



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

(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

Stand 31.08.2015

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Strukturfonds	8
Landesschlichtungsausschuss	11
Zentren	12
Fixkostendegressionsabschlag.....	14
Pflegestellen-Förderprogramm	18
Sicherstellungszuschläge	21
Qualitätszu- und -abschläge	24
Veränderungswert / Orientierungswert.....	28
Landesbasisfallwert / Bundesbasisfallwert.....	29
Qualitätsverträge	32
Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst	34

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 Gesetzentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz den Bogen zwischen den Aufgabenfeldern nicht zufriedenstellend zu spannen.

1. Versorgungsqualität

Die mit dem Gesetzentwurf 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 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 Versicherten

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 kann, die zur Folge haben, dass Versicherte anderer Krankenkassen keinen Zugang zu diesem Haus mehr haben. Ein Verdrängungswettbewerb der Krankenkassen untereinander um die besten Häuser darf es nicht geben. 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, 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. Bei der Neuregelung zum Fixkostendegressionsabschlag, die in unseren Augen zu kompliziert und undurchsichtig ist, bleiben viele Fragen offen. 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. Nach Abwägung der Vor- und

Nachteile der unterschiedlichen Konzepte zum Umgang mit der Mengenentwicklung und -steuerung kann aus Sicht der Innungskrankenkassen die Lösung nur in einem kombinierten Modell liegen, bei dem sowohl eine krankenhausspezifische als auch eine landesweite Berücksichtigung von Mehrmengen erfolgt. Die Regelungen sollten dabei möglichst eindeutig gestaltet werden. Unsere Überlegungen zum Modell werden unter dem Punkt Fixkostendegressionsabschlag (S. 14 f.) weiter ausgeführt.

3. Strukturänderungen

Als Strukturveränderung ist zum einen das Pflegestellenförderprogramm zu nennen. Die finanzielle Förderung von 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.

Eine Neuauflage des alten Programms würde gerade jene Krankenhäuser belohnen, die den beschriebenen Weg gegangen sind. Vor diesem Hintergrund sollte das Pflegestellenförderprogramm 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 Gesetzentwurf 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 das Ziel 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 Referentenwurf 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. Zudem darf die private Krankenversicherung nicht aus der Finanzverantwortung entlassen werden. Eine Einbindung der PKV auf freiwilliger Basis reicht den Innungskrankenkassen nicht aus.

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 stellen.

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. Landesbasisfallwerte (LBFW): Einseitige Belastung der GKV

Die beabsichtigten Gesetzesänderungen verstärken und zementieren die einseitige Belastung der Kostenträger im Rahmen der LBFW-Verhandlungen. Um das bestehende Ungleichgewicht beseitigen zu können, müssen ab 2016 insbesondere folgende Kriterien unverzüglich umgesetzt werden: Ein symmetrischer Bundesbasisfallwert (BBFW)-Korridor, eine den LBFW-Verhandlungen nachgelagerte BBFW-Ermittlung und die Streichung der Meistbegünstigungsklausel beim Veränderungswert.

Die Innungskrankenkassen begrüßen hingegen die Ausweitung des Verhandlungstatbestandes der Wirtschaftlichkeitsreserve um Produktivität im Landesbasisfallwert. Entscheidend wird aus Sicht der Innungskrankenkassen aber sein, ob es gelingt, die „allgemeine Produktivität“ gesetzlich und messbar zu operationalisieren (bspw. über Verweildauerrückgang) bzw. von anderen Tatbeständen abzugrenzen. Aus diesem Grund darf auch nicht auf die bewährte Mengendegression verzichtet werden.

6. 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. 20, 21

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

§271 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. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates näheres zu den Förderkriterien. 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf angedachten Maßnahmen zur Marktberreinigung sauber greifen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen das Ziel 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 Gesetzentwurf 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. Eine Einbindung der PKV auf freiwilliger Basis reicht den Innungskrankenkassen nicht aus.

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.

Regelungsbedarf besteht zudