr nach der Verbesserungsfrist zwar der Abschlag in doppelter Höhe fällig. Die Krankenhäuser, die sich verbessert haben, werden jedoch für das Jahr mit minderer Qualität keine Abschläge hinnehmen müssen. Demgegenüber sind Qualitätszuschläge jedoch in jedem Jahr nach Vereinbarung zu zahlen. Gefordert wird daher eine kostenneutrale, komplementäre Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge.

Absatz 3b Klinische Sektionen

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9a – § 9 Abs. 1a Nr. 3 (neu).

Absatz 3c Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 9a und Nr. 10c.

Nach § 135a Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweili-

ligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Nach § 2 Abs. 1 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.

Der G-BA beschließt nur dann Richtlinien zur Qualitätssicherung, wenn Qualitätsmängel in der Krankenhausversorgung beobachtet wurden. Er reagiert auf unzureichende Qualität und schreibt den ohnehin geltenden medizinischen Standard in seinen Richtlinien fest. Konkret handelt es sich um Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Einrichtungen, die diese Mindestanforderungen nicht erfüllen können oder wollen, sollten die betreffende Leistung nicht mehr erbringen dürfen.

Die Leistungen der Krankenhäuser werden über die leistungsorientierten, pauschalierten Entgeltsysteme vergütet. Per Gesetz muss erwartet werden, dass es sich um Leistungen handelt, die dem medizinischen Standard auch hinsichtlich ihrer Qualität entsprechen. Jährlich fließen enorme Mittel ohne jegliche Zweckbindung bzw. sind begründeter Teil der Forderungen im Rahmen der „Allgemeinen Kostensteigerungen“ in den Landesbasisfallwertverhandlungen. So ist zwischen 2005 und 2014 das abgerechnete Casemixvolumen um mehr als 20 Prozent gestiegen. Hinzu kommen spezielle Entgelte, wie beispielsweise die NUB-Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. D. h., über die Entgeltsysteme werden die Leistungen dem medizinischen Standard entsprechend bereits vergütet.

Bleiben Krankenhäuser hinter dem zu erwartenden Qualitätsniveau zurück, um das pauschalierte Entgeltsystem zur Erhöhung des individuellen Deckungsbetrages auszunutzen, muss klar ein, dass sie mit der Fixierung des medizinischen Standards in einer G-BA-Richtlinie von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Es darf nicht darum gehen, Standorte mit zusätzlichen Mitteln auszustatten, um in einem Leistungsbereich tätig zu bleiben oder sogar erst tätig zu werden. Kommt es zu der im Gesetzesentwurf formulierten Regelung, besteht die Gefahr eines Fehlanreizes: Erst wenn es eine G-BA-Richtlinie gibt, über die mittelbar zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, kümmert man sich um angemessene Qualität. Krankenhäuser, die sich von Anfang an um die Erfüllung des medizinischen gebotenen qualitativen Standards bemühen, würden quasi bestraft. So ist überhaupt nicht nachvollziehbar, weshalb nach Satz 2 Krankenhäuser, die die Anforderungen „nicht“ erfüllen, per G-BA-Beschluss das Recht erhalten sollten, zusätzliche Mittel für etwas, das sie nicht erfüllen, zu erhalten. Hier wird das Prinzip „das Geld folgt der Leistung“ verlassen. Darüber hinaus konterkariert Absatz 3c die Bemühungen, anspruchsvolle Leistungen auf bestimmte Krankenhäuser mit Experten zu konzentrieren. Vielmehr besteht die Gefahr, weiter in überversorgte Leistungsbereiche zu investieren.

Aufgrund des pauschalierenden Ansatzes der Vergütungssysteme wird es in vielen Fällen unmöglich sein, zu quantifizieren, in welchem Ausmaß die in G-BA-Richtlinien festgeschrie-

benen qualitativen Anforderungen in der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt wurden. Zwangsläufig wird diese Regelung daher zu erheblichen Veränderungen in der Kalkulation des InEKs führen mit den entsprechenden Konsequenzen für die Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation beteiligen. Anders wird die bevorstehende Doppelvergütung nicht in den Griff zu bekommen sein.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3a Satz 1 wird das Wort „unzureichender“ ersetzt durch „minderer“, in Satz 4 das Wort „unzureichende“ durch „mindere“.

In Absatz 3a wird die zweite Hälfte von Satz 5 gestrichen: „;dabei ist der Qualitätsabschlag für die Dauer von zwölf Kalendermonaten in doppelter Höhe zu erheben; die Sätze 2 und 3 gelten entsprechend“.

In Absatz 3a wird nach Satz 5 eingefügt: „Sofern die Vertragsparteien nach Satz 1 außerordentlich gute Qualität feststellen, hat die Vereinbarung auch zu beinhalten, dass die außerordentlich gute Qualität innerhalb des folgenden Jahres beizubehalten ist; in dieser Zeit sind keine Qualitätszuschläge zu zahlen. Nur wenn die außerordentlich gute Qualität ein weiteres Jahr beibehalten wird, ist der Qualitätszuschlag zu leisten, sofern die Vertragsparteien feststellen, dass die Voraussetzungen für die Zahlung weiterhin vorliegen.“

Absatz 3c ist zu streichen.

Hilfsweise ist in Absatz 3c der Satz 2 zu streichen: „Die Vereinbarung ... Regelungen vorgegeben hat.“ Vgl. Streichung in dieser Stellungnahme unter Artikel 2 Nr. 10c.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5e)

§ 5 Abs. 6 Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung aufgrund Zeitablaufs

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 6

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung aufgrund der Änderungen im § 17b und aufgrund Zeitablauf.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 7a–c

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung von § 17b Absatz 1 KHG sowie zur Einführung von neuen Zu- und Abschlägen.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 7d)

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleitungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Abschaffung des Versorgungszuschlags nach § 8 Abs. 10 zum
01.01.2017.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 8c.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 8c.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 8 a, b

§ 8 Abs. 2 und 4 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei den Änderungen in Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 Satz 1 handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

Mindestmengen

Es wird in Absatz 4 ein zweiter Satz eingefügt, der die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) operationalisiert. Werden entsprechende Vorgaben nicht erfüllt und können keine Ausnahme- oder Übergangsregelungen geltend gemacht werden, so darf eine Leistungserbringung unterhalb der Mindestmenge nicht vergütet werden.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen in den Absätzen 2 und 4 sind nachvollziehbar.

Mindestmengen

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 11 und Artikel 4 Nr. 14.

Die Neuregelung eröffnet erstmals die Chance, dass die Mindestmengenregelungen des G-BA verbindlich umgesetzt werden. Allerdings greift die Formulierung in Absatz 4 Satz 2 zu kurz: Es sollten auch keine Entgelte bezahlt werden dürfen, wenn Struktur- und Prozessvorgaben des G-BA nicht erfüllt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird nach Satz 2 folgender dritter Satz angefügt: „Die Regelung gilt entsprechend für Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 8c

§ 8 Abs. 10 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Versorgungszuschlag ist für Patientinnen und Patienten in Höhe von 0,8 Prozent in Rechnung zu stellen, die bis zum 31.12.2016 voll- oder teilstationär aufgenommen werden. Mit Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene ab dem Jahr 2017 wird zum Ende des Jahres 2016 die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft, wobei zur Vermeidung von Fehlanreizen die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils noch dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag unterliegen (siehe dazu Änderung von § 4 Abs. 2a Satz 8).

B) Stellungnahme

Es versteht sich von selbst, dass bei einer Streichung des Mehrleistungsabschlages der Versorgungszuschlag gestrichen werden muss. Neben einer Streichung wäre es sinnvoll, einen Ausgleichsmechanismus für die zu viel gezahlten GKV-Mittel der vergangenen Jahre einzuführen. Bereits im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Ersten Pflegestärkungsgesetz (2014) hat der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass die über den Versorgungszuschlag an die Krankenhäuser gezahlten Mittel deutlich über den vereinbarten Mehrleistungsabschlagsvolumina liegen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung wird begrüßt.

Zusätzlich sollte in § 8 Abs. 10 KHEntgG der Satz 4 wie folgt geändert werden:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren für das Jahr 2017 einen einheitlichen Abschlag als Fehlschätzungsausgleich für die in 2013 bis 2016 bundesweit einheitlich festgesetzten Versorgungszuschläge.“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9a)

§ 9 Abs. 1 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine Neustrukturierung des bisherigen Absatzes 1 wird vorgenommen. Der neue Absatz 1 regelt dabei Tatbestände, die die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren haben. Der bisherige Absatz 1 wird inhaltsgleich übernommen und durch die Regelungen der Nummer 6 ergänzt.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach Nummer 6 erstmals bis zum 30.09.2016 einen engen Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen für zusätzliche Leistungen zu vereinbaren, die nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen.

Neben den Ausnahmen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene über die näheren Einzelheiten zur Umsetzung eines Fixkostendegressionsabschlages durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist schiedsstellenfähig.

B) Stellungnahme

Grundsätzliche Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes zum Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG und zu der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene finden sich in der Stellungnahme unter Artikel 2 Nr. 10 j.

Unabhängig von der grundsätzlichen Ablehnung der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene wird es begrüßt, dass die Ausnahmetatbestände und das Nähere zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages auf Bundesebene vereinbart werden sollen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1a beinhaltet ergänzende Regelungen zu den Zu- und Abschlägen, sowohl in inhaltlicher als auch in zeitlicher Hinsicht.

Nr. 1 Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Nach Absatz 1a Nr. 1 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu vereinbaren.

Nr. 2 Zentrumszuschläge

Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, bis zum 31.03.2016 das Nähere zu den Zuschlägen für besondere Aufgaben zu vereinbaren. Dabei werden auch die Anforderungen an die besonderen Aufgaben von Zentren konkretisiert. Diese können sich insbesondere ergeben aus einer überörtlichen und krankenhaushübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, der Erforderlichkeit der besonderen Vorhaltung und der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten. Des Weiteren wird klargestellt, dass es sich dabei nur um Aufgaben handelt, die nicht bereits durch Entgelte des KHEntgG oder nach dem § 65c SGB V vergütet werden.

Nr. 3 Klinische Sektionen

Um klinische Sektionen zu stärken, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, u. a. die Anforderungen an die Durchführung von Sektionen zu vereinbaren, die zur Qualitätssicherung benötigt werden (z. B. medizinische, organisatorische und technische Vorgaben). Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen auch die Berechnungsmodalitäten zur Ermittlung der Zuschlagshöhe für die Krankenhäuser festlegen. Um eine angemessene Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion auf Bundesebene ermitteln zu können, ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Kalkulation zu beauftragen.

Nr. 4 Qualitätszu- und -abschläge

Nach Absatz 1a Nr. 4 sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30.06.2017 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen auf Grundlage der Vorgaben des G-BA vereinbaren.

Nr. 5 Notfallversorgung

Die Vertragspartner auf Bundesebene haben die Höhe der Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung auf der Grundlage des Stufensystems zu vereinbaren, dass der G-BA bis zum 31.12.2016 zu entwickeln hat. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene über die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zuschläge und des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung ist bis zum 30.06.2017 zu schließen. Sie haben sich vom InEK bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge und des Abschlags unterstützen zu lassen, soweit die Daten hierfür vorliegen.

B) Stellungnahme

Nr. 1 Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Es wird hier geregelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere die Dauer für die befristeten Zuschläge in Folge der Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA zu vereinbaren haben. Dies greift viel zu kurz und wird dem Hauptproblem der neuen Regelung nicht gerecht: Es geht um die Finanzierung von Mehrkosten für personelle und sachliche Mittel aufgrund von Richtlinien und Beschlüssen des G-BA, die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen oder der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten. Daher muss von den Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere festgestellt werden, ob es solche Leistungen gibt und welche das sind. Dies geht nicht ohne aufwändige Recherchen und neuen Datenerhebungen des InEK. Ebenso wird es von der Experteneinschätzung der Mitarbeiter des InEK abhängen, wie die Fristen zu setzen sind.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 10c.

Nr. 2 Zentrumszuschläge

Die Definition des Zentrumsbegriffs nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu in der Regelung festgelegten Vorgaben werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt. Entgegen der gewählten Vereinbarungslösung und der Konfliktlösung über die Bundesschiedsstelle sollte, wie auch bei den anderen Zu- und Abschlagstatbeständen, eine Definition der Kriterien im G-BA vorgesehen werden.

Bei der beabsichtigten Regelung gibt es allerdings einen Überschneidungsbereich zu anderen Vergütungsformen wie z. B. § 116b SGB V mit der Gefahr einer Doppelvergütung. (vgl. Nr. 3 § 2 Abs. 2). Die Regelung sieht als Kriterium für besondere Aufgaben die überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung vor. Das Kriterium einer „überörtlichen“ Ausgabenwahrnehmung sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes durch den Begriff „überregional“ ersetzt werden, um die besondere Bedeutung des Zentrums für die Versorgung in der Region deutlicher hervorzuheben. Des Weiteren ist vorgesehen, dass nur Leistungen zuschlagsfähig sein dürfen, die nicht über DRGs oder andere Entgelte vergütet werden können, weil der Tatbestand nicht in jedem Haus vorliegt oder sich nicht über spezielle Entgelte vergüten lässt. Diese wichtige Voraussetzung erfordert, dass die Vertragspartner eine entsprechende Information von Seiten des InEKs einholen. Um sicherzustellen, dass das InEK über die entsprechenden Daten verfügt, muss gewährleistet sein, dass es über die getroffenen Vereinbarungen, einschließlich der der Vergütung zugrundeliegenden Kalkulationen, informiert wird. Wichtig ist ebenfalls, dass ein Zentrum immer in einem Netzwerk, bestehend aus hochspezialisierten Diagnostik- und Behandlungseinrichtungen, eingebunden ist. Hierdurch wird eine interprofessionelle und interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung von Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten gefördert. Allerdings ist sicherzustellen, dass der Zentrumszuschlag dabei nicht, wie in der Vergangenheit geschehen, zur Infrastrukturförderung genutzt wird.

Es besteht die Gefahr, dass die Bundesländer in großem Umfang zusätzliche Zentren definieren werden, um Mittel der GKV für die Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes zu erhalten und Strukturen finanziell zu alimentieren. Unklar bleibt auch, was passiert, wenn Länder im Widerspruch zu den bundesweiten Kriterien Zentren ausweisen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss klargestellt werden, dass die bundesweit festgelegten Kriterien verbindlich sind.

Für das Jahr 2016 werden zusätzliche Ausgaben in Höhe von 90 Mio. Euro erwartet ab dem Jahr 2017 steigen die Ausgaben auf 180 Mio. Euro jährlich an. Diese Summen liegen mehr als 100 Prozent über dem, was die Krankenkassen im Jahr 2013 an Zentrumszuschlägen finanziert haben (knapp 80 Mio. Euro). Die tatsächlichen Kosten werden stark von den Kriterien abhängen, die Gesetz und Vereinbarungspartner definieren, und davon, wie stark die Bundesländer von ihrem Recht Gebrauch machen, weitere Zentren zu definieren.

Nr. 3 Klinische Sektionen

Klinische Sektionen sind, sofern richtig eingesetzt, ein anerkanntes Instrument der medizinischen Qualitätssicherung. Aktuell werden in Deutschland (laut Gesetzesbegründung im Referentenentwurf) 1 Prozent der Todesfälle obduziert. Im Durchschnitt der europäischen Länder mit verfügbaren Daten wurden 2006 rund 17,5 Prozent aller Sterbefälle obduziert. Allerdings sind die im internationalen Vergleich niedrigen Sektionsraten in Deutschland nicht ausschließlich durch fehlende Einzelvergütung erklärbar. Die Angehörigen der oder des Verstorbenen müssen einer klinischen Sektion zustimmen. Die Darstellung einer "Obduktionspau-schale" in der Öffentlichkeit ist problematisch und es sind unerwünschte Anreizwirkungen zu befürchten. Deshalb muss vermieden werden, dass es im Bereich der klinischen Sektionen zur Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen kommt, um die vereinbarte Sektionsrate zu erreichen. Krankenhäuser mit wenigen Sterbefällen werden weiterhin keine Sektionen vornehmen, weil sie eine bundesweit vorgegebene Sektionsrate voraussichtlich nicht erreichen können. Es ist daher sehr wichtig, dass klare Kriterien, wann eine Sektion erforderlich ist, festgelegt werden. Daraus sind Qualitätsverbesserungsmaßnahmen auf Basis von veröffentlichten Ergebnissen abzuleiten. Es stellt zudem sich die leistungsrechtliche Frage der Leistungserbringung an Verstorbenen zulasten der GKV. Insbesondere Versicherungen (private Krankenversicherungen, Lebensversicherungen, Berufsgenossenschaften etc.) haben ein vitales finanzielles Interesse an den Obduktionsergebnissen, die der Verbesserung der Behandlungsqualität in den Krankenhäusern dienen sollen. Die Qualitätssicherung tritt dann in den Hintergrund. Problematisch ist auch, wenn die Ergebnisse der klinischen Sektionen neben der Qualitätssicherung der klinischen Forschung oder der Materialgewinnung für die pharmazeutische Industrie dienen. Die konkrete Kostenermittlung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bleibt aufgrund fehlender (Kodier-)Daten zudem schwierig.

Nr. 4 Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14.

Nr. 5 Notfallversorgung

Die vorgesehene Konkretisierung der Notfallstrukturen nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14, § 136c Abs. 4 SGB V). Die darauf aufbauende Finanzierungsregelung, die differenzierte Zu- und Abschläge für eine Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung vorsehen, wird ebenfalls begrüßt. Grundsätzlich ist eine ausgaben-neutrale Umsetzung vorgesehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass es in Abhängigkeit von dem G-BA-Beschluss zu den strukturellen Mindestvoraussetzungen der künftigen gestuften Notfallversorgung zu Mehrbelastungen kommen kann (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 10c). Diese können zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 1 Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Absatz 1a Nr. 1 ist zu streichen.

Hilfsweise ist Absatz 1a Nr. 1 wie folgt zu fassen: „1. Vorgaben, insbesondere zu den Leistungen und zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses;“

Nr. 2 Zentrumszuschläge

In § 9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 2a ist das Wort „überörtlich“ durch „überregional“ zu ersetzen.

§ 9 Abs. 1a Satz 2 ist wie folgt zu ändern:

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

Es werden die folgenden Sätze angefügt: „Wird ein Zentrumszuschlag vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der besonderen Aufgabe zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 9 informieren das InEK regelmäßig über die übermittelten Vereinbarungen.“

Nr. 3. Klinische Sektionen

§ 9 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 sollte wie folgt formuliert werden: „bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung. Insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate fest, **machen Vorgaben zur Dokumentation, Auswertung und Ableitung von Maßnahmen für das interne Qualitätsmanagement sowie zur Veröffentlichung der Ergebnisse**, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags. Als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das DRG-Institut mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend;“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9a

§ 9 Abs. 1 b (neu) Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung, dass die Vertragspartner auf Bundesebene für die bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3, Empfehlungen für die Verhandlung durch die Vertragspartner auf Landesebene abgeben können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Umstrukturierung des § 9. Die Regelungen wurden inhaltsgleich aus dem bisherigen § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a und Satz 2 übernommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9a

§ 9 Abs. 1c (neu) Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1c macht zeitliche Vorgaben für die von den Vertragsparteien auf Bundesebene bei Leistungen mit Anhaltspunkten zu in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen zu treffenden gezielten Absenkung oder Abstufelung der Bewertung von Leistungen, damit diese Vorgaben noch bei der Kalkulation des jeweils nächstjährigen DRG-Systems berücksichtigt werden können.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die notwendigen Vorgaben bereits bis zum 31.05.2016 zu vereinbaren. Gelingt bis zu diesem Termin eine Einigung nicht, gilt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG als angerufen.

B) Stellungnahme

Die Schaffung der Möglichkeit zur Absenkung und Abstufelung von Bewertungsrelationen bei wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen wird begrüßt – sie existiert allerdings schon seit Einführung des DRG-Systems. Neu ist nur die Befristung und Schiedsstellenfähigkeit der Regelung. Die Absenkung von Bewertungsrelationen stellt einen normativen Eingriff in das DRG-System dar, der nur mit äußerster Vorsicht vorgenommen werden sollte, um dem empirisch basierten DRG-System keinen Schaden zuzufügen. Bevor eine solche Maßnahme zur Anwendung kommt, sollten die geplanten Veränderungen der Kalkulation der Sach- und Personalkosten bzw. der repräsentativen Kalkulationsstichprobe in ihrer Wirkung abschätzbar sein. Eine Anwendung der Regelungen bereits für den DRG-Katalog 2017 erscheint insofern problematisch, sachgerecht erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine erstmalige Absenkung oder Abstufelung der Bewertungsrelationen für den DRG-Katalog 2018 vorzusehen. (Vgl. hierzu Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a zu § 17b KHG) Um dem Institut für Entgeltsystem im Krankenhaus ausreichend Zeit einzuräumen, die Vereinbarung in der Kalkulation des DRG-Katalogs zu berücksichtigen, erscheint eine Vereinbarung zum 31.03.2017 sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird das Datum 31.03.2016 durch das Datum 31.03.2017 ersetzt.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9b

§ 9 Abs. 2 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Konfliktlösung durch Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird auf die Entgeltkataloge und damit auf den Kernbestand der Entgeltsysteme begrenzt. Auch für die Vereinbarung von Abrechnungsbestimmungen für Zu- und Abschläge ist zukünftig eine Konfliktlösung durch die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG möglich. Damit wird der Konfliktlösungsmechanismus wieder auf die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zurück verlagert und deren Verantwortung gestärkt.

Kommen Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene über die Höhe differenzierter Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und den Abschlag für die Nichtteilnahme nicht zustande, kann die Schiedsstelle durch das BMG angerufen werden.

Sofern den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31.05.2016 eine Einigung auf Vorgaben zur Absenkung oder Abstufung der Bewertung von Leistungen nicht gelingt, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, trifft nach Ablauf der Frist die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf der Grundlage vorliegender Vorschläge innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Stärkung von Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundesebene wird begrüßt. Eine Ausweitung auf den Bereich der BpflV ist angezeigt.

C) Änderungsvorschlag

Ausweitung der Schiedsstellenkompetenz auch auf den Bereich der BpflV.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10a

§ 10 Abs. 1 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Umbenennung von Anlage 1 Abschnitt B2 in Abschnitt B1 sowie Rechtsbereinigung, wodurch eine Regelung gestrichen wird, die durch Zeitablauf nicht mehr relevant ist.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10b

§ 10 Abs. 3 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

LBFW-Verhandlung: Streichung der Degression im LBFW:

Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung beim Landesbasisfallwert (LBFW) wird mit Wirkung für den LBFW 2017 aufgehoben. Damit werden betriebswirtschaftliche Vorteile zusätzlicher Leistungen (Fixkostendegression) zukünftig im Rahmen des Fixkostendegressionsabschlages gem. § 10 Abs. 13 KHEntgG beim einzelnen Krankenhaus angesiedelt. Dieser Abschlag entspricht im Grundsatz der bisher vorzunehmenden absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen im Landesbasisfallwert.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen und Besondere Einrichtungen Palliativ (Streichung):

Es wird klargestellt, dass Ausgaben in anderen Leistungsbereichen nur dann absenkend bei der Verhandlung des LBFW zu berücksichtigen sind, wenn diese nicht bereits nach bei der Verhandlung anderweitig absenkend berücksichtigt werden.

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

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen Notfallversorgung, Sicherstellungszuschläge, Mehrkosten G-BA, Qualitätszu- und -abschläge

Zuschläge führen zu einer Umverteilung der Vergütung, z. B. zwischen Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen und solchen, die hieran nicht teilnehmen. Da der Aufwand hierfür aber bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des LBFW zu berücksichtigen.

Es wird klargestellt, dass falls für bestimmte Aufgabenstellungen zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden, diese Zuschläge nicht im LBFW abgezogen werden dürfen.

Sicherstellungszuschläge sind zukünftig nur insoweit absenkend bei der Verhandlung des LBFW zu berücksichtigen, als sie auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben der Länder zur Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beruhen. Sicherstellungszuschläge, die dagegen auf der Grundlage der bundeseinheitlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vereinbart werden, sind nicht absenkend zu berücksichtigen.

Damit die Mittel für Krankenhausleistungen im Land durch die Erhebung von Abschlägen für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nicht gekürzt werden, ist die Summe der entsprechenden Abschläge erhöhend bei der Vereinbarung des LBFW zu berücksichtigen.

Befristete Zuschläge für Mehrkosten aufgrund von G-BA-Beschlüssen wirken nicht LBFW-absenkend. Zudem ist die landesweite Summe der zusätzlichen Mittel für befristete Zuschläge zur Finanzierung der Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA, die die allgemeinen Krankenhäuser betreffen, insoweit bei der Vereinbarung des LBFW erhöhend zu berücksichtigen, als die Zuschläge nicht mehr vom einzelnen Krankenhaus erhoben werden und die zusätzlichen Mittel oder ein Teil der zusätzlichen Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt wurde.

Ebenso wie für Zuschläge für außerordentlich gute Qualität keine Absenkung des LBFW vorzunehmen ist, wirken Abschläge für Leistungen, die in unzureichender Qualität erbracht werden, dementsprechend auch nicht erhöhend auf den LBFW.

Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Der Tatbestand der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird präzisiert. Vorgegeben wird, dass bei der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere auch die Entwicklung der Produktivität (z. B. die allgemeine Verweildauerentwicklung), die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und das Verlagerungspotential von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

LBFW-Verhandlung: Streichung der Degression im LBFW:

Die Streichung der Mengendegression im LBFW wird abgelehnt. Grundsätzliche Anmerkungen des GKV-Spitzenverbandes zu der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene und zum Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Abs. 13 KHEntgG finden sich in der Stellungnahme unter Artikel 2 Nr. 10 j.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen und Besondere Einrichtungen Palliativ (Streichung)

Es ist unverständlich, warum die Erlöse für Palliativstationen oder –einheiten, die von der Option Gebrauch machen, als Besondere Einrichtung die Vergütung ihrer Leistungen krankenhausspezifisch zu vereinbaren, nicht absenkend berücksichtigt werden sollen. Einerseits wirkt die Überführung von Besonderen Einrichtungen in das Fallpauschalensystem LBFW-erhöhend, andererseits soll nun der entgegengesetzte Weg aus dem Fallpauschalensystem in eine Besondere Einrichtung nicht LBFW-absenkend wirken. Diese Ausnahmeregelung wird abgelehnt, da dies der Finanzierungslogik widerspricht und zu einer Doppelfinanzierung der Strukturen führen würde.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen: Notfallversorgung, Sicherstellungszuschläge

Da die stationäre Notfallversorgung auch schon bislang finanziert ist, ist es richtig, dass Zuschläge absenkend auf den LBFW wirken und Abschläge erhöhend wirken.

