



Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

Stand 13.05.2015

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Strukturfonds.....	8
Landesschlichtungsausschuss	11
Zentren	12
Pflegestellen-Förderprogramm.....	14
Sicherstellungszuschläge.....	17
Qualitätszu- und -abschläge.....	20
Veränderungswert / Orientierungswert.....	24
Landesbasisfallwert / Bundesbasisfallwert	25
Qualitätsverträge.....	28
Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst	30

Grundsätzliche Anmerkungen

Krankenhäuser sind ein konstitutioneller Bestandteil unseres Gesundheitswesens. Für die medizinische Versorgung unserer Versicherten leisten die stationären Einrichtungen mit ihrem medizinischen, pflegerischen und gesundheitsberuflichen Personal einen elementaren Beitrag. Gleichwohl ist der Reformbedarf sehr hoch. Der Gesetzgeber hat allen Anlass dazu, ein Gesetz auf den Weg zu bringen, um die stationäre Versorgung auch zukünftig sicherzustellen, deren Qualität noch weiter zu verbessern und die Finanzierung der Krankenhäuser auf festen Boden zu stellen sowie die Versorgungsprobleme an den Schnittstellen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor zu beheben. Zu letzterem bietet das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gute Ansätze. Allerdings vermag der Referentenentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz den Bogen zwischen den Aufgabenfeldern nicht zufriedenstellend zu spannen.

1. Versorgungsqualität

Die mit dem Referentenentwurf vorgeschlagenen Instrumente, die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern zu verbessern, zeigen durchaus in die richtige Richtung. Die aus den Überschriften ersichtlichen Ziele, a) Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung aufzunehmen, b) den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragen, die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu entwickeln, c) Qualitätszu- und -abschläge vorzusehen, d) Mindestmengen rechtssicher und e) die Qualitätsberichte aussagekräftiger auszugestalten, sind grundsätzlich sinnvoll. Im Detail zeigen sich bei einigen der Vorschläge jedoch maßgebliche Verbesserungsnotwendigkeiten.

So ist es beispielsweise nicht nachvollziehbar, wenn die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung von den im Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Qualitätsindikatoren abweichen können. Das entwertet das Instrument der qualitätsorientierten Krankenhausplanung, mit der auch qualitätsbedingte Schließungen möglich wären. Wirkung lässt sich so nicht entfalten.

Einen gänzlich neuen Weg beschreitet der Gesetzgeber mit der qualitätsorientierten Vergütung, die er als Zu- und Abschläge gestalten möchte. Auch wenn der Bestrafungsaspekt über Vergütungsabschläge einer nachvollziehbaren „pädagogischen“ Logik folgt, so ist die vorgeschlagene Regelung für die Innungskrankenkassen so nicht tragbar. Es hieße nichts anderes, als dass die Krankenkassen weiterhin schlechte Qualität dulden, weil sie weiterhin dafür zahlen – wenn auch weniger. Mehr noch: Der Vorwurf könnte erwachsen, Krankenkassen würden wegen potenzieller Einspareffekte lieber auf Abschläge setzen, so absurd und realitätsfern dies auch wäre. Hier gibt es also großen Änderungsbedarf am Gesetzentwurf. Für uns steht fest: Schlechte Qualität, das heißt, Leistungen, die die Mindestanforderungen nicht erfüllen, dürfen für die gesetzlich Versi-

cherten schlichtweg nicht erbracht werden. Allerdings können Zu- und Abschläge ein probates Mittel sein, ein Anreizsystem für jene Krankenhäuser zu etablieren, die die Mindestanforderungen erfüllen. Dieses System würde eine Differenzierung zwischen verschiedenen Qualitätsstufen der Leistungen erlauben. Nur so würden auch jene Krankenhäuser Anstrengungen unternehmen, ihre bis dato den Mindestanforderungen entsprechenden Leistungen weiter zu steigern, um durch gute bis sehr gute Qualität weitere Erlöse zu generieren. Wenn die hierfür notwendigen Ergebnisindikatoren durch den G-BA entwickelt und konsentiert worden sind, könnte ein Zu- und Abschlagsmodell ein sinnvoller Bestandteil einer qualitätsorientierten Vergütung werden.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen auch das Modell der Qualitätsverträge. Sicherlich können Selektivverträge positive Effekte für die Versorgung haben. Dennoch bedarf es hier einiger Klarstellungen im Gesetz: Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass es keine Exklusivverträge einer Krankenkasse mit Krankenhäusern geben darf, die zur Folge haben, dass Versicherte anderer Krankenkassen keinen Zugang zu diesem Haus mehr haben. Ferner ist es fraglich, ob ein Wettbewerb der Krankenkassen untereinander um die besten Häuser geboten ist. In unseren Augen wäre es besser, den qualitätsbezogenen Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander anzufachen. Das hieße, dass Krankenkassen gemeinsam mit einzelnen stationären Einrichtungen „kollektive Selektivverträge“ schließen würden und der Wettbewerb auf die Krankenhäuser verlagert wäre.

2. Mengensteuerung

Die Maßnahmen zur Minimierung der ökonomisch motivierten Mengensteigerung sind in unseren Augen nicht ausreichend. Die Einführung von Zweitmeinungsverfahren, die mit dem Versorgungsstärkungsgesetz obligatorisch werden sollen, aber gleichwohl mit dem KHSG verbunden sind, kann sinnvoll sein – aber eher zur individuellen Meinungsbildung der Patientinnen und Patienten über die vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten und weniger, um unnötige Operationen zu vermeiden.

Das Ansinnen des Gesetzgebers, das heutige System der Mengensteuerung über die Mengendegression im Landesbasisfallwert durch ein neues Modell zu ersetzen, ist vom Grundgedanken her nachvollziehbar. Denn das heutige System stößt zu oft an Grenzen und entfaltet zu wenig Wirkung. Allerdings erscheint uns der Fixkostendegressionsabschlag in der vorgesehenen Ausgestaltung noch nicht als Alternative. Aus Sicht der Innungskrankenkassen bedarf es der Entwicklung einer methodisch und statistisch soliden Basis für die Mengensteuerung, mit der sichergestellt werden kann, dass sich die notwendigen Steuerungseffekte und eine spürbare Entlastung auch einstellen können. Bei der Neuregelung zum Fixkostendegressionsabschlag, die in unseren Augen zu kompliziert und undurchsichtig ist, bleiben hingegen viele Fragen offen.

3. Strukturänderungen

Als Strukturveränderungen ist zum einen das Pflegestellenförderprogramm zu nennen. Die finanzielle Förderung weiterer Pflegestellen folgt dem Förderprogramm 2009-2011. Die Erfahrungen waren nicht optimal, denn die Wirkungen des „alten“ Programmes verpufften in dem Sinne, indem Personal nach der Förderphase vielfach wieder abgebaut wurde. Stattdessen wurden verstärkt Ärzte angestellt, die über die pauschale DRG-Finanzierung Leistungsmengen für das Krankenhaus generieren können. Das ist nicht hinnehmbar.

Ein neues Programm würde gerade jene Krankenhäuser belohnen, die den beschriebenen Weg gegangen sind. Vor diesem Hintergrund sollte eine Neuauflage des Pflegestellenförderprogrammes an verschiedene Bedingungen geknüpft werden. So sollte hinsichtlich des Personalnachweises eine Kopplung zum Pflege-Förderstellenprogramm aus 2009-2011 erfolgen. Die Finanzmittel der ersten Förderphase stehen über den Landesbasisfallwert bzw. die Zusatzentgelte den Krankenhäusern auch heute noch zur Verfügung. Entsprechend sollten nur die Häuser, die bereits geförderte Personalstellen nicht wieder abgebaut haben, auf die neue Förderung zugreifen können (Vergleich Ende erste Förderphase zum 31. Dezember 2011 mit Ausgangsstichtag zweite Förderphase 1. Januar 2015). Wer diesen Nachweis nicht erbringt, sollte solange von der Förderung ausgeschlossen werden, bis der bereits geförderte Personalbestand wieder erreicht wurde. Die Krankenhäuser sollten zudem einen Nachweis über die Mittelverwendung führen. Hier müssen im Sinne der Qualitätskontrollen auch unangemeldete MDK-Prüfungen erfolgen können. Zudem sollte die Kontrolle der Mittelverwendung an die Budgetverhandlungen geknüpft werden. Die Innungskrankenkassen befürworten die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, wonach die Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, bei nicht nachgewiesener Mittelverwendung die Fördermittel zurückzuzahlen.

Ein weiteres Strukturelement wird mit dem Strukturfonds geschaffen. Die Innungskrankenkassen begrüßen den Gedanken des Fonds, Überkapazitäten abzubauen, Krankenhausstandorte zu konzentrieren sowie Krankenhäuser in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen umzuwidmen. Allerdings sollten sich Marktaustritte nicht nur auf Klinik- oder Standortschließungen beschränken. Die Innungskrankenkassen votieren dafür, dass auch die Schließung einzelner Fachabteilungen – falls diese nicht mehr bedarfsnotwendig sind – aus Mitteln des Investitionsfonds möglich sein muss. Die Vorgabe, nur komplette Kliniken und Standorte zu schließen, sprich der Fall, dass alle Leistungsbereiche zeitgleich nicht mehr bedarfsnotwendig sind, dürfte eher selten zutreffend sein. In der Regel werden eher einzelne Leistungsbereiche nicht mehr bedarfsnotwendig sein. Dies sollte im Referentenentwurf klarer herausgestellt werden.

Die Finanzierungssystematik des Strukturfonds lehnt der IKK e.V. ab. Warum Versicherungsgelder eingesetzt werden, um Marktaustritte zu finanzieren, der Bund sich jedoch seiner Verantwortung nicht stellt, bleibt unbeantwortet. Immerhin werden die Länder in die Finanzierung einbezogen, sofern die Gelder aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung stehen. Allerdings werden Länder mit Notlagenhaushalt die zur Verfügung gestellten GKV-Mittel nicht abrufen, da sie selbst den entsprechenden Förderbetrag in gleicher Höhe nicht leisten können. Verlierer sind hierbei die regionalen Krankenkassen. An dieser Stelle muss der Bund in die Verantwortung genommen werden.

Mittel der Beitragszahler sind nach Meinung der Innungskrankenkassen nur dann für den Strukturfonds zu verwenden, wenn eine Ausgabenneutralität gewährleistet wird. Das bedeutet, dass die in den Fonds gezahlten Beitragsmittel durch Abstriche bei den laufenden Krankenhausbudgets refinanziert werden müssen. Bei Fondinanspruchnahme ist die Mitfinanzierung der PKV unverzichtbar.

4. Finanzierung

Viele der hier dargestellten, in Teilen auch begrüßenswerten Regelungen sind nur hilfsweise bemühte Instrumente, um das Grundproblem der Finanzierung der stationären Versorgung und insbesondere die Investitionsfinanzierung der Häuser anzugehen. Doch viele Regelungen werden sich als reine Makulatur erweisen. Eine vernünftige Krankenhausreform steht und fällt mit einer praktikablen und wirklich umsetzbaren Finanzierung, die einer Finanz- und Entscheidungsverantwortung gerecht wird. Diese Reform steht zumindest auf wackligen Füßen, da dieses Problem nicht ernsthaft angegangen wird und die Länder sich weiterhin aus ihrer Verantwortung stehlen.

Beim Start der sogenannten „dualen Finanzierung“ 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.

Die Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen erfolgt schleichend, indem die Regelungen zur Betriebskostenfinanzierung so ausgelegt werden, dass ständig Finanzmittel, die für die Betriebskosten gedacht sind, für Investitionen verwendet werden. Der Bund steuert dann mit Krankenhaus-Notprogrammen nach, um die wirtschaftliche Situation abzusichern. Die Länder erhalten so Spielräume für die weitere Absenkung der Landesmittel. Ein Teufelskreis. Überfällig ist hier eine Bereinigung des Bundesbasisfallwertes um die enthaltenen sachfremd für Investitionen verwendeten Finanzmittel.

5. Fazit

Insgesamt werden den beitragszahlenden Versicherten mit diesem Gesetz überaus hohe Ausgaben beschert, die in keinem angemessenen Verhältnis zu den Wirkungen stehen. Insoweit hat es der Gesetzgeber versäumt, eine Reform zu planen, die nicht nur mittelfristig die Finanzierung der Krankenhäuser sichert. Dieses Manko wird leider nicht durch die durchaus sinnvollen Überlegungen zur Förderung von mehr Qualität in der Versorgung aufgewogen.

Strukturfonds

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5

§ 12 KHG: Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen (neu)

§ 13 KHG: Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben (neu)

§ 14 KHG: Auswertung der Wirkungen der Förderung (neu)

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 19, 20

§221 Absatz 2 SGB V: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

§227 Absatz 2 SGB V: Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Auf Bundesebene wird ein Strukturfonds eingerichtet, mit dem restrukturierende Maßnahmen der Länder mit dem Ziel einer bedarfsgerechteren Krankenhausversorgung gefördert werden sollen. Die Mittel sollen zum Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von Krankenhausstandorten und von stationären Versorgungsangeboten sowie der Umwidmung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen (z. B. Gesundheits- und Pflegezentren, Hospizdiensten) dienen.

Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden zu diesem Zweck einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro nach dem Königsteiner Schlüssel für die Länder bereitgestellt. Die Maßnahmen werden nur finanziert, wenn die Länder den gleichen Beitrag zusätzlich leisten (insgesamt 1 Mrd. Euro). Die Träger können an der Finanzierung beteiligt werden. Nicht verausgabte Mittel sollen für Maßnahmen in anderen Bundesländern genutzt werden können. Dabei werden die Länder verpflichtet, im Zeitraum von 2016 bis 2018 die durchschnittliche Höhe ihrer Mittel zur Investitionsförderung der Jahre 2012 bis 2014 beizubehalten und sie um die Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm zu erhöhen.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) prüft die Anträge und weist die Mittel zu. Die Kriterien und das Nähere für die Vergabe der Mittel werden von den Ländern, dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit vereinbart. Die Entscheidung über die Mittelvergabe erfolgt im Einvernehmen mit den Kassenverbänden auf

Landesebene. Dabei können die Länder weitere Institutionen in die Abstimmung mit einbeziehen. Ende 2018 wird die Fortsetzung der Förderung des Fonds auf der Grundlage eines Zwischenberichts überprüft.

Bewertung

Der Referentenentwurf löst das eigentliche Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder nicht. Die Investitionsfinanzierung der Länder liegt inzwischen weit unter dem Finanzbedarf der Krankenhäuser. Um das entstandene Defizit auszugleichen, refinanzieren die Krankenhäuser die fehlenden Mittel aus der DRG-Fallpauschalenvergütung. Die Zweckentfremdung darf aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht weiter durch die Politik toleriert werden. Nur vor dem Hintergrund, dass langfristig sichergestellt werden kann, dass die Länder künftig wieder in angemessener Weise ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung der Investitionsförderung für die Kliniken nachkommen, können auch die im Referentenentwurf angedachten Maßnahmen zur Marktberreinigung sauber greifen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen den Gedanken des Fonds, Überkapazitäten abzubauen, Krankenhausstandorte zu konzentrieren sowie Krankenhäuser in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen umzuwidmen. Allerdings sollten sich Marktaustritte nicht nur auf Klinik- oder Standortschließungen beschränken. Die Innungskrankenkassen votieren dafür, dass auch die Schließung einzelner Fachabteilungen – falls diese nicht mehr bedarfsnotwendig sind – aus Mitteln des Investitionsfonds möglich sein muss. Die Vorgabe, nur komplette Kliniken und Standorte zu schließen, sprich der Fall, dass alle Leistungsbereiche zeitgleich nicht mehr bedarfsnotwendig sind, dürfte eher selten zutreffend sein. In der Regel werden eher einzelne Leistungsbereiche nicht mehr bedarfsnotwendig sein. Dies sollte im Referentenentwurf klarer herausgestellt werden.

Ergänzend wird angemerkt, dass die Innungskrankenkassen grundlegende Kritik an der finanziellen Ausgestaltung des Fonds üben. Eine weitere Investitionsfinanzierung über Kassenmittel lehnen die Innungskrankenkassen ab. Hier sollten Bund und Länder in die Finanzverantwortung gezogen werden. Ein Investitionsfonds aus Kassenmitteln ist nur dann zu befürworten, wenn dessen Finanzierung ausgabenneutral sichergestellt wird. Eine Refinanzierung könnte z.B. durch entsprechende Absenkung des Bundesbasisfallwertes/Landesbasisfallwertes erfolgen. Zudem darf die private Krankenversicherung nicht aus der Finanzverantwortung entlassen werden.

Länder mit Notlagenhaushalt werden die nach dem Königsteiner Schlüssel zur Verfügung gestellten GKV-Mittel nicht für förderungsfähige Maßnahmen abrufen, da sie selbst den entsprechenden Förderbetrag in gleicher Höhe nicht leisten können. Verlierer sind

hierbei die regionalen Krankenkassen. Der notwendige Abbau von Überkapazitäten darf nicht zulasten der regionalen Kassen unterbleiben, die zwar den Überkapazitätenabbau in anderen Bundesländern mitfinanzieren, aber selbst nicht davon profitieren. Ein Ansatz, um diese Benachteiligung zu beheben, könnte sein, den fehlenden Finanzierungsanteil der betroffenen Länder durch den Bund über Steuermittel aufstocken zu lassen.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1:

§ 12 KHG Absatz 1 Satz 2: „[...] 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 und die Schließung von einzelnen nicht bedarfsnotwendigen Fachabteilungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. [...]“

Landesschlichtungsausschuss

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Nr. 8

§ 17c Abs. 4c KHG: Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

Der Rechtsweg zur Anfechtung von Beschlüssen der Landesschlichtungsausschüsse soll verbindlich festgelegt werden; zuständig sind die Sozialgerichte. Die Klage kann sich nicht gegen den Schlichtungsausschuss selbst, sondern nur gegen eine der Parteien des Verfahrens richten. Neu eingeführt wird die Möglichkeit, statt des Schlichtungsausschusses eine Schlichtungsperson zu benennen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen sehen weiterhin erhebliche Schwierigkeiten in einer praktischen Umsetzung des Schlichtungsverfahrens. Diese werden auch mit den Neuregelungen des Referentenentwurfs nicht gelöst. Aus Sicht der Innungskrankenkassen kann die Lösung weiterhin nur in einem Verzicht auf die Landesschlichtungsausschüsse oder in einer eindeutigen Definition als Mediationsverfahren bestehen. Allerdings wird im Referentenentwurf einzig der Rechtsweg gesetzlich konkretisiert und die Möglichkeit der Benennung einer Schlichtungsperson geschaffen. Die Umsetzung der Regelung zur Möglichkeit einer verbindlichen Streitbeilegung durch die Schlichtungsperson – im Sinne einer unbürokratischen Streitbeilegung – wird allerdings stark davon abhängen, ob es den Parteien gelingt, sich auf eine akzeptierte Schiedsperson zu verständigen. Die vorgesehene Einschränkung der gerichtlichen Überprüfbarkeit der Entscheidung dieser Schlichtungsperson ist zudem nicht nachvollziehbar und muss gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung

oder alternativ:

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

In § 17c Absatz 4c (neu) wird Satz 10 gestrichen.

Zentren

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 3, 5, 9

§ 2 Absatz 2 KHEntgG: Krankenhausleistungen

§ 5 Absatz 3 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

§ 9 Absatz 1a Nr. 2 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Der Zentrumsbegriff und die besonderen Aufgaben von Zentren sollen neu gefasst werden. Grundlage hierfür bildet die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes im Urteil vom 22. Mai 2014. Die Einrichtung muss sich durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben, durch besondere Vorhaltungen oder durch Konzentration außergewöhnlicher technischer oder personeller Voraussetzungen von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden.

Zentrumszuschläge soll es für besondere Aufgaben geben, die nicht in den DRGs abgebildet sind. Zuschlagsberechtigt sind Krankenhäuser, die einen entsprechenden Versorgungsauftrag des Landes haben. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sollen im Rahmen einer Vereinbarung bis 31. März 2016 konkretisieren, was zu den „besonderen Aufgaben“ eines Zentrums gehört.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass mit dem Referentenentwurf der Zentrumsbegriff über die besonderen Aufgaben eines Zentrums rechtssicher definiert wird. Durch die Vorgabe einer verbindlichen Definition der besonderen Aufgaben werden einige Zentren den Begriff zu Recht führen, die meisten der existierenden und finanzierten Zentren werden nicht mehr erfasst werden. Es sollte eine Formulierung ergänzt werden, dass Regularien zur „Bereinigung“ etabliert werden.

Die Finanzierung von Zentren wurde durch das Bundesverwaltungsgericht analysiert und beschrieben. Die Höhe des jeweiligen Zuschlages soll auf Grundlage der zusätzlich entstehenden Personal- und Sachkosten von den Vertragsparteien vor Ort vereinbart werden. Die Klarstellung, dass sich die Finanzierung ausschließlich auf besondere, nicht über DRGs finanzierte Aufgaben beschränken soll, wird von den Innungskrankenkassen positiv bewertet. Allerdings wird damit auch die Frage aufgeworfen, welche besonderen Aufgaben bereits in den DRGs eingepreist sind.

Änderungsvorschlag

Zu § 2 Absatz 2 KHEntgG:

Es wird eine neue Nummer 3 eingefügt: *„gemeinsam mit den Ländern Näheres zur Bereinigung und zum Antragsverfahren zur Aufnahme von Krankenhäusern als Zentren in den Krankenhausplan.“*

Pflegestellen-Förderprogramm

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 4, 7, 10

§ 4 Absatz 8 KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

§ 7 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG: Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

§ 10 Absatz 3 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein dreijähriges Pflegestellen-Förderprogramm (2016-2018) zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung durch Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen mit ausgebildetem Pflegepersonal eingerichtet werden. In den ersten drei Jahren sollen sich die Fördermittel auf 660 Millionen Euro belaufen, am Ende des Förderprogramms verbleiben die zusätzlichen Mittel in Höhe von jährlich bis zu 330 Millionen Euro im Krankenhausbereich. Die Krankenhäuser haben einen Eigenfinanzierungsanteil in Höhe von 10 Prozent der Personalkosten zu tragen. Das Krankenhaus wird verpflichtet der Arbeitnehmervertretung, die Schaffung neuer Pflegepersonalstellen zu belegen.

Zudem soll eine beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Expertenkommission bis Ende 2017 prüfen, ob der Pflegebedarf im DRG-System sachgerecht abgebildet wird.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen sehen die geplante Regelung kritisch, da sie grundsätzlich dem pauschalierten Vergütungssystem widerspricht. Allerdings ist es richtig, Lösungen zu suchen, die dem Personalabbau in der Pflege – vor allem der „Pflege am Bett“ – entgegenwirken sollen. Mit dem neuen Pflegestellen-Förderprogramm ist jedoch eine Regelung vorgesehen, die sich stark an das erste Pflegesonderprogramm anlehnt. Der Erfolg des ersten Förderprogrammes war jedoch nicht optimal. Das Ziel, eine nachhaltige Mehrbeschäftigung zu erreichen, konnte nicht erreicht werden, obwohl Beitragsgelder in einem erheblichen Umfang an die Krankenhausträger geflossen sind. Daher ist es den Innungskrankenkassen sehr wichtig, aus den Erfahrungen des letzten Programms die richtigen Schlüsse zu ziehen. Es besteht bei der vorgesehenen Regelung die Gefahr, dass gerade jene Krankenhäuser die bereitgestellten Fördermittel abrufen, die nach dem Auslaufen des „alten“ Programms Pflegepersonal massiv abgebaut haben. Häuser,

die die finanzierten Pflegepersonalzahlen über die Jahre im Sinne guter Pflegequalität gehalten und keinen Aufstockungsbedarf haben, würden in fataler Weise benachteiligt, da ihnen mit der vorgesehenen Regelung keine Gelder zur Verfügung gestellt würden.

Positiv zu bewerten ist, dass einige Regelungen im Referentenentwurf gegenüber den Regelungen zur Förderphase 2009-2011 präzisiert wurden, sodass nun eine treffsichere Förderung möglich wird. Die Innungskrankenkassen begrüßen zudem, dass keine automatische Überführung in den Landesbasisfallwert vorgesehen ist.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Neuauflage des Pflegestellenförderprogrammes an verschiedene Bedingungen geknüpft werden. So sollte hinsichtlich des Personalnachweises eine Kopplung zum Pflege-Förderstellenprogramm aus 2009-2011 erfolgen. Die Finanzmittel der ersten Förderphase stehen über den Landesbasisfallwert bzw. die Zusatzentgelte (ZE 130/131) den Krankenhäusern auch heute noch zur Verfügung. Entsprechend sollten nur die Häuser auf die neue Förderung zugreifen können (Vergleich Ende erste Förderphase zum 31. Dezember 2011 mit Ausgangsstichtag zweite Förderphase 1. Januar 2015), die nicht die bereits geförderten Personalstellen wieder abgebaut haben. Krankenhäuser, die diesen Nachweis nicht erbringen sollten solange von der Förderung ausgeschlossen oder mit einem geringeren Betrag gefördert werden, bis der ehemals geförderte und finanzierte Personalbestand wieder aufgebaut ist.

Darüber hinaus ist eine Regelung aufzunehmen, die berücksichtigt, dass in den Jahren der Inanspruchnahme des Förderprogramms zusätzliche Leistungen erbracht und abgerechnet werden, deren Erlöse die Aufwendungen für zusätzliches Personal bereits berücksichtigen. Dies trägt dazu bei, dass sich der Personalbestand additiv erhöht. Hier sollte eine Regelung gefunden werden, die verhindert, dass die geschaffenen Personalstellen doppelt finanziert werden.

Die Krankenhäuser müssen einen Nachweis über die Mittelverwendung führen. Dabei reichen aus Sicht der Innungskrankenkassen Testate von Wirtschaftsprüfern nicht aus. Hier müssen im Sinne der Qualitätskontrollen auch unangemeldete MDK-Prüfungen erfolgen können. Zudem sollte die Kontrolle der Mittelverwendung an die Budgetverhandlungen geknüpft werden. Die Innungskrankenkassen befürworten die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, wonach die Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, bei nicht nachgewiesener Mittelverwendung die Fördermittel zurückzuzahlen.

Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 8 Satz 5 wird ein Halbsatz angefügt und ein Satz 6 ergänzt: „[...] *hierbei erfolgt ein Abgleich mit dem Bestand zum 31.12.2011. Für Kliniken die die Förderung gem. § 4 Absatz 10 KHEntgG a. F. in den Jahren 2009-2011 in Anspruch genommen haben besteht ein vollständiger Förderanspruch nur dann, wenn die daraus geschaffenen Personalstellen auch zum Stichtag 1.1.2015 vorgehalten wurden.* [...]“

Zu § 4 Absatz 8 Satz 6 (neu): „*Die Finanzierung von Pflegepersonalstellen über zusätzliche Leistungen in den Jahren 2016-2018 ist kumulativ auf die neu geschaffenen Stellen anzurechnen.*“

Sicherstellungszuschläge

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 5, 10

§ 5 Absatz 2 und 3 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

§ 10 Absatz 8 Satz 7 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

Zu Artikel 3 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 6

§ 10 Absatz 2 Satz 1 BPfIV: Vereinbarung auf Landesebene

Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 136c Absatz 3 SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kriterien für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen werden durch den G-BA bzw. abweichend für landesspezifische Besonderheiten durch die Landesbehörden festgelegt. Die Landesbehörden erhalten dabei sowohl das Entscheidungsrecht, ob ein Zuschlag vereinbart werden kann, als auch das Kontrollrecht. Die Vereinbarung der Höhe des Zuschlages erfolgt auf Ortsebene.

Die Kosten für Sicherstellungszuschläge können dabei nur dann vom Landesbasis- bzw. Landesentgeltwert abgezogen werden, wenn es sich um abweichende Landesregelungen oder eine nachweisliche Kostenausgliederung handelt.

Bewertung

Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen werden präzisiert. Auf Ortsebene (bei den Kassen) wird der Ermessensspielraum in der Frage, ob ein Zuschlag vereinbart wird, stark eingeschränkt. Nur die Ermittlung der konkreten Höhe des Zuschlages wird hier belassen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die im Referentenentwurf vorgesehene höhere Einheitlichkeit und Verbindlichkeit der Kriterien. Allerdings besteht an dieser Stelle ein dringender Ergänzungsbedarf bezüglich des Nachweises der Bedürftigkeit. Das Krankenhaus sollte z.B. mit den Jahresbilanzen nachweisen, dass das Sicherstellungszuschlag auslösende Defizit bereits dauerhaft, über mindestens 3 Jahre besteht. Es gilt hierbei, temporär bestehende Defizite und mögliche Manipulationen auszuschließen. Weiterhin sehen es die Innungskrankenkassen als notwendig an, die finanziellen Wechselbeziehungen zwischen in Klinikverbänden organisierten Kliniken (z.B. Portalkliniksystem) in die Entscheidung mit einzubeziehen. Hier stellt die Regelung zu den Fusionen (ab Satz 6) einen möglichen Weg dar.

Zu klären wäre auch das weitere Verfahren in Konsequenz der Anspruchsprüfung. Hier sind verschiedene Szenarien vorstellbar. So könnte die Landesbehörde einen gesonderten rechtsmittelfähigen Feststellungs- oder Genehmigungsbescheid erlassen oder der Zuschlag könnte im Rahmen der Budgetgenehmigung gem. § 14 KHEntgG erfolgen.

Krankenhäuser, die einen Abschlag auf Grund von unzureichender Qualität gemäß §5 Absatz 3a KHEntgG hinnehmen müssen, dürfen keinen Sicherstellungszuschlag beanspruchen.

Die Regelung zur Verrechnung der Mehrkosten mit dem Landesbasis- bzw. Landesentgeltwert ist für die Innungskrankenkassen akzeptabel. Ein hinreichender Verhandlungsspielraum bleibt hierbei auch weiterhin gewahrt.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 2 – § 5 Absatz 2 :

Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach Satz 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und bei wirtschaftlicher Betriebsführung Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Satz 4 wird wie folgt angepasst:

„Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für die drei Kalenderjahre vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist und es sich dabei um ein dauerhaftes strukturelles Defizit handelt.“

Satz 5 wird wie folgt ergänzt:

„Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern das Defizit nicht durch besondere oder ausgleichende Regelungen innerhalb von Klinikverbänden beseitigt werden kann und folgende Kriterien erfüllt sind [...]“.