Dass die vereinbarten Sicherstellungszuschläge künftig nicht mehr regelhaft über eine entsprechende Absenkung der LBFW ausgabenneutral gegenfinanziert werden sollen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes falsch. Da in der Vergangenheit und auch aktuell die ländliche Versorgung gewährleistet ist, sind die gegenwärtigen Mittel der Sicherstellung bereits durch die GKV finanziert, müssen allerdings noch zielgenauer verteilt werden. Dass mindestens aber abweichende Vorgaben der Bundesländer, die zu Mehrkosten führen, in einer Absenkung des LBFW resultieren sollen, wird begrüßt (vgl. Artikel 2 Nr. 5b – § 5 Abs. 2 KHEntgG).

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen: Mehrkosten G-BA, Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d

Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Die Ausweitung des Verhandlungstatbestandes der Wirtschaftlichkeitsreserve um Produktivität, Fehlbelegungen und Verlagerungspotenzial wird begrüßt. Entscheidend wird aber sein, ob es gelingt, die „allgemeine Produktivität“ gesetzlich und messbar zu operationalisieren.

Gemeinsame, bundesweite Empfehlung der Selbstverwaltungspartner zu einzelnen LBFW-tatbeständen sind aufgrund der unterschiedlichen Interessenlage nicht zielführend und wären auch bereits bisher möglich.

Langfristig ist zu überlegen, ob anstelle von Scheinverhandlungen des LBFW überlagert von Orientierungswert, Bundesbasisfallwertkonvergenz und nicht operationalisierten Produktivitätsargumenten, die Entwicklung der LBFW aus der dann repräsentativen Kalkulationsstichprobe empirisch abgeleitet werden sollte. Der so ermittelte „Fundamentalwert“ der durchschnittlichen Kosten der Krankenhäuser könnte in den Verhandlungen zum LBFW Berücksichtigung finden und würde so auf tatsächlichen Entwicklungen basieren. Unabwendbare Kostensteigerungen wären ebenso berücksichtigt, wie allgemeine Produktivitätsfortschritte. Auch der Grundsatz, dass die Versicherten an den Effizienzgewinnen der Krankenhäuser teilhaben, würde berücksichtigt. Der LBFW als der durchschnittliche Preis für Krankenhausleistungen muss als zentraler Referenzwert für Abrechnung und Zu- und Abschläge in der Höhe stimmen; diese Voraussetzung wäre bei der geplanten Umsetzung verletzt.

C) Änderungsvorschlag

LBFW-Verhandlung: Streichung der Degression im LBFW:

Beibehaltung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen und BE Palliativ (Streichung)

Streichung des geplanten Zusatzes in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5:

~~„und die Erlöse für Palliativstationen oder –einheiten, die die Vergütung ihrer Leistungen als besondere Einrichtung vereinbaren“~~

LBFW-Absenkende Berücksichtigung des Sicherstellungszuschlages im Landesbasisfallwert

(vgl. Artikel 2 Nr. 5b – § 5 Abs. 2 KHEntgG)

In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 sollten nach dem Wort „sind“ die Wörter „oder die Zuschläge auf ergänzende oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Abs. 2 Satz 2 beruhen“ gestrichen werden.

Hilfsweise absenkende Berücksichtigung im Landesbasisfallwert

Nach § 5 Abs. 2 Satz 4 (neu) sollte folgender neuer Satz 5 eingefügt werden:

„Unterschreitet das Land die gem. § 12 Abs. 2 Nr. 3a KHG ausgewiesene Mindesthöhe der Investitionsförderung, so sind die Sicherstellungszuschläge gem. § 10 Abs. 3 Nr. 6 absenkend zu berücksichtigen.“

In § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 (neu) sind nach den Wörtern „des Landes nach § 5 Abs. 2 Satz 2“ die Wörter „oder aufgrund des Unterschreitens der Mindesthöhe der Investitionsförderung nach § 5 Abs. 2 Satz 5“ einzufügen.

LBFW-absenkende Berücksichtigung von Mehrkosten G-BA, Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 5d

Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven

Im § 10 Abs. 3 Satz 2 wird vor dem Wort „Berücksichtigung“ das Wort „absenkend“ eingefügt; nach dem Wort Produktivitätsentwicklung werden die Wörter „(z. B. allgemeiner Verweildauer-rückgang)“ eingefügt.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10c

§ 10 Abs. 4 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Werden die Zuschläge in Folge von Mehrkosten durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht mehr krankenhausesindividuell erhoben, so werden sie in die Landesbasisfallwerte (LBFW) eingerechnet.

In Absatz 4 Satz 4 wird festgelegt, dass die im LBFW erhöhend zu berücksichtigenden, befristeten Zuschläge für Mehrkosten durch Beschlüsse des G-BA bei deren Wegfall den Veränderungswert dominieren.

Die Änderung in Absatz 4 Satz 1 ist redaktionell.

B) Stellungnahme

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 9a.

Maximal angemessen wäre eine Zwischenfinanzierung der in G-BA-Richtlinien fixierten Qualitätsanforderungen, bis sie sich zwei Jahre später dezidiert in den Relativgewichten der jeweiligen Leistungen niederschlagen. Eine Überführung in den LBFW führt zu einer inakzeptablen Mehrfachvergütung.

Die redaktionelle Änderung in Absatz 4 Satz 1 ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Nr. 7 ist zu streichen: „und die befristeten Zuschläge nach § 5 Abs. 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausesindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.“

In Absatz 4 ist der Satz 4 zu streichen.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10d

§ 10 Abs. 6 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Orientierungswert (O-Wert) für Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes soll weiterentwickelt werden (voraussichtliche Anwendung des weiterentwickelten Wertes: 2018). Daneben soll geprüft werden, ob der volle O-Wert als Obergrenze für den Zuwachs der LBFW (und der Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen) Anwendung findet und insoweit der anteilige O-Wert oder die Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als Obergrenze für die Veränderung der LBFW künftig unberücksichtigt bleiben.

B) Stellungnahme

Die Weiterentwicklung und Verfeinerung des O-Wertes ist grundsätzlich zu begrüßen. Es darf allerdings bezweifelt werden, ob die Nachbesserungen im Detail den Vorstellungen der Krankenhäuser zur „gefühlten“ Kostenentwicklung gerecht werden. Sowohl der derzeitige O-Wert als auch die Entwicklung der Bezugsgröße der Kalkulationsstichprobe weisen ähnliche Veränderungsraten auf. Der tatsächliche Kostenanstieg je Casemixpunkt liegt derzeit im Bereich von ca. 1,5 Prozent. Der tatsächliche Erlöszuwachs je Casemixpunkt (die LBFW-Entwicklung) liegt demgegenüber bei ca. 2,6 Prozent. Auch das Statistische Bundesamt belegt, dass die Betriebskostensteigerungen in der Vergangenheit durch die GKV vollständig finanziert wurden. Die Defizite der ungelösten Investitionsfinanzierungsproblematik durch die Bundesländer werden vom O-Wert allerdings nicht erfasst.

Weiterentwicklung „Kosten je Casemixpunkt“

Im Rahmen der Weiterentwicklung des O-Wertes sollte darüber nachgedacht werden, nicht nur die einzelnen Kostenbestandteile im O-Wert verbessert abzubilden, sondern auch die Produktivitätssteigerungen mit in die Betrachtung einzubeziehen und den O-Wert als Entwicklung der Kosten je Casemixpunkt auszuweisen. Dem LBFW als „Erlös je Casemixpunkt“ würde dann die entsprechende Entwicklung der Kosten als „Kosten je Casemixpunkt“ gegenübergestellt werden. Der oft von Leistungserbringern zitierte Vergleich der Entwicklung der LBFW mit der Tarifentwicklung ist falsch und irreführend. Der Veränderungswert sollte auf Basis der vom Statistischen Bundesamt auszuweisenden „Kostensteigerung je Casemixpunkt“ festgesetzt werden. Der Grundsatz, dass die Versicherten an den Effizienzgewinnen der Krankenhäuser teilhaben, sollte nicht verlassen werden. Argumentationsmuster im Hinblick

auf die „doppelte Degression“ greifen dabei nicht, da die tatsächlichen Kostensteigerung der Krankenhäuser auch die Obergrenze des tatsächlichen Vergütungsanstiegs im LBFW sein sollten.

Voller Orientierungswert

Die Anwendung des nach bisherigem Konzept entwickelten, vollen O-Wertes als „krankenhausspezifische Inflationsrate“ als Veränderungswert ist abzulehnen. Der volle O-Wert wäre ein Schritt zurück zur Selbstkostendeckung. Insbesondere ein einfaches Durchreichen von Tarifsteigerungen im Rahmen der Tarifverhandlungen oder durch etwaige neue „Tarifveränderungsraten“ zulasten der Beitragszahler darf es nicht geben. Tarifverhandlungen würden zukünftig zu Lasten der Beitragszahler geführt. Eine Streichung der Regelung und die damit verbundene Einführung des vollen O-Wertes bergen hohe finanzielle Risiken für die GKV.

Meistbegünstigungsklausel

Gemäß dem Bund-Länder-Eckpunktepapier sollte im Rahmen der Weiterentwicklung des O-Wertes auch die sog. Meistbegünstigungsklausel (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher als der O-Wert ist) abgeschafft werden. Die Streichung (oder zumindest Überprüfung) dieser Meistbegünstigungsklausel fehlt im nun vorliegenden Referentenentwurf. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der dadurch in den vergangenen Jahren verursachten unbegründeten Mehrausgaben vollkommen unverständlich. Allein in 2015 hat die Anwendung dieser Klausel zu 700 Mio. Euro basiserhöhenden Mehrausgaben geführt. Die Meistbegünstigungsklausel ist fachlich nicht begründet und eine Streichung mehr als überfällig; die Abweichung zu dem Eckpunktepapier ist nicht akzeptabel.

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Da diese Maßnahmen frühestens ab 2018 greifen, sind im Finanztableau, das bis zum Jahr 2018 die Mehrkosten ausweist, keinerlei Finanzwirkungen angeführt. Dies ist falsch. Die Einführung des vollen O-Wertes birgt genauso wie die Beibehaltung der Meistbegünstigungsklausel hohe finanzielle Risiken für die GKV. Eine finanzielle Abschätzung dieses Tatbestandes ist schwierig. Ein um ein Prozent zu hoher Veränderungswert führt zu einer Ausgabesteigerung von 650 Mio. Euro.

C) Änderungsvorschlag

Die Meistbegünstigungsklausel ist zu streichen und in Abs. 6 ist der Satz 5 „Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 des SGB V, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate.“ zu ersetzen und wie folgt zu fassen:

„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert.“

Hilfsweise Änderung:

Hilfsweise ist die Meistbegünstigungsklausel entsprechend dem Bund-Länder-Eckpunktepapier im Rahmen der Prüfung der Anwendung des vollen O-Wertes zu streichen. In Absatz 6 wird folgende Änderung durchgeführt:

„Mit dem Ziel, die Vorgehensweise nach den Sätzen 2 und 3 zu ersetzen, ist für die Zeit ab dem Jahr 2018 die Anwendung des vollen Orientierungswerts zu prüfen.“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10e, f, g, h

§ 10 Abs. 8 – 11 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2016 wird die Konvergenz der Landesbasisfallwerte (LBFW) an einen einheitlichen Korridor auf Bundesebene fortgesetzt. Der asymmetrische Korridor wird verengt, d. h. die untere Korridorgrenze wird auf 1,02 Prozent – statt bisher 1,25 Prozent – festgesetzt, wobei die obere Grenze bei 2,5 Prozent bestehen bleibt. Eine sechsjährige Konvergenzphase soll die Basisfallwerte an die obere Korridorgrenze heranführen. Die LBFW unterhalb des Korridors werden im Jahr 2016 in einem Schritt auf die untere Korridorgrenze angehoben, während die LBFW oberhalb des Korridors (voraussichtlich nur Rheinland-Pfalz) in sechs gleichen Schritten bis zum Jahr 2021 an die obere Korridorgrenze angeglichen werden. Fehlschätzungsausgleiche und -berichtigungen sind nach Abschluss der unterschiedlichen Angleichungsverfahren nur insoweit durchzuführen, als die untere bzw. obere Korridorgrenze dadurch nicht unter- bzw. überschritten wird.

Im Saldo sollen daraus Mehrausgaben für die GKV in Höhe von rd. 70 Mio. Euro im Jahr 2016, rd. 60 Mio. Euro im Jahr 2017, rd. 50 Mio. Euro im Jahr 2018, rd. 45 Mio. Euro im Jahr 2019 und rd. 40 Mio. Euro im Jahr 2020 resultieren.

Ab 2021 sollen die LBFW-Verhandlungen gestärkt werden und der Bundesbasisfallwert (BBFW) im Nachgang zu den LBFW-Verhandlungen berechnet werden. Es erfolgt eine entsprechende Frist-Vorverlegung der Berechnung des BBFW bis zum 15.3. des laufenden Jahres. Die LBFW sind bei Abweichungen zum Korridor bis zum 30.04. des laufenden Jahres nochmals entsprechend anzupassen. Die Regelungen zu der der Vereinbarung der LBFW nachgehenden Ermittlung des BBFW und zu den daraus resultierenden Ausgleichszahlungen (§ 10 Abs. 9 und 11 KHEntgG) treten zum 01.01.2021 in Kraft.