Qualitätszu- und -abschläge

Zu Artikel 2 (Änderung Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 5

§ 5 Absatz 3a KHEntgG: Vereinbarungen und Abrechnungen von Zu- und Abschlägen

Zu Artikel 3 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 3

§ 5 Absatz 3 und 4 BPfIV: Vereinbarungen und Abrechnungen von Zu- und Abschlägen

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 136b Absatz 1 und 9 SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhausvergütung soll künftig stärker an Qualitätsaspekten ausgerichtet werden. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt, die in außerordentlich guter oder unzureichender Qualität erbracht werden. Der G-BA erhält den Auftrag, bis zum 31. Dezember 2016 eine Auswahl geeigneter Leistungen oder Leistungsbereiche für die qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile auszuwählen und die erforderlichen Bewertungskriterien (Qualitätsziele und -indikatoren) anhand aktueller Auswertungen von Qualitätsdaten festzulegen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene bestimmen die Höhe und das Prozedere. Qualitätszuschläge sind sofort umzusetzen. Dagegen wird für Abschläge bei Qualitätsmängeln eine einjährige Bewährungsfrist gewährt. Erst bei Fortbestehen des Mangels wird der Abschlag in doppelter Höhe erhoben. Fallen Qualitätsabschläge an, so soll dies krankenhauserplanerische Konsequenzen haben. Die Länder werden über erhobene Zu- und Abschläge mittels einer Informationsplattform informiert.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die angestrebte Qualitätsoffensive im stationären Bereich, wenngleich es schwierig werden dürfte, die (Ergebnis-)Qualität richtig zu messen. Dies gilt auch für das Ziel, Qualitätsmessung als Grundlage für Entscheidungen bei der Krankenhausplanung und der qualitätsorientierten Finanzierung über Zu- und Abschläge vorzusehen. Voraussetzung für wirksame Qualitätszu- und -abschläge ist, dass die Messung der Ergebnisqualität rechtssicher ausgestaltet wird. Derzeit ist lediglich über einzelne Parameter der Struktur- und teils auch der Prozessqualität eine Qualitätsmessung in den Häusern möglich. Die Innungskrankenkassen sind nicht der Auffassung, dass die vorhandenen Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität als Basis für die Erhebung der Qualitätszu- und -abschläge herangezogen werden können. Damit Ergebnisqualität als rechtssicheres Instrumentarium für Zu- und Abschläge dienen kann, müssen zunächst die notwendigen Voraussetzungen (z.B. risikoadjustierte Daten) hierfür geschaffen werden, um auch die Gefahr der Risikoselektion von Patienten und der Verlagerung von vulnerablen Patientengruppen auf Maximalversorger auszuschließen.

Die vom G-BA zu formulierenden Qualitätsindikatoren und -ziele stellen für die Innungskrankenkassen Mindestanforderungen an die Qualität der stationären Versorgung dar. Leistungserbringer, die die Mindestanforderungen an Qualität nicht erfüllen, dürfen diese nicht (mehr) erbringen. Bisher wurden kaum Konsequenzen aus der Feststellung von schlechter Qualität einzelner Krankenhäuser gezogen. Auch der Referentenentwurf lässt weiterhin zu, dass einzelne Häuser in Ausnahmefällen von den Qualitätsanforderungen abweichen.

Da Leistungen für Versicherte immer medizinisch notwendig, ausreichend und wirtschaftlich sein müssen, ist vor der Vergabe von Qualitätszuschlägen zunächst abzuklären und zu evaluieren, was bessere bzw. außerordentlich gute Leistungen sind und was diese für die Versicherten mittel- und langfristig an medizinischem Zugewinn darstellen können. Die Innungskrankenkassen sehen hier die Gefahr, dass der zweite Schritt vor dem ersten Schritt erfolgt. Es sollten zunächst die vom G-BA zu erstellenden Qualitätsziele und -indikatoren abgewartet werden, bevor weitere Regelungen getroffen werden.

Die Innungskrankenkassen befürworten das Mittel der qualitätsorientierten Vergütung als Möglichkeit, einen qualitätssteigernden Mechanismus zu etablieren, damit die Versicherten von einer dauerhaften Qualitätssteigerung profitieren können. Der Versicherte hat einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Dies zu negieren ist aus Gründen des Patientenschutzes nicht akzeptabel. Schlussendlich möchten sich die Krankenkassen nicht dem Vorwurf aussetzen, eine ungenügende Qualität in Kauf zu nehmen, da weniger Ausgaben entstehen. Daher müssen Leistungserbringer, die eine entsprechende Mindestqualität nicht erreichen, von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Allerdings können Zu- und Abschläge ein probates Mittel sein, ein Anreizsystem für jene Krankenhäuser zu etablieren, die die definierten Mindestanforderungen erfüllen. Dieses System würde eine Differenzierung zwischen Qualitätsstufen dieser Leistungen erlauben. Nur so würden auch jene Krankenhäuser Anstrengungen unternehmen, ihre bis dato den Mindestanforderungen entsprechenden Leistungen weiter zu steigern, um durch gute bis sehr gute Qualität weitere Erlöse zu generieren. Wenn die hierfür notwendigen Ergebnisindikatoren durch den G-BA entwickelt und konsentiert worden sind, könnte ein Zu- und Abschlagsmodell ein sinnvoller Bestandteil einer qualitätsorientierten Vergütung werden. Dazu gehört auch eine Definition darüber, was an medizinischem Zugewinn erreicht werden soll.

Die Innungskrankenkassen können auch den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes mittragen. Mit ihm soll das Zu- und Abschlags-Instrumentarium kostenneutral so genutzt werden, dass ein Finanztransfers von den 10 Prozent der im Qualitätsvergleich schlechtesten Häuser (oberhalb der Mindestanforderungen) zu den 10 Prozent der im der Qualitätsvergleich besten Häuser ermöglicht wird. Aus Perspektive der Innungskrankenkassen setzt diese Vorgehensweise die richtigen Anreize.

Die Innungskrankenkassen kritisieren, dass der G-BA lediglich eine Auswahl geeigneter Leistungen oder Leistungsbereiche für die qualitätsorientierten Vergütungsbestandteile treffen soll. Dies könnte dazu führen, dass Krankenhäuser dazu animiert werden, sich ausschließlich auf diese Leistungen/Leistungsbereiche zu konzentrieren und andere Leistungen/Leistungsbereiche zu vernachlässigen. Für die Innungskrankenkassen ist eine solche einschränkende Auswahl nur für einen zeitlich befristeten Zeitraum (Pilotphase) zu befürworten. Es sollte aber bereits jetzt gesetzlich geregelt werden, wie diese erste Auswahl entsprechend erweitert werden kann.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 2:

§ 5 Absatz 3a KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren unter Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder akzeptabler Qualität, die oberhalb der Mindestanforderungen liegen, auf der Grundlage der Bewertungskriterien und Auswertungsergebnisse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Qualitätszu- oder -abschlag nach § 9 Absatz 1a Nummer 4. Qualitätszu- oder -abschläge sind bezogen auf die betreffenden Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils für Aufnahmen ab dem ersten Tag des Folgemonats der Vereinbarung anzuwenden. Sie sind für Aufnahmen bis zum letzten Tag des Monats anzuwenden, in dem die Vertrags-

parteien nach Satz 1 feststellen, dass die Voraussetzungen für die weitere Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen nicht mehr vorliegen. Krankenhäuser, die Mindestanforderungen nicht erfüllen und unzureichende Qualität erbringen, werden von der Versorgung ausgeschlossen. Der G-BA definiert Kriterien für Mindestanforderungen.“

Zu Artikel 4:

§ 136b Absatz 1 Nr. 5 SGB V wird wie folgt erweitert:

„einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren. Die Regelung gilt bis zum 01.01.2019. Danach ist der Katalog schrittweise auf alle Leistungen und Leistungsbereiche auszuweiten.“

§ 136b Absatz 1 Nr. 9 SGB V wird wie folgt angepasst:

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

Veränderungswert / Orientierungswert

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 9-10

§ 9 Absatz 1b KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene

§ 10 Absatz 6 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 9 Absatz 1b ersetzt die bisherige Regelung zur Vereinbarung des Veränderungswertes in § 9 Absatz 1 KHEntgG a.F. Grundsätzlich bleibt der Veränderungswert mindestens auf der Höhe der Veränderungsrate (VR) gem. § 71 SGB V bestehen. Die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist unter Berücksichtigung der medizinischen Versorgung und der Personalkostensteigerung um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen.

Ab 2018 ist gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG darüber hinaus zu prüfen, ob bei der Differenzermittlung auch der volle Orientierungswert angesetzt werden kann.

Bewertung

Die Regelung schreibt die bisherige Situation fort und stellt eine massive einseitige Belastung der GKV dar. Der empirisch ermittelte kostenbasierte Orientierungswert, der die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser abbildet, wird nur bei Kostensteigerungen berücksichtigt. Das Potential, den Orientierungswert für eine realistische, alle wirtschaftlichen Aspekte berücksichtigende Budgetentwicklung anzuwenden, wird verpasst. Der Orientierungswert muss der maßgebliche Basiswert für die Ermittlung des Veränderungswertes sein, denn nur so werden die tatsächlichen Kostensteigerungen berücksichtigt. Eine Steigerung entsprechend der Veränderungsrate gem. § 71 SGB V führt zu einer massiven Überfinanzierung der Krankenhäuser, wie auch die Daten der vergangenen zwei Jahre verdeutlichen. (2014: VR=2,81 Prozent - OW=2,02 Prozent / 2015: VR=2,53 Prozent - OW=1,44 Prozent)

Änderungsvorschlag

In § 9 Absatz 1b wird in Satz 1 nach den Wörtern „zu berücksichtigen sind“ ein Punkt gesetzt. Der übrige Satz 1 und der Satz 2 werden gestrichen.

In § 10 Absatz 6 Satz 2 bis 4 sind zu streichen.

Landesbasisfallwert / Bundesbasisfallwert

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 10

§ 10 Absatz 1, 3-4, 8-12 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in § 10 stellen eine weitgehende Veränderung der Ermittlung des Bundesbasisfallwertes (BBFW) und des Landesbasisfallwertes (LBFW) dar. Der BBFW ist nur noch gewichtet und nachgängig auf Basis der vereinbarten LBFW eines Jahres vom InEK zu ermitteln. Es erfolgt keine pauschale Fortschreibung mit dem Veränderungswert. Bei der LBFW-Ermittlung wurde die degressive Berücksichtigung von Leistungsmengensteigerungen und Zentrumszuschlägen gestrichen und durch Produktivitätseffekte ersetzt. Ferner soll mit einer dritten Konvergenzphase bis 2021 eine weitere Angleichung an den BBFW mit angepasstem Korridor erfolgen. Fehlschätzungskorrekturen sind ab 2017 nur innerhalb des BBFW-Korridors möglich.

Bewertung

BBFW-Ermittlung und 3. Konvergenz

Die geplanten Änderungen sind kaum akzeptabel, da es weiterhin einen asymmetrischen BBFW-Korridor gibt. Darüber hinaus ist eine zeitlich gestaffelte Angleichung an diesen Korridor nur für Kliniken oberhalb der oberen Korridorgrenzen (nur Rheinland Pfalz) möglich. Diese beiden Regelungen führen zu einem ungerechtfertigten Steigerungseffekt beim BBFW. Die nachrangige Ermittlung des BBFW anhand der tatsächlich vereinbarten LBFW ist grundsätzlich zu begrüßen, jedoch sollte hier auf die Schaffung eines dauerhaften neuen Berichtigungszuschlages verzichtet werden. Um hier eine akzeptable Regelung zu finden, sollte der aus dem Gutachten des RWI hervorgegangene Differenzkorridor als Verhandlungsspielraum zwischen den LBFW in Höhe von 3,52 Prozent symmetrisch mit +1,76 Prozent und -1,76 Prozent aufgeteilt werden. Für alle LBFW, die außerhalb des Korridors liegen, sollte ab 2016 in der Basis die Angleichung an die jeweilige obere bzw. untere Korridorgrenze erfolgen. Sollte der Gesetzgeber an der Konvergenz festhalten kann die Regelung des § 10 Absatz 8 nur im Rahmen eines Konvergenzzu- oder -abschlages auf den LBFW als Ausgleichsbetrag erfolgen. Dieser Betrag fließt nicht in die Ermittlung des BBFW mit ein, sondern steht nur dem jeweiligen Land zur Verfügung.

LBFW-Verhandlungen

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Streichung der Nr. 4 des § 10 Absatz 3 Satz 1 zur Berücksichtigung von Leistungsmengen (Mengendegression) abzulehnen, auch wenn diese sicher begrenzt im Rahmen der neu aufgenommenen Produktivitätsentwicklung einbezogen werden können. Auch die Streichung der Anrechnung von Zentrumszuschlägen wird abgelehnt. Grundsätzlich ist es wichtig, auch mit Verweis auf die Ausführungen zum BFW-Korridor, einen sinnvollen Verhandlungsspielraum sicherzustellen, um landesindividuelle Besonderheiten angemessen berücksichtigen zu können. Abgelehnt wird die Änderung in § 10 Absatz 8 Satz 8, die dazu führt, dass Fehlschätzungskorrekturen nur innerhalb des BFW-Korridors erfolgen können.