Berücksichtigung von Sicherstellungs- und Notfallversorgungszuschlägen in der Konvergenz

Eine Unterschreitung der unteren Korridorgrenze ist möglich, wenn Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschläge, die auf gegenüber den G-BA-Vorgaben ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, absenkend bei der Vereinbarung des LBFW zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Die Fehler der LBFW-Konvergenz werden durch die angestrebten Anpassungen des Korridors nicht gelöst. Im Gegenteil: Die einseitige Belastung der Kostenträger durch die Konvergenz wird verstärkt. Es gibt keinen fachlichen Grund, den Korridor asymmetrisch fortzuführen und lediglich die untere Korridorgrenze anzuheben. Stattdessen wäre ein Korridor, der eine ausgabenneutrale Umverteilung im Rahmen der Konvergenz ermöglicht, der richtige Weg. Folgt man den Empfehlungen des Gutachtens des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zur unterschiedlichen Höhe der LBFW, so macht eine Angleichung der LBFW ohne Angleichung der Investitionsquoten der Bundesländer keinen Sinn. Auch die Einführung einer sechsjährigen Konvergenz für das Bundesland Rheinland-Pfalz ist nicht nachvollziehbar. Die ersatzlose Streichung der Kappung und die damit verbundene sofortige Heranführung des rheinland-pfälzischen LBFW an die obere Korridorgrenze wären hingegen sachgerecht. Zudem wäre bei einer Verengung des Korridors eine symmetrische Ausgestaltung der Korridorgrenzen auf $+1,76$ und $-1,76$ der in dem Referentenentwurf vorgeschlagenen Lösung vorzuziehen. Die jetzigen Regelungen zur Anhebung der unteren Korridorgrenze stellen lediglich einen Finanztransfer der Versicherten an die Bundesländer ohne fachlichen Hintergrund dar.

Die Regelung zur Umkehrung der LBFW-Verhandlungen und der Vereinbarung des BBFW ab 2021 wird begrüßt und löst das Problem eines fehlenden Fehlschätzungsausgleiches. Die Regelung stärkt prinzipiell die Verhandlungen auf Landesebene, findet aber unverständlicherweise erst ab 2021 Anwendung. Leider wird diese Regelung durch die Streichung der Mengendegression im LBFW, welche das Hauptargument der Kostenträger zur Absenkung der Preise im Rahmen der LBFW-Verhandlungen darstellt, überlagert. Um den Krankenhäusern in den jeweiligen Bundesländern die finanziellen Mitnahmeeffekte der Veränderung der Korridorgrenzen und der Fehler der BBFW-Konvergenz zulasten der Versicherten zukommen zu lassen, wird bis zum Jahr 2021 die falsche Systematik einer Vorabanhebung des BBFW-Korridors um den vollen Veränderungswert (ohne Ausgleichsmechanismus) beibehalten. Die Regelung zur Umkehrung der LBFW-Verhandlungen und der Vereinbarung des BBFW sollte sofort in Kraft treten.

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

Grundsätzlich ist anzumerken, dass ein Preisniveau am unteren Korridorrand nichts über die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser oder gar den Finanzbedarf derselben aussagt. Eine empirische Ermittlung der absoluten Höhe der Kosten der Krankenhäuser und deren Entwicklung auf Basis der zukünftig repräsentativen Kalkulationsstichprobe zur Erhöhung der Transparenz über die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser wäre mehr als angezeigt. Bereits heute wird für den Standardfall selbst einem „Durchschnitts“-Krankenhaus ein Aufschlag auf die Kosten von ca. 10 Prozent für jede Leistung gezahlt!

Bewertung der finanziellen Auswirkung

Die weitere Annäherung der LBFW führt laut Finanztableau in 2016 zu GKV-Mehrausgaben in Höhe von 70 Mio. Euro (2017: 60 Mio. Euro, 2018: 50 Mio. Euro, 2019: 45 Mio. Euro, 2020: rd. 40 Mio. Euro). Die hier angesetzte Höhe der Mehrausgaben in 2016 ist nachvollziehbar. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird aber bei der Betrachtung der finanziellen Auswirkungen für die Folgejahre die Basiswirkung der Konvergenz außer Acht gelassen.

Vgl. Stellungnahme zu den finanziellen Auswirkungen im Einleitungsteil dieser Stellungnahme.

Berücksichtigung von Sicherstellungs- und Notfallversorgungszuschlägen in der Konvergenz

Es wird begrüßt, dass im LBFW eine absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen erst nach der Angleichung an die untere Korridorgrenze erfolgt. Dies ist notwendig, da die absenkende Berücksichtigung in Ländern an der unteren Korridorgrenze ansonsten keine Wirkung entfalten würde und es zu einer Ungleichbehandlung zwischen Ländern an der unteren Korridorgrenze und Ländern innerhalb des Korridors käme.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der im Referentenentwurf angestrebten Änderungen im § 10 Abs. 8.

Die Regelung sollte stattdessen wie folgt gefasst werden:

Symmetrische Ausgestaltung des BFW-Korridors (bei gleichzeitiger Verengung): In § 10 Abs. 1 ist der Wert +2,5% zu streichen und durch +1,76% zu ersetzen. Zudem ist in § 10 Abs. 1 der Wert -1,25% zu streichen und durch -1,76% zu ersetzen.

Streichung der bisherigen Kappingsregelung des § 10 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 93 von 160

§ 10 Abs. 8 Satz 8 KHEntgG: Streichung des Satzteils nach dem Semikolon.

Die LBFW-Verhandlungen sollten sofort gestärkt und der BBFW im Nachgang zu den LBFW-
Verhandlungen bereits ab 2016 berechnet werden: In Kraft treten die Neuregelungen, die in
§ 10 Abs. 9, 10 und 11 formuliert sind zum 01.01.2016.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10i

§ 10 Abs. 12 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (LBFW) 2017 zu überführenden Mittel des Hygiene-Förderprogramms auch die Mittel für die krankenhauserne Besetzung neu geschaffener Hygienestellen umfasst. Zudem wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 4 vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des § 10 Abs. 12 KHEntgG um die Klarstellung, dass ab 2017 auch die finanziellen Mittel für die krankenhauserne Besetzung neu geschaffener Stellen für Hygienefachkräfte in die Vereinbarung des LBFW einfließen, ist ebenso nachvollziehbar, wie die redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 4.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10j

§ 10 Abs. 13 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Fixkostendegressionsabschlag:

Statt der absenkenden Berücksichtigung der Leistungsentwicklung (Degression) im Landesbasisfallwert (LBFW) werden ab 2017 zusätzliche Leistungen im Rahmen eines Fixkostendegressionsabschlages auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbart. Für die Vereinbarungen auf Krankenhausebene werden auf der Landesebene verbindliche Vorgaben zur Mindestabschlagshöhe und -dauer vereinbart.

Die in der Vereinbarung auf der Landesebene festgesetzte Mindestabschlagsdauer beträgt fünf Jahre. Die Mindestabschlagshöhe ist in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen zu vereinbaren. Für die Vereinbarung der Abschlagshöhe wird vorgegeben, dass gegenüber einer für das Jahr 2015 ausdrücklich oder implizit bei der Verhandlung des LBFW vereinbarten Absenkung bei einer Anwendung des Fixkostendegressionsabschlages durch die Vertragsparteien vor Ort keine Mehrausgaben entstehen dürfen. Die Vereinbarung auf der Landesebene ist mit Wirkung für die Vertragsparteien vor Ort bis zum 30.09., erstmals bis zum 30.09.2016, zu treffen. Damit ist im Herbst 2016 erstmals die Abschlagshöhe zusammen mit dem bundesweiten Ausnahmekatalog für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages bei den prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Da die absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen als Verhandlungstatbestand für die Verhandlung des LBFW aufgehoben wird, hat die Vereinbarung der Abschlagsquoten zukünftig inhaltlich unabhängig von der Verhandlung des LBFW zu erfolgen. Von der Vereinbarung auf der Landesebene unberührt bleibt die finanzielle Wirkung des von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden engen Katalogs von unverzichtbaren Ausnahmen.

Die Vertragsparteien vor Ort haben für Leistungen mit einer höheren Fixkostendegression oder für Leistungen mit Anhaltspunkten zu wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen höhere Abschlagsquoten und -dauern zu vereinbaren (§ 4 Abs. 2b).

B) Stellungnahme

Die Verlagerung der Degression auf die Krankenhausebene ist neben der nicht gelösten Investitionsfinanzierung die zentrale Fehlentscheidung der skizzierten Krankenhausreform. Die Bemühungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Lösung der Mengenproblematik durch Preissteuerung sind zwar anzuerkennen, werden aber in unzulässiger Weise mit Instrumenten der Preissteuerung vermengt. Die im LBFW verankerte Mengendegression war Teil der Preisbildung auf Landesebene, nicht der Mengensteuerung. Ziel war die Verhandlung eines für Krankenhausleistungen angemessenen Preises im Zusammenspiel mit der allgemeinen Kostensteigerung. Die Mengensteuerung hingegen wurde seit 2009 durch den Mehrleistungsabschlag auf der Krankenhausebene vorgenommen. Dieser sollte einen Anreiz setzen, zusätzliche Leistungen aus ökonomischen Gründen zu unterlassen. Der Mehrleistungsabschlag diente nicht der Preisbildung (weshalb er nur temporär wirkt und durch den Versorgungszuschlag in seiner Finanzwirkung mehr als ausgeglichen wurde). Die nun vorgesehenen Maßnahmen vermengen Preisbildung und Mengensteuerung sowohl auf den verschiedenen Verhandlungsebenen (Haus und Land) als auch hinsichtlich der Dauer der Wirkung. Das in dem Referentenentwurf entworfene System ist in seiner Wirkung aus diesen Gründen nicht durchdacht und führt mittelfristig zu enormen basiswirksamen Mehrausgaben. Der Grundsatz, dass die Versicherten bei der Preisbildung an den Effizienzgewinnen der Krankenhäuser teilhaben, wird schwer beschädigt. Hauswerte, Landeswert und Bundeswert werden durch die Maßnahmen voneinander entkoppelt. Es ist nicht mehr erkennbar, welche Ebene für die Preisbildung im Krankenhausbereich verantwortlich zeichnet.

„Gleicher Preis für gleiche Leistung“ in Gefahr!

Anstatt die vermeintliche „doppelte Degression“ und die vermeintliche „Kollektivhaftung“ abzuschaffen, provoziert man neue, viel schwerwiegendere Dissonanzen und Intransparenz im System. Wollte man die „Kollektivhaftung“ im LBFW wirklich abschaffen, so müsste man konsequenterweise auch die für Krankenhäuser „positive Kollektivhaftung“ mit abschaffen. Durch den Anstieg des LBFW um die allgemeine Kostenentwicklung profitieren auch Krankenhäuser ohne diesen durchschnittlichen Kostenanstieg (Haus- und Notlagentarifverträge, Einkaufsverbände etc.). Verfolgt man die Abschaffung der vermeintlichen „Kollektivhaftung“ bis zum Ende, so bleibt nur die Selbstkostendeckung als vermeintlich gerechtestes aller Vergütungssysteme, da hier jedes Krankenhaus unberührt von der Umwelt seinen Preis bzw. seine Kosten erstattet bekommt. Ob es damit allerdings gerechter wird, sei dahingestellt. Die Einführung des DRG-Systems folgte den Prinzipien „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ und „Das Geld folgt der Leistung“. Diese Prinzipien wurden damals als gerecht empfunden und sind es auch heute noch. Wirtschaftliche Interdependenzen sind etwas ganz Alltägliches. Historisch

gewachsene Budgets je nach vergangener Leistungsmengenentwicklung wurden und werden als ungerecht empfunden. Zwei fünfjährige, für die Versicherten teure Konvergenzphasen später ist man auf dem Weg zurück in die Vergangenheit. Das so skizzierte System wird nur wenige Jahre ohne korrigierende Eingriffe funktionieren, weil Haus-, Landes- und Bundesebene nicht stimmig miteinander verbunden sind, die Ausgabenneutralität der Umstellung nicht gewährleistet ist und Hausbasisfallwerte auf der einen und Bundes- und Landesbasisfallwerte auf der anderen Seite auseinanderdriften werden.

Verlagerung der Degression

Grundsätzlich ist es nicht möglich, die basiswirksame Degression auf Landesebene durch einen zeitlich befristeten Fixkostendegressionsabschlag auf Krankenhausebene ausgabenneutral zu ersetzen. Ein Fixkostendegressionsabschlag ist gerechtfertigt, da Leistungssteigerungen nicht unmittelbar zu steigenden Aufwendungen beim Personal (Fixkosten) führen. Mehrkosten für die Krankenhäuser entstehen bspw. für Medizinprodukte oder Arzneimittel (variable Kosten). Somit führen steigende Leistungsmengen zu günstigeren krankenhausspezifischen Kostenstrukturen (Kostenvorteil). Die Grundkosten für die Infrastruktur sind bereits über das vereinbarte Krankenhausbudget finanziert. Es sollten folgende Anforderungen an eine kostenneutrale Umsetzung gestellt werden:

Der neu auszugestaltende Fixkostendegressionsabschlag ist kein originäres Element der Preissteuerung, sondern gilt als Instrument der Mengensteuerung, indem er die Attraktivität der Mehrmengen reduziert. Durch die Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Hausebene sollen keine Mehrausgaben entstehen. Dies ist zwar begrüßenswert, kann aber in der derzeitigen Formulierung dazu führen, dass der Fixkostendegressionsabschlag mit null Prozent angesetzt werden muss. Ist der Mengenzuwachs auf der Landesebene im Saldo bspw. Null, so ist der Fixkostendegressionsabschlag auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser ebenfalls Null. Eine Mengensteuerung gibt es dann nicht. Durch den zeitlichen Versatz wird das Mengenproblem in den Folgejahren zyklisch immer wieder akut werden. Daher ist ein basiswirksamer, dauerhafter und zeitlich nicht begrenzter Abschlag mit fester Mindestabschlagsquote (bspw. 50 Prozent bis 65 Prozent) erforderlich. Die Mindestabschlagsquote ist vertretbar, da der Fixkostendegressionsvorteil auf Einzelhausebene anfällt, auch wenn die Leistungsveränderung im Land Null beträgt. Den Krankenhäusern in diesem Fall den Fixkostendegressionsvorteil zu belassen, käme „positiver Kollektivhaftung“ gleich. Bei der Umsetzung sollte weitgehend auf Ausnahmetatbestände verzichtet werden, damit die Zielsetzung der Mengensteuerung nicht gefährdet wird.

Aktuell wird für zusätzlich vereinbarte Fälle im Vergleich zum Vorjahr im Rahmen der LBFW-Verhandlungen auf Landesebene ein dauerhafter Abschlag in Höhe von durchschnittlich 50 Prozent erhoben. Der neu geschaffene Fixkostendegressionsabschlag muss eine effektive Mengensteuerung zum Ziel haben. Dies kann nur erreicht werden, wenn ein Mindestabschlag in Höhe von 50 Prozent bis 65 Prozent gesetzlich festgelegt wird. Zusätzliche Leistungen des Krankenhauses werden damit in Höhe der variablen Kosten (d. h. mindestens zu 35 Prozent) vergütet. Um bei der Verlagerung auf die Hausebene die geplante Kostenneutralität sicherzustellen, sind die Abschläge unbefristet in Ansatz zu bringen, solange Mehrleistungen durch ein Krankenhaus erbracht werden. Ausgangspunkt ist dabei das vereinbarte Mengenvolumen des Jahres 2016, das als Basisjahr heranzuziehen ist. Hierdurch wird die Basiswirksamkeit des Fixkostendegressionsabschlages gewährleistet. Es wird ein dauerhafter Fixkostendegressionsabschlag für jeden geleisteten zusätzlichen Casemixpunkt erhoben.

„Divergenzproblematik“

Es ist absehbar, dass die vorgesehenen Maßnahmen zur Verlagerung der Kostendegression auf die Krankenhausebene nur unter Beachtung der oben ausgeführten Hinweise kostenneutral sein werden. Jedoch muss man sich auch der Tatsache bewusst sein, dass durch die Verlagerung der Mengendegression auf die Krankenhausebene der Preis auf der Krankenhausebene bei Mehrleistungen stagnieren oder sogar sinken wird. Da der LBFW auf Basis des gegenwärtigen Entwurfs nur noch nicht operationalisierte Produktivitätselemente als preisabsenkende Argumente vorsieht, wird der LBFW stets um den vollen Veränderungswert steigen. Innerhalb kürzester Zeit wird sich eine zweite „Divergenz“ zwischen Krankenhauspreisen und Landespreis ausbilden, die sich Jahr für Jahr immer weiter aufbauen wird (ob nun auf 5 Jahre begrenzt, oder dauerhaft). Ein ähnliches Phänomen gab es Ende 2009, als zusätzliche Leistungsmengen nur anteilig zum LBFW vergütet wurden („Divergente Basisfallwerte“). Es lässt sich vorhersehen, dass dieses System einer sich weitenden Lücke zwischen Hauswerten auf der einen und Landes- und Bundeswert auf der anderen Seite nicht kostenneutral funktionieren kann und Gerechtigkeitsprobleme evoziert. In dem im Entwurf skizzierten System wird sich nach gegenwärtigem Stand über fünf Jahre eine Divergenzlücke zwischen Hausbasisfallwerten und Landes-, bzw. Bundesbasisfallwert aufbauen. Nach den fünf Jahren wird das System dauerhaft, basiswirksam teurer sein, als das bestehende.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung und Beibehaltung der Degression im Landesbasisfallwert.

Hilfsweise § 10 Abs. 13 ist wie folgt zu fassen:

„(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden **unbefristeten** Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), **von mindestens 50 %**. ~~wobei die Dauer des zu erhebenden Abschlags fünf Jahre beträgt. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 bleiben hiervon unberührt.~~“

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 11

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dem Abschnitt über die Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus wird als Maßgabe die Erfüllung von Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V ergänzt.

In Absatz 4 Satz 1 wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 8 und Artikel 4 Nr. 14. Die Ergänzung der Maßgabe der Erfüllung der Mindestmengen ist folgerichtig. Es fehlt jedoch die Maßgabe der Erfüllung der Struktur- und Prozessqualität.

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „(§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4)“ die Wörter „ , der Einhaltung der Vorgaben des Mindestmengenkatalogs nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und der Einhaltung der Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB“ eingefügt.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 12

§ 15 Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Rechtsbereinigung. Die Regelung ist durch Zeitablauf nicht mehr relevant.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 13a, b

§ 21 Abs. 1 und 2 Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Datensatz nach § 21 wird durch die Änderung zusätzlich zur Postleitzahl der Wohnort der Versicherten erhoben.

B) Stellungnahme

Nach bisheriger Rechtslage wird lediglich die Postleitzahl des Wohnorts der Patientinnen und Patienten erhoben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Erweiterung des Datensatzes um den Wohnort des Versicherten. Insbesondere im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Krankenhausplanung und Krankenhausstatistik ist dies eine sachgerechte Maßnahme. Auswertungen zeigen, dass ca. 3 Prozent aller Fälle (rd. 600.000 Fälle) kreisgrenzenüberschreitende Postleitzahlen aufweisen.

Von ebenso großer Bedeutung für die Krankenhausplanung ist jedoch auch die eindeutige Zuordnung des Patienten auf einen Krankenhausstandort. Aktuell wird zur Identifikation des Krankenhausstandorts das Krankenhaus-Institutskennzeichen (KH-IK) genutzt. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass das Krankenhaus-IK nicht ausreicht, um einen Krankenhausstandort hinreichend genau zu bestimmen. So verfügt z. B. der Berliner Krankenhauskonzern Vivantis mit seinen 9 Kliniken nur über ein einziges Krankenhaus-IK. Der GKV-Spitzenverband hat ein Konzept für eine eindeutige Krankenhaus-Identifikationsnummer entwickelt, das dieses Problem behebt (vgl. III. Ergänzender Änderungsbedarf).

C) Änderungsvorschlag

Regelungen ergänzen um die Einführung einer Krankenhaus-Identifikationsnummer (vgl. Stellungnahme III. Ergänzender Änderungsbedarf).

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 13c

§ 21 Abs. 3 Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bestimmt, dass Länder, die ihre Investitionsförderung auf der Grundlage von leistungsorientierten Investitionspauschalen nach § 10 KHG durchführen oder dies beabsichtigen, zusätzlich zu den bisher übermittelten Daten auch die Höhe der je Behandlungsfall abgerechneten Entgelte erhalten.

B) Stellungnahme

Länder, die ihre Investitionsförderung auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen ermitteln, benötigen neben der Art der Leistung auch die konkret abgerechnete Entgelthöhe. Die Erweiterung des entsprechenden Datensatzes ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht.

Nach bisheriger Rechtslage erfolgt die Übermittlung zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ohne Patientenbezug. Insbesondere für Fragestellungen der Fallzusammenführung und sektorenübergreifenden Behandlung ist es jedoch notwendig, Bezüge zwischen verschiedenen Aufenthalten eines Patienten herstellen zu können. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist die Zuordnung von korrespondierenden stationären und ambulanten Behandlungen notwendig für Vorbereitung und Umsetzung des Prüfauftrages zur Einbeziehung ambulanter Krankenhausleistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen in das PEPP-Vergütungssystem. Die Belange des Datenschutzes werden durch die Pseudonymisierung des Patientenmerkmals berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen sind um die Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID zu ergänzen (vgl. Stellungnahme III. Ergänzender Änderungsbedarf):

In § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Daten nach Absatz 2 Nr. 1“ die Wörter „, Nr. 2 Buchstabe a in pseudonymisierter Form“ eingefügt.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 13d

§ 21 Abs. 3a Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Datennutzung zur Qualitätssicherung

Der Absatz 3a wird neu gefasst, so dass künftig der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt und verantwortet, welche Leistungsdaten zu Zwecken der Qualitätssicherung entweder vom Institut nach § 137a SGB V oder einer anderen beauftragten Stelle verwendet werden dürfen.

B) Stellungnahme

Datennutzung zur Qualitätssicherung

Die unter A) zusammengefasste Regelung gibt im Wesentlichen die Interpretation der Gesetzesbegründung wieder. Ob die Formulierung des Absatzes 3a in ihrer Aussage der Gesetzesbegründung entspricht, kann angezweifelt werden.

Da die bisherige Regelung in ihrer operativen Umsetzung problembehaftet war, ist eine Neufassung, die die wesentliche Entscheidungskompetenz an den G-BA gibt, einerseits nachvollziehbar. Andererseits gefährdet diese Regelung die fachliche Unabhängigkeit des wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Daher ist sicherzustellen, dass das Institut nach § 137a auch Daten zur Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und damit zu Forschungs- und Entwicklungszwecken erhalten kann. Im Zuge des Entwicklungsprozesses von Qualitätssicherungsmaßnahmen muss ggf. auf umfangreichere Datenbestände zurückgegriffen werden, als dies beim reinen durchführen solcher Maßnahmen notwendig ist.

Problematisch könnte der in Absatz 3a Satz 3 formulierte Ermessensspielraum der DRG-Datenstelle bei der Beurteilung sein, ob es sich um eine „glaubhaft dargelegte Notwendigkeit“ im Hinblick auf die Datennutzung handelt. Schließlich liegt der Datenanforderung ein Beschluss des G-BA zu Grunde.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3a Satz 1 wird zwischen „Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ und „durchführen zu können“ eingefügt: „entwickeln und“.

In Absatz 3a Satz 3 wird das Wort „glaubhaft“ gestrichen.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 14

Anlage 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Anlage werden im Wege der Rechtsbereinigung Anpassungen zu nicht mehr anzuwen-
denden Regelungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1

Inhaltsübersicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Überschrift der Paragraphen 3 und 4 werden redaktionelle Jahreszahländerungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung

Nr. 2

§ 1 Anwendungsbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Neufassung des § 17b Abs. 1 KHG vorgenom-
men.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 3

§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 eröffnet auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen entsprechend der Maßgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).

Absatz 4 ermöglicht den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen Zuschläge für Mehrkosten in Folge von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechend der Maßgaben des KHG und des KHEntgG zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und zu Artikel 2 Nr. 5d, Nr. 9a und 10c.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 4 wird gestrichen.

Hilfsweise belassen, sofern Streichung von § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BPfIV.

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 4

§ 8 Abs. 4 Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 ergibt sich eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 5a

§ 9 Abs. 1 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse, Zentrumszuschläge, Qualitätszu- und -abschläge, Notfallversorgung

Analog der Regelung in § 9 Abs. 1a KHEntgG erfolgt eine Festlegung, für welche Leistungen die Vertragsparteien auf Bundesebene Vorgaben für Zu- und Abschläge zu vereinbaren haben. Dies erfolgt durch eine Ergänzung in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3.

B) Stellungnahme

Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse, Zentrumszuschläge, Qualitätszu- und -abschläge, Notfallversorgung

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 wird nach „§ 9 Absatz 1a Nummer“ die „1“ gestrichen.

Hilfsweise wird auf die Neufassung von § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG unter Artikel 2 Nr. 9 verwiesen.

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 5b

§ 9 Abs. 2 Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10d, § 10 Abs. 6 KHEntgG

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10d, § 10 Abs. 6 KHEntgG

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 6

§ 10 Abs. 2 Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da der Aufwand für Zuschläge in der Regel bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts zu berücksichtigen. Mit der Änderung von § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 wird vorgegeben, dass analog zu den Regelungen im KHEntgG bestimmte Zuschlagstatbestände bei der Vereinbarung des Landesbasisentgeltwerts nicht mindernd zu berücksichtigen sind.

In Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 wird analog der Regelung in § 10 Abs. 3 Nr. 7 KHEntgG festgelegt, dass, wenn die Zuschläge in Folge von Mehrkosten durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht mehr krankenhausesindividuell erhoben werden, eine Berücksichtigung in den Landesbasisfallwerten erfolgt. Zusätzlich wird klargestellt, dass Abschläge für Leistungen, die in unzureichender Qualität erbracht werden, nicht erhöhend auf den Landesbasisentgeltwert wirken.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zur Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen zu Artikel 2 Nr. 10b.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme zur Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen zu Artikel 2 Nr. 10b.