Änderungsvorschlag

Zu § 10 Absatz 3 Satz 1:

Nr. 4 wird nicht gestrichen

Nr. 6 nach „§ 5 Absatz“ wird die 3 gestrichen.

Zu § 10 Absatz 8:

In Satz 1 wird die Angabe „+2,5“ durch „+1,76“ und „-1,02“ durch „-1,76“ ersetzt.

Streichung des §10 Abs. 8 Satz 2 bis 5 KHEntgG.

In Satz 7 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Basisfallwerte außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den jeweiligen Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt.“

In Satz 8 wird der neue Teilsatz „Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht.“ gestrichen.

§10 Absatz 11 wird wie folgt geändert:

„Liegt der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert nach Absatz 10 außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Absatz 9 Satz 5, ermitteln die Vertragsparteien auf Landesebene unter Beachtung des Vorzeichens die Differenz zwischen der maßgeblichen Korridorgrenze nach Absatz 8 Satz 2 oder 7 und dem Basisfallwert. Sie vereinbaren einen Betrag zur Berichtigung der Differenz als Ausgangsgrundlage. Für die Vereinbarung des Basisfallwerts des Folgejahres ist der vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert des laufenden Jahres von den Vertragsparteien unter Beachtung des Vorzeichens um die Differenz nach Satz 1 zu verändern.“

Qualitätsverträge

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 9, 14

110a SGB V: Qualitätsverträge

136b Absatz 1 Nummer 4 u. Absatz 8 SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen bekommen die Möglichkeit, allein oder in Zusammenschlüssen zeitlich befristete Qualitätsverträge mit Krankenhäusern abzuschließen, in denen höhere Qualitätsanforderungen und besondere Anreizsysteme definiert werden sollen. Hierzu vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 31.12.2016 verbindliche Rahmenvorgaben.

Der G-BA erhält den Auftrag, vier Leistungen oder ganze Leistungsbereiche zu bestimmen, die sich für den Abschluss dieser Qualitätsverträge eignen. Die Auswirkungen solcher Verträge auf die Versorgungsqualität werden im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) evaluiert.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen es, wenn Qualität eine größere Rolle in der stationären Versorgung einnimmt. Für das Vorhaben, dass „Qualitätsverträge“ zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern in vier vom G-BA festgelegten Indikationen geschlossen werden können, bestehen – je nach Umsetzung – Chancen und Risiken. Den Innungskrankenkassen ist es wichtig, dass es im Krankenhausbereich zu keinem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen kommt, der große Krankenkassen mit regionaler Präsenz bevorteilt und letztlich auch negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten von Krankenkassen mit kleinerer Marktdurchdringung hätte. Stattdessen sollte der qualitätsorientierte Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern das Ziel sein. Aus diesem Grunde sollten ausschließlich gemeinsame Selektivverträge (kollektive Selektivverträge) mit ausgewählten Krankenhäusern geschlossen werden. Durch „kollektive Selektivverträge“ würde zudem sichergestellt, dass eine Evaluation der vertraglich vereinbarten Leistungen sowie deren zu messender Zugewinn an Qualität auf aussagekräftigen Leistungsmengen beruhen.

Es sollte jedoch zwingend ausgeschlossen werden, dass es Exklusivverträge zwischen einzelnen Krankenkassen mit Krankenhäusern geben darf. Versicherte müssen weiterhin freien Zugang zu dem Krankenhaus ihrer Wahl haben; ein exklusives Zugangsrecht entspricht nicht dem Gedanken der gesetzlichen Krankenversicherung.

Änderungsvorschlag

§ 110 a Absatz 1 Satz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„[...] In den Qualitätsverträgen darf nicht vereinbart werden, dass diese exklusiv zwischen einer Krankenkasse mit einem Krankenhausträger gelten. [...]“

Es wird ein Satz 5 ergänzt: Es besteht ein Beitrittsrecht für Krankenkassen.

Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 14, 21-27

§ 137 SGB V: Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

§ 276 SGB V: Zusammenarbeit

§ 277 Abs. 1 SGB V: Mitteilungspflichten

§ 281 Finanzierung und Aufsicht

§ 285 Absatz 1 Nummer 6 SGB V: Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen

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

§ 303e Absatz 1 Nummer 14 SGB V: Datenverarbeitung und -nutzung, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) soll auf Grundlage eines vom G-BA festgelegten Prüfverfahrens die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA und der Länder sowie die Richtigkeit der Dokumentation für die externe stationäre Qualitätssicherung (unangemeldet) überprüfen. Die Prüfergebnisse des MDK sollen an die Länder übermittelt werden. Der G-BA regelt Einzelheiten zu den Kontrollen (Beauftragung, Art, Umfang etc.)

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der MDK sollen Empfehlungen erarbeiten, die die Vorgaben des G-BA mit Bezug auf die Durchführung der Kontrollen durch den MDK weiter konkretisieren.

Die Prüfungen sollen über die Umlage der Krankenkassen finanziert werden. Die von den Ländern beauftragten Kontrollen tragen die Länder.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Ausweitung des Auftragspektrums des MDK ausdrücklich. Für die Durchsetzung von Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung ist es von wesentlicher Bedeutung, dass deren Einhaltung auch kontrolliert wird. Bisher fehlen geeignete Prüfmechanismen. Dies hat bisher zu erheblichen Umsetzungsdefiziten bei der Erfüllung von Qualitätsanforderungen geführt. Die Ausgestaltung des Prüfverfahrens sollte jedoch nicht vom G-BA, sondern durch die Vertragspartner auf der Bundesebene festgelegt werden.

Hinsichtlich der zusätzlichen Kosten, die für MDK-Prüfungen im Hinblick auf die Einhaltung der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA entstehen, sollte die Regelung im Referentenentwurf dahingehend ergänzt werden, dass die Krankenhäuser (analog § 114 Absatz 5 SGB XI) an der Finanzierung der Kontrollen (Wiederholungsprüfungen) zu beteiligen sind.

Änderungsvorschlag

Zu § 281 Absatz 1 Satz 1:

Es wird folgender Satz 2 angefügt: *„Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Anlassprüfung nach 275a kann von den in § 275a Absatz 3 genannten Stellen auf Kosten des Krankenhauses eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel beseitigt worden sind.“*