Absatz 2 Satz 1 Nr. 6 ist zu streichen.

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 7

§ 14 Abs. 1 Satz 1 Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass alle nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) krankenhausesindividuell vereinbarten Zu- und Abschläge der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde unterliegen. Bisher bezog sich die Genehmigungspflicht nur auf die in § 5 BPfIV explizit genannten Zu- und Abschläge.

B) Stellungnahme

Der Klarstellung wird zugestimmt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 8

§ 18 Abs. 2 Übergangsvorschriften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung, dass der Nachweis der Stellenbesetzung, die zweckentsprechende Mittelverwendung als auch die Rückzahlungspflicht von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln sich sowohl auf die regulär nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als auch auf die nachverhandelten Personalstellen bezieht. Die Regelung gilt sowohl für Einrichtungen, die krankenhaushausindividuell tagesgleiche Pflegesätze abrechnen als auch für diejenigen, die bereits nach dem pauschalierenden Entgeltsystem abrechnen.

B) Stellungnahme

Der Klarstellung wird zugestimmt. Eine ausreichende Personalausstattung in der Psychiatrie ist für eine gute Patientenversorgung unabdingbar. Daher muss sichergestellt sein, dass die Krankenhäuser anhaltend die von der Solidargemeinschaft finanzierte Personalbesetzung vorhalten. Dies gelingt nur, wenn die im Rahmen der Psych-PV gewährten Vollkräfte und Finanzierungsmittel nachweislich, d. h. durch entsprechende Testate der Jahresprüfer, auch wirklich besetzt sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 115 von 160

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1

§ 65c Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 und Abs. 8 Klinische Krebsregister

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2

§ 81 Abs. 3 Nr. 2 Satzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3

§ 87 Abs. 2a Satz 7 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4

§ 87a Abs. 5 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Dazu sind in den Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte durch den Bewertungsausschuss auch Vorgaben zu beschließen, die die Aufsatzwerte einmalig und basiswirksam jeweils in dem Umfang erhöhen, der dem jeweiligen Betrag der Honorarerhöhung durch die Senkung des Investitionskostenabschlags innerhalb der Honorarverteilung entspricht.

B) Stellungnahme

Eine Absenkung des Investitionskostenabschlages nach § 120 Abs. 3 Satz 2 auf 5 Prozent wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Damit entfällt die entsprechende Anpassung der zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung heranzuziehenden Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 12

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5

§ 91 Abs. 5 Satz 2 und Abs. 6 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6

§ 92 Abs. 7f Satz 1 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7

§ 109 Abs. 2 und 3 Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Kriterien für den Abschluss eines Versorgungsvertrages Krankenkassen und Krankenhäusern nach § 108 Nr. 3 werden eine qualitative hochwertige und patientengerechte Krankenhausbehandlung ergänzt.

In Absatz 3 erfolgt neben einer redaktionellen Änderung unter Nr. 1 die Neuformulierung der Nr. 2. Die alte Nr. 2 wird zur Nr. 3. Damit stellt Nr. 2 klar, dass Versorgungsverträge mit Krankenhäusern nicht abgeschlossen werden dürfen, wenn sie anhand der Qualitätsvorgaben und Bewertungskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder gemäß des Landesrechtes nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen. Gleiches gilt, wenn nicht nur vorübergehend Qualitätsabschläge fällig werden.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ist folgendermaßen zu fassen:

„2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Abs. 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen länger als ein Jahr nicht erfüllt, Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder“

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8

§ 110 Abs. 1 und 2 Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen in den Absätzen 1 und 2 zielen darauf, die Vorgaben des Gemeinsamen Bundeausschusses und der Länder für eine patientengerechte und qualitätsgesicherte stationäre Versorgung der Versicherten verbindlich umzusetzen. So werden die Kündigungsmöglichkeiten von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern nach § 109 Abs. 1 bzw. § 108 Nr. 3 SGB V um den Aspekt unzureichender Qualität erweitert und verfahrenstechnisch erleichtert. Zudem trägt die Landesbehörde eine Beweislast, falls sie die Genehmigung einer Kündigung versagt.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt, wobei die unter Nr. 7 bzw. unter Artikel 1 Nr. 3 geäußerte Kritik ihre Bedeutung behält. Bedeutsam wäre auch eine Kündigungsmöglichkeit für einzelne Fachabteilungen, die unzureichende Qualität erbringen. In Verbindung mit § 110 Abs. 1 Satz 3 wird davon ausgegangen, dass eine Kündigung aus Qualitätsgründen auch für Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V möglich ist.

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9

§ 110a Qualitätsverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen und Krankenhäuser sollen zeitlich befristet für vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31.07.2016 festzulegende, planbare Leistungen bzw. Leistungsbereiche aus dem stationären Sektor Verträge abschließen können, in denen höhere Qualitätsstandards und besondere Anreizsysteme definiert werden. Hierzu vereinbaren die Selbstverwaltungspartner bis zum 31.12.2016 verbindliche Rahmenvorgaben.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Öffnung über Qualitätsverträge für vier vom G-BA ausgewählte, planbare Leistungen wird begrüßt. Instrumente zur Preis- und Mengensteuerung werden Teil dieser Verträge sein. Die Qualitätssicherung sollte kollektiv erfolgen. Verträge sollten jedoch auch kassenspezifisch abgeschlossen werden können. Es wird begrüßt, dass in Qualitätsvereinbarungen nicht festgeschrieben werden darf, dass Qualitätsverträge mit anderen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen unzulässig sind. Jeder einzelnen Krankenkasse muss es jedoch möglich sein, mit Krankenhäusern Verträge zu schließen. Es ist richtig, dass es keinen Anspruch auf Vertragsabschluss eines Krankenhauses gibt.

Die bundesweite und einheitliche Festlegung der Qualitätskriterien ist für die vorgesehene Erfolgsbewertung entscheidend. Nur mit aussagekräftigen Kriterien lassen sich unterschiedliche Qualitätsniveaus differenzieren. Erst der Nachweis einer überdurchschnittlichen Leistung macht ein Krankenhaus zum Kandidaten für einen qualitätsorientierten Direktvertrag mit einer Krankenkasse. Durch diesen Wettbewerb steigt das Niveau im gesamten ausgewählten Leistungsbereich. Auch Versicherte und Patienten erhalten auf diese Weise zusätzliche, entscheidungsrelevante Informationen. Die Evaluation der Qualitätsverträge nach Ablauf des Erprobungszeitraums wird begrüßt und kann bei erfolgreicher Umsetzung dazu dienen, die Qualitätsverträge auszuweiten.

Die vorgesehene Schiedsstellenfähigkeit der Rahmenvereinbarung sowie die Möglichkeit zur Anrufung der Schiedsstelle durch das Bundesministerium für Gesundheit sind begrüßenswerte Voraussetzungen für die Umsetzung der Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10

§ 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 11

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 12

§ 120 Abs. 3 Satz 2 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen von öffentlich geförderten Krankenhäusern nach § 120 Abs. 1 ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Dieser Abschlag soll von 10 Prozent auf 5 Prozent reduziert werden.

B) Stellungnahme

Ziel des Abschlages ist die Vermeidung einer Doppelfinanzierung, da die Investitionen der Krankenhäuser im Gegensatz zu Vertragsärzten zusätzlich über die Bundesländer finanziert werden. Eine Verringerung des Abschlages kann durchaus mit der unzureichenden Investitionsförderung der Länder gerechtfertigt werden. Durch die höhere Vergütung der in öffentlich geförderten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen kommt es aufgrund der unzureichenden Investitionsförderung der Bundesländer zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 13

§ 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 14

§ 135b bis 137 Neustrukturierung der §§ 136 bis 137 durch §§ 135b bis 137

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

Der alte § 136 SGB V wird wortgleich in den § 135b überführt.

§ 135c Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Der § 136a alter Fassung geht in den neuen § 135c Abs. 1 auf. Es erfolgt eine Erweiterung dergestalt, dass jegliche Zielvereinbarung zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten auszuschließen ist, die die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Die Neuformulierung verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer, ihre Empfehlungen kontinuierlich weiter zu entwickeln.

§ 135c Abs. 2 greift die Regelung des alten § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 zu den Angaben in den Qualitätsberichten im Hinblick auf Zielvereinbarungen auf, die von den o. g. Empfehlungen abweichen.

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Der § 136 wird als Grundnorm für Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 formuliert. Die hier zusammengestellten Regelungen waren bereits im alten § 137 SGB V enthalten und wurden zum Teil redaktionell korrigiert.

§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Der neue § 136a greift aus § 137 alter Fassung die Absätze 1a (Hygiene), 1b (Qualitätssicherung in der Psychiatrie), 1c (einrichtungsinternes Qualitätsmanagement) und 4 (Zahnersatz) auf. Einzige inhaltliche Änderung ist die Fristverlängerung für den G-BA, Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene der Versorgung zu ergreifen. Das Datum 2012 wird wegen Nichterreichens verlassen und neu auf den 31.12.2016 festgelegt. Da es mittlerweile eine Richtlinie zum Qualitätsmanagement gibt, entfällt das in § 137 alter Fassung festgelegte Datum. Aufgrund der Umstellung ergeben sich auch hier redaktionelle Änderungen.

§ 136b Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Mindestmengenregelung

Der G-BA erhält einerseits vollkommen neue und andererseits weiter konkretisierte Vorgaben zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Daher werden Formulierungen des alten § 137 Abs. 3 teilweise übernommen, jedoch auch wesentlich verändert.

Die Regelung von Mindestmengen wird grundlegend verändert (Absatz 1 Satz 1 Nr. 2, Absätze 3–5). Wird in einer Studie auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität hingewiesen, so kann der G-BA Mindestmengen festlegen. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang ist nicht erforderlich. Die Mindestmenge ist auf die „Einheit“ Arzt oder Standort zu beziehen. Der G-BA kann Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen wie Korridorlösungen oder Karenzzeiten für Mindestmengen bestimmen. Auf Antrag eines Krankenhauses kann die Landesbehörde Abweichungen von der Mindestmengenregelung bestimmen, wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet werden könnte.

Der G-BA wird verpflichtet, in seiner Verfahrensordnung das Vorgehen bei der Festlegung von Mindestmengen niederzulegen. Damit steht das grundsätzliche Vorgehen unter Genehmigungsvorbehalt durch das Bundesministerium für Gesundheit. Zudem wird der G-BA verpflichtet, seine Mindestmengenfestlegungen zu evaluieren.

Es besteht ein Leistungsverbot für Krankenhäuser, die die Mindestmenge nicht erfüllen. Wird die Leistung dennoch erbracht, gilt dies als Verstoß gegen § 2 (Qualitätsgebot) und § 12 (Wirtschaftlichkeitsgebot) SGB V. Eine Vergütung ist dann ausgeschlossen.

Der Krankenhausträger hat den Nachweis der Mindestmenge bzw. die prognostische Leistungsentwicklung gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen abzugeben und zu begründen. Bei Zweifeln können die Krankenkassen dagegen vorgehen.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absätze 6–7 ergänzen die Anforderungen an die bestehenden Qualitätsberichte. Betont wird die Patientenorientierung. Ergänzt werden sollen die Berichte um Informationen zu Nebendiagnosen, um Ergebnisse von Patientenbefragungen, um einen speziellen Berichtsteil mit besonders patientenrelevanten Informationen (insbes. zur Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Personalausstattung, zur Erfüllung von Hygienestandards, zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements).

Qualitätsverträge

Der G-BA hat bis zum 31.07.2016 vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen, zu denen Verträge nach § 110a SGB V geschlossen werden können. Das Institut nach § 137a SGB V ist nach Abschluss des Erprobungszeitraums mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität zu beauftragen.

Qualitätszu- und -abschläge

Mit § 136b Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit Absatz 9 hat der G-BA bis zum 31.12.2016 erstmals Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen. Hierzu sind Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren zu definieren. Insbesondere sind aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen. Eine Veröffentlichung der Qualitätszu- und -abschläge hat auf einer Internetplattform zu erfolgen, zu der auch die Landesbehörden Zugang haben.

§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung (Absatz 1 und 2)

Der G-BA erhält den Auftrag, Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zu beschließen – erstmals bis zum 31.12.2016. Die Indikatoren sollen geeignet sein, die Versorgungsqualität einer Abteilung zu beurteilen. Der G-BA hat darüber hinaus sicherzustellen, dass die Daten zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren quartalsweise von den Krankenhäusern an das Institut nach § 137a zu liefern sind.

§ 136c Abs. 3 Sicherstellungszuschlag

Der G-BA legt bis zum 31.03.2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen fest (§ 136c Abs. 3). Sicherstellungszuschläge sollen für die Vorhaltung von Kapazitäten gezahlt werden, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend finanziert sind. Unter anderem sollen die Kriterien „Erreichbarkeit“, „geringer Versorgungsbedarf“ und „notwendige Leistungen“ einheitlich definiert werden.

§ 136c Abs. 4 Gestuftes Notfallkonzept

Der G-BA legt bis zum 31.12.2016 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 Notfalleleistungen differenziert festzulegen.

§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Regelung entspricht dem § 137b alter Fassung und ist Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB. Es erfolgt lediglich eine Umformulierung der Überschrift.

§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Absatz 1 erteilt dem G-BA das Recht, einen gestuften Sanktionsmechanismus bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen. Dieser umfasst Abschlüsse, den Wegfall des Vergütungsanspruchs, eine Information gegenüber Dritten sowie die Information der Öffentlichkeit.

Absatz 2 sieht eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze in Krankenhäusern vor.

Absatz 3 regelt, dass der G-BA in Form einer Richtlinie die Anforderungen an die Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nach dem neuen § 275a SGB V in den Krankenhäusern zu beschließen hat. Damit werden die Befugnisse des MDK zur Prüfung der Qualität, jedoch unter Maßgabe des G-BA, erweitert.

B) Stellungnahme

§ 135b Förderung der Qualität durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die redaktionelle Umstellung ist nachvollziehbar.

Nach § 135b Abs. 1 des Referentenentwurfs (§ 136 Abs. 1 geltende Fassung) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Ziele und Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu dokumentieren und jährlich zu veröffentlichen. Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer haben Anspruch auf aktuelle Informationen über die Strukturen sowie über die Prozesse und Ergebnisse der medizinischen Versorgung. Versicherte sollen entsprechend ihrer Präferenzen und bei vergleichbaren Leistungen eine Wahlentscheidung zwischen Leistungserbringern im vertragsärztlichen Bereich haben. Bisher werden die entsprechenden Daten jedoch ausschließlich in aggregierter Form zur Verfügung gestellt. Die Veröffentlichung aggregierter Daten zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen erlaubt allerdings keine für Versicherte verwertbaren Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität einzelner Einrichtungen. Daher müssen auch für die ambulante Versorgung Erkenntnisse und Informationen in aussagekräftiger Form aufbereitet und den Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden. Neben dem Leistungsspektrum, der Art und der Anzahl erbrachter Leistungen sowie der Anzahl behandelter Patienten durch eine Einrichtung sind die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen auch im ambulanten Bereich den Versicherten verbindlich zugänglich zu machen. Entsprechend sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung dieser Daten und zu ihrer Übermittlung an das Institut nach § 137a in einem einheitlichen Datenformat zu verpflichten. Die Festlegung des Datenformats obliegt für Daten zu Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 den Partnern des Bundesmantelvertrages, für Daten zu Maßnahmen nach § 135b Abs. 2 dem G-BA.

§ 135c Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Es wird nach wie vor bezweifelt, dass die Empfehlungen von Deutscher Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer bewirken, dass es keine die medizinische Urteilskraft beeinträchtigenden Zielvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und leitenden Ärzten mehr gibt. Eine verbindliche, strafbewehrte Regelung ist überfällig.

Ebenso wird bezweifelt, dass Krankenhäuser, die Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten geschlossen haben, die von den Empfehlungen abweichen, dies wahrheitsgemäß in den Qualitätsberichten angeben. Ein Informationsgewinn für die Patienten, Versicherten und einweisenden Ärzte wird daher nicht gesehen.

§ 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Die Umstellung sowie die redaktionelle Korrektur sind nachvollziehbar.

§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Die Umstellung sowie die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

§ 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Mindestmengenregelung

Es wird begrüßt, dass die Weichen hin zu einer verbindlicheren Umsetzung der vom G-BA festgesetzten arzt- und standortbezogenen Mindestmengen gestellt werden. Ergänzt werden sollte, dass die Ergebnisse der Verhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen über die absehbare Erreichung oder Nicht-Erreichung der Mindestmengen standortbezogen veröffentlicht werden. Es fehlt eine analoge Formulierung zur verbindlichen Durchsetzung der Struktur- und Prozessqualität, wie sie in den Richtlinien des G-BA oder in ausgewählten Prozedurenkodex des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information verankert ist.

Zur konkreten Umsetzung von arztbezogenen oder standortbezogenen Mindestmengen ist es unerlässlich, sowohl die lebenslange Arztnummer für in Krankenhäuser tätige Ärzte als auch eine eindeutige Krankenhausstandort-Identifikationsnummer einzuführen. Erfolgt dies nicht, droht ein Scheitern der Mindestmengenregelung.

Hochproblematisch ist die Formulierung in Absatz 3 im Hinblick auf Ausnahmetatbestände, „um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden“. Der unbestimmte Rechtsbegriff der „unbilligen Härte“ sowie die faktische Unmöglichkeit, bei kleinen Mengen gute oder mindere Qualität statistisch signifikant nachzuweisen, wird den G-BA in seinen Verhandlungen zur Mindestmenge lähmen.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Die Weiterentwicklung der Qualitätsberichte wird begrüßt. Bemerkenswert ist, dass nach Absatz 7 Satz 3 die Krankenhäuser verpflichtet werden, ihrerseits den Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Auf Wunsch der Deutschen Krankenhausgesellschaft wurde in den Regelungen des G-BA genau auf diese Festlegung verzichtet. Daher wäre es besser, die Krankenhäuser dazu zu verpflichten, ihre Patienten auf die entsprechenden Portale der Krankenkassen hinzuweisen.

Nicht vergessen werden sollte bei all den Bemühungen um eine verbesserte Qualitätsberichterstattung, dass es sich nach wie vor ausschließlich um Selbstauskünfte der Krankenhäuser handelt. Eine Validierungsvorschrift im Gesetz zur Qualitätssicherung der Qualitätsberichte ist überfällig. Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 21.

Qualitätsverträge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 9.

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Das Institut nach § 137a SGB sollte frühzeitig konzeptionell eingebunden werden, um eine substanzielle Evaluation zu ermöglichen. Der jetzige Wortlaut von § 110a und § 136b Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. Absatz 7 lässt keine funktionierende Evaluation zu.

Qualitätszu- und -abschläge

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 3 und Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 9a.

Die Regelung zu den Qualitätszu- und -abschlägen wird begrüßt. Leistungen mit unzureichender Qualität müssen jedoch ausgeschlossen werden. Qualitätsabschläge sind nur für Leistungen mit minderer Qualität denkbar.

§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung (Absatz 1 und 2)

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2 und Nr. 3.

Grundsätzlich wird die Regelung begrüßt, auch wenn Bedenken bleiben, dass es den Ländern gelingt, anhand der Qualitätsdaten gefällte Planungsentscheidungen durchzusetzen.

§ 136c Abs. 3 Sicherstellungszuschläge

Die vorgesehene Konkretisierung der Sicherstellungszuschläge nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Notwendige Voraussetzung ist die Einführung und Verwendung eines eindeutigen Standortidentifikators sowie der lebenslangen Arztnummer. Nur so kann sichergestellt werden, dass

die zu entwickelnden Anforderungen prüfbar sind und umgesetzt werden können (vgl. Stellungnahme zum „Ergänzende Änderungsbedarf“).

§ 136c Abs. 4 Gestuftes Notfallkonzept

Die vorgesehene Konkretisierung der Notfallstrukturen durch den G-BA nach bundeseinheitlichen Kriterien und die dazu gemachten Vorgaben werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt.

Notwendige Voraussetzung ist die Einführung und Verwendung eines eindeutigen Standortidentifikators sowie der lebenslangen Arztnummer. Nur so kann sichergestellt werden, dass die zu entwickelnden Anforderungen prüfbar sind und umgesetzt werden können (vgl. Stellungnahme zum „Ergänzende Änderungsbedarf“).

Grundsätzlich ist im Referentenentwurf eine ausgabenneutrale Umsetzung der Regelung vorgesehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass es in Abhängigkeit von dem G-BA-Beschluss zu den strukturellen Mindestvoraussetzungen der künftigen gestuften Notfallversorgung zu Mehrbelastungen kommen kann. Diese können zum jetzigen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 7a und Artikel 2 Nr. 5d und Nr. 10c)

§ 136d Evaluation und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Änderung ist nachvollziehbar.

§ 137 Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Regelungen des § 137 werden grundsätzlich begrüßt. Ausgeschlossen werden sollte jedoch in Absatz 1, dass es Vergütungsabschläge bei der Nicht-Erfüllung von Struktur- und Prozessvorgaben geben kann. Bei letzteren handelt es sich immer um Mindestanforderungen. Eine Nicht-Erfüllung kann nur mit dem Wegfall des Vergütungsanspruchs einhergehen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass schlechtere Qualität unter Inkaufnahme eines Abschlags an-

geboten wird, was bei Mindestanforderungen aus Gründen der Patientensicherheit inakzeptabel wäre.

Die größeren Befugnisse für den MDK bei der Qualitätsprüfung werden ausdrücklich begrüßt. Diese dürfen jedoch nicht auf die Richtlinien des G-BA beschränkt bleiben, sondern müssen sich auch auf die Prozedurenkodes (OPS-Komplekkodes) des DIMDI erstrecken. Das Nähere zum Prüfverfahren sollte jedoch nicht im G-BA, sondern durch die Vertragspartner auf der Bundesebene festgelegt werden (Konfliktlösung Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG).

C) Änderungsvorschlag

In § 135 Abs. 2 wird Satz 5 –neu– eingefügt: „Die Partner nach Satz 1 vereinbaren Inhalt, Umfang und Datenformat der nach § 135b Abs. 1 zu übermittelnden Daten.“

Redaktionelle Folgeänderung: Neue Nummerierung der bisherigen Sätze 5–8

§ 135c ist durch eine verbindliche, strafbewehrte Regelung zu ersetzen.

In § 135b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt: „Für Einrichtungen, die an Maßnahmen nach Absatz 2 oder § 135 Abs. 2 teilnehmen, sind betriebsstättenbezogen das Leistungsspektrum, Art und Anzahl erbrachter Leistungen, Anzahl behandelter Patienten sowie Ergebnisse der Qualitätsprüfungen jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen und an das Institut nach § 137a zu übermitteln.“

In § 135b Abs. 2 wird folgender Satz angefügt: „Darüber hinaus fasst er Beschlüsse über Inhalt, Umfang und Datenformat der nach Absatz 1 zu übermittelnden Daten.“

In § 136b Abs. 3 ist in Satz 1 zu streichen: „, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.“ Stattdessen wird nach Satz 1 eingefügt: „Ausnahmen kann es ausschließlich bei drohender Unterversorgung geben.“

An § 136b Abs. 4 wird folgender Satz angefügt: „Das Ergebnis der zwischen einem Krankenhausträger und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen abgestimmten Prognose ist zu veröffentlichen.“

§ 136b Abs. 1 Nr. 2, Absätze 3–5 sollten analog für die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und des DIMDI zur Struktur- und Prozessqualität in das Gesetz aufgenommen werden.

§ 136b Abs. 6 wird um folgenden Satz ergänzt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31.12.2017 ein Datenvalidierungskonzept für den Qualitätsbericht zu beschließen.“

§ 136b Abs. 7 letzter Satz wird folgendermaßen formuliert: „Das Krankenhaus hat seine Patienten auf die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in den Portalen der Krankenkassen hinzuweisen.“

§ 136b Abs. 8 Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Er hat das Institut nach § 137a mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität bei den ausgewählten Leistungen und Leistungsbereichen frühzeitig und in Absprache mit den Vereinbarungspartnern nach § 110a Abs. 2 zu beauftragen.“

In § 136b Abs. 9 ist zweimal das Wort „unzureichende“ durch „mindere“ zu ersetzen.

In § 136b Abs. 9, vorletzter Satz muss es heißen: „Die Auswertungsergebnisse sind den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und den Krankenhäusern jeweils zeitnah zur Verfügung zu stellen; ...“

In § 136c Abs. 1, vorletzter Satz wird folgendermaßen formuliert: „Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt die Richtlinienbeschlüsse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.“

In § 136c Abs. 1 wird der letzte Satz gestrichen.

Im § 136c Abs. 3 und 4 ist die Anwendung der lebenslangen Arztnummer und des eindeutigen Standortidentifikators sicherzustellen (vgl. Stellungnahme zum „Ergänzenden Änderungsbedarf“).

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 138 von 160

In § 137 Abs. 1 wird zwischen den Sätzen 4 und 5 eingefügt: „Vergütungsabschläge bei Nicht-Einhaltung von Struktur- und Prozessqualität sind unzulässig.“

Die MDK-Prüfungen in § 137 Abs. 3 sind wie in § 17c KHG zu fassen.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 15

§ 137a Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V. Darüber hinaus erhält das Institut nach § 137a in Absatz 11 den Auftrag, Ländern auf Antrag Qualitätssicherungsdaten zur Verfügung zu stellen.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

Die Regelungen zu den Aufgaben des Instituts nach § 137a sehen derzeit eine mögliche Beauftragung des Instituts zur Erstellung und Veröffentlichung einrichtungsbezogen vergleichender Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung vor. Diese derzeit auf den stationären Bereich beschränkte Wirkmöglichkeit des Instituts ist auf die nach § 135b Abs. 1 zu übermittelnden patientenrelevanten Informationen zur Qualität der ambulanten Versorgung zu erstrecken. Darüber hinaus ist zu gewährleisten, dass das Institut entsprechend den bestehenden Vorgaben in Nr. 6 auch zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der ambulanten Versorgung aufgrund von Routinedaten der Krankenkassen beauftragt werden kann. Für diese Aufgabe stehen die von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135b Abs. 1 erhobenen und zu übermittelnden Daten zur Verfügung. Das Aufgabenspektrum des Instituts ist entsprechend anzupassen.

Die Nutzung der Qualitätsdaten für konkrete Zwecke durch die Länder nach Beantragung beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 137a Abs. 3 Nr. 5 wird neu gefasst:

„auf der Grundlage geeigneter Daten, die insbesondere in dem strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Nr. 3 oder nach § 135b Absatz 1 veröffentlicht werden, einrichtungs- bzw. betriebsstättenbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die

Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen; Ergebnisse nach den Nummern 6 und 7 sollen einbezogen werden.“

In § 137a Abs. 3 Nr. 6 wird das Wort „sowie“ gestrichen.

In § 137a Abs. 3 wird Nr. 7 – neu – eingefügt:

„für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung zu ausgewählten Leistungen die Qualität der ambulanten Versorgung zusätzlich auf der Grundlage von im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 135b Abs. 1 erhobenen und zu übermittelnden Daten darzustellen sowie“

Redaktionelle Folgeänderung: Die bisherige Nr. 7 wird „Nr. 8“

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16

§ 137b Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung entspricht der des § 137 Abs.tz 5 alter Fassung und ist in Folge der Neu-
strukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 17

§ 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 18

§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 19

§ 221 Abs. 2 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der auf die Landwirtschaftliche Krankenkasse entfallende Anteil an der Beteiligung des Bundes zur Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen (Bundesbeteiligung), welcher vom Gesundheitsfonds an die Landwirtschaftliche Krankenkasse zu überweisen ist, wird ab dem Jahr 2016 um den Finanzierungsanteil der Landwirtschaftlichen Krankenkasse am neuen Strukturfonds reduziert. Solange dieser Betrag, der sich aus den §§ 12 ff KHG (neu) ergibt, nicht feststeht, wird ein Minderungsbetrag von 1 Mio. Euro vorläufig angesetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Regelungen zur Einrichtung und Finanzierung eines Strukturfonds, sieht im Detail aber erheblichen Änderungsbedarf.

Zum Näheren wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 (§§ 12 ff KHG (neu)) verwiesen.

Die vorliegende Regelung folgt der Finanzierungslogik der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplanten Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V (neu). Verfahrenstechnisch gewährleistet sie die erforderliche anteilige Einbeziehung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse in die Finanzierung des Strukturfonds.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 20

§ 271 Abs. 2 Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bestimmt, dass dem Strukturfonds ab dem Jahr 2016 bis zu 500 Mio. Euro – abzüglich des Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenkasse zur Finanzierung des Strukturfonds (vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 19) – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Es wird sichergestellt, dass die Liquiditätsreserve ausschließlich Finanzmittel zur Verfügung stellt, die die Länder auch tatsächlich nach Maßgabe der §§ 12–15 KHG (neu) abrufen (können).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Regelungen zur Einrichtung und Finanzierung eines Strukturfonds, sieht im Detail aber erheblichen Änderungsbedarf.

Zum Näheren wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 (§§ 12 ff KHG (neu)) verwiesen.

Die vorliegende Regelung folgt der Finanzierungslogik der mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplanten Regelung zur Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a SGB V (neu). Sie gewährleistet die Finanzierung des Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve in Höhe der tatsächlich nach Maßgabe der §§ 12–15 KHG (neu) benötigten Finanzmittel und berücksichtigt dabei die anteilige Einbeziehung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse in die Finanzierung des Strukturfonds.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 21

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 275a regelt das Nähere zur Durchführung und zum Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die Kontrollen haben nach Maßgabe des G-BA gemäß § 137 zu erfolgen. Der MDK darf nur auf Antrag durch Stellen tätig werden, die der G-BA hierzu befugt hat. Die Gesetzesbegründung geht hier von den Lenkungsorganen auf Landesebene der externen stationären Qualitätssicherung und vom Institut nach § 137a aus. Als sinnvoll wird auch eine Beauftragung durch Krankenkassen erachtet.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14, Nr. 22 und Nr. 23.

Die Prüfungsrechte, die dem MDK verliehen werden, greifen zu kurz. Um die Qualitätsvorgaben vollständig in den Blick nehmen zu können, müssen auch die Vorgaben der Prozedurenkodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (OPS-Komplexxodes) geprüft werden können. Um die Validität der Daten in den Qualitätsberichten zu verbessern, sollten auch diese Selbstauskünfte der Krankenhäuser geprüft werden können. Neben den Anhaltspunkten für die Auslösung einer Kontrolle sollte der G-BA aus methodischen Gründen auch stichprobenbasierte Überprüfungen vorsehen können.

Die Prüfungsrechte des MDK sollten sich darüber hinaus auch auf den Bereich der Prüfung der Mittelverwendung des Pflegestellenförderprogramms erstrecken.

Es muss sichergestellt sein, dass die Krankenkassen den MDK in jedem Fall mit Qualitätsprüfungen beauftragen dürfen.

C) Änderungsvorschlag

In § 275a Abs. 2 ist am Ende von Nr. 1 zu ergänzen: „sowie die Anforderungen in den Prozedurenkodes (OPS)“.

Absatz 2 Satz 2 ist wie folgt zu ändern: Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind, wobei auch zufallsbasierte Stichproben Auslöser sein können.

In § 275a Abs. 2 ist am Ende von Nr. 2 vor dem „und“ zu ergänzen: „sowie die Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht“.

In § 275a Abs. 2 Satz 1 wird nach „in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Stellen“ eingefügt:
„oder die Krankenkassen“.

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 22a–c

§ 276 Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

- (a) Die Streichung ermöglicht die Regelung datenschutzrechtliche Befugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Absatz 4a.
- (b) § 276 Abs. 2 wird aufgrund von datenschutzrechtlichen Beanstandungen verändert. Datenübermittlungen der Krankenhäuser müssen direkt an den MDK erfolgen, das sogenannte Umschlagsverfahren ist nicht mehr zulässig.
- (c) Absatz 4a regelt das Betretensrecht des MDK bei den Krankenhauskontrollen und die datenschutzrechtlichen Befugnisse für die Einsicht in die erforderlichen Krankenunterlagen sowie die Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser bei Prüfungen nach § 275a. Das Betretensrecht und Einsichtsrecht besteht bei Beauftragung durch die zuständigen Stellen der Länder (§ 275a Abs. 4 SGB V) jedoch nur dann, wenn das jeweilige Landesrecht ebenfalls entsprechende Pflichten der Krankenhäuser vorsieht.

B) Stellungnahme

- (a) Die Änderung ist auch Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht.
- (b) Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die Änderungen bei den Datenübermittlungen der Krankenhäuser an den MDK nicht zielführend und werden deshalb abgelehnt. Das bisher praktizierte Umschlagsverfahren ist, bei korrekter Handhabung, datenschutzkonform. Sofern einzelne Krankenkassen gegen geltendes Recht verstoßen sind diese entsprechend zu sanktionieren. Die generelle Abschaffung ist jedoch nicht sachgerecht und bestraft die Mehrheit der gesetzeskonform agierenden Krankenkassen. Das Umschlagsverfahren trägt den Bedürfnissen der Krankenkasse ihre Verwaltungsprozesse effizient zu organisieren Rechnung. Hier sind insbesondere die Beratungen- Genehmigungsprozesse im leistungsrechtlichen Kontext zu nennen, aber auch die Einhaltung der gesetzlichen Fristen aufgrund des Patientenrechtegesetzes.
- (c) Die Regelung vervollständigt die MDK-Befugnisse und Mitwirkungspflichten seitens der Krankenhäuser bei Prüfungen nach § 137 Abs. 3 und § 275a. Die Länder müssen sicherstellen, dass diese Maßnahmen ungehindert durchgeführt werden können. Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14, Nr. 21 und Nr. 23.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 22 b Streichung der Neuregelung

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 23

§ 277 Mitteilungspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 277 wird ergänzt um die Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Zusammenhang mit Prüfungen nach § 137 Abs. 3 und § 275a.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 14, Nr. 21 und Nr. 22. Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 24

§ 281 Finanzierung und Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfolgt über die Krankenkasse. Ausgenommen sind die von den Ländern veranlass-
ten Prüfungen, die von diesen selbst getragen werden.

B) Stellungnahme

Es ist nicht sachgerecht, insbesondere die Krankenhäuser aus der Finanzverantwortung zu
entlassen, die die Qualitätsvorgaben nicht einhalten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 25

§ 285 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 26

§ 299 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen redaktionelle Änderungen in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V.

B) Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 153 von 160

Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 27

§ 303e Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neufassung von § 137a im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung in Folge der Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V in Artikel 6b des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 6 Änderung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 7 Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Artikel 7 regelt das Inkrafttreten der einzelnen Änderungen.

B) Stellungnahme

Ein Änderungsbedarf besteht lediglich in Absatz 5 zu dem Inkrafttreten der Regelungen des Artikel 2 Nr. 10 f und h (§ 10 Absatz 9 und 11 KHEntgG). Diese Regelung sollte bereits zum 01.01.2016 und nicht erst zum 01.01.2021 in Kraft treten.

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 10 f und h – § 10 Abs. 9 und 11 KHEntgG

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe f und h tritt am 01.01.2016 in Kraft.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Übermittlung einer pseudonymisierten Patienten-ID in der Datenübermittlung nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 13 Buchstabe c

Begründung:

Nach bisheriger Rechtslage erfolgt die Übermittlung zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG ohne Patientenbezug. Insbesondere für Fragestellungen der Fallzusammenführung und sektorenübergreifenden Behandlung ist es jedoch notwendig, Bezüge zwischen verschiedenen Aufenthalte eines Patienten herstellen zu können. Im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist die Zuordnung von korrespondierenden stationären und ambulanten Behandlungen notwendig für Vorbereitung und Umsetzung des Prüfauftrages zur Einbeziehung ambulanter Krankenhausleistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen in das PEPP-Vergütungssystem. Die Belange des Datenschutzes werden durch die Pseudonymisierung des Patientenmerkmals berücksichtigt.

Änderungsvorschlag:

In § 21 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Daten nach Absatz 2 Nr. 1“ die Wörter „, Nr. 2 Buchstabe a in pseudonymisierter Form“ eingefügt.

Krankenhausstandort-Identifikationsnummer

Begründung:

Ohne eine bundeseinheitliche Standortdefinition und ohne ein Standortverzeichnis sind viele Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung (z.B. Mindestmengen, Qualitätsberichte, Strukturanforderungen, Qualitätszu- und -abschläge) nicht wirkungsvoll umsetzbar. Mit voller Wucht schlägt die Standortfrage auf, wenn Standortschließungen durch einen Strukturfonds unterstützt werden sollen, aber keine Kriterien existieren, was denn eigentlich ein Standort ist. Auch bei der Umsetzung des Sicherstellungszuschlags ist eine eindeutige Identifikation von Krankenhausstandorten zwingend. Es muss daher die Einführung und verbindliche Verwendung eines eindeutigen Krankenhausstandortidentifikators im SGB V verankert werden.

Änderungsvorschlag:

§ 293a SGB V Kennzeichen für Krankenhausstandorte, Fachabteilungen und Ambulanzen

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragen eine Datenstelle mit dem Aufbau und dem Führen eines bundeseinheitlichen Verzeichnisses, das der eindeutigen Identifikation von Standorten, Fachabteilungen und Ambulanzen der Krankenhäuser dient. ²Die Krankenkassen und die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Kennzeichen des Verzeichnisses nach Satz 1 für Abrechnungszwecke, für Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie für die Erfüllung der Anforderung der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu verwenden. ³Es ist zu gewährleisten, dass die Kennzeichen eine eindeutige Identifikation der Standorte, Fachabteilungen und Ambulanzen von Krankenhäusern für die gesamte Dauer der Tätigkeit ermöglichen. ⁴Das Verzeichnis ist zu veröffentlichen und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf dem Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unentgeltlich zur Verfügung zu stellen; Änderungen des Verzeichnisses sind in geeigneten Abständen unentgeltlich zu übermitteln.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere zum Verzeichnis nach Absatz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der Kennzeichen sowie das Verfahren der Vergabe,
3. die Frequenz und das Verfahren einer zweckmäßigen Aktualisierung und Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch das Führen und die fortlaufenden Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken-
haus-Strukturgesetz – KHSG)
Seite 159 von 160

²Kommt eine Vereinbarung bis zum TT.MM.JJJJ ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf An-
trag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG die ausstehenden Entschei-
dungen.

Entwicklung eines Modellvorhabens zur Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen nach § 17c Abs. 4a KHG

Begründung:

Seit Inkrafttreten der Neuregelung des § 17c KHG und damit auch von dessen Absatz 4a haben sich der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in insgesamt sieben umfangreichen Verhandlungsrunden mit den Regelungsaufträgen des § 17c KHG befasst. Dabei standen zunächst die Errichtung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 17c Abs. 3 KHG und die Vereinbarung von Regelungen zur Durchführung von MDK-Prüfungen nach § 17c Abs. 2 KHG im Vordergrund. Neben diesen Themen haben sich die Vertragspartner auch regelmäßig zu den Möglichkeiten der Entwicklung eines Modellvorhabens zur Durchführung von Auffälligkeitsprüfungen auf Grundlage der Daten nach § 21 KHEntgG gem. § 17c Abs. 4a KHG ausgetauscht. Ein solches Prüfverfahren mit Blick auf statistische Auffälligkeiten in den Daten nach § 21 KHEntgG soll nach dem Willen des Gesetzgebers für Fälle der sekundären Fehlbelegung Anwendung finden. Im Rahmen des fachlichen Austausches zu den Möglichkeiten der modellhaften Durchführung einer solchen Auffälligkeitsprüfung haben sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Eindruck gewonnen, dass ein solches Verfahren in der Praxis nicht realisierbar sein dürfte.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 17c Abs. 4a KHG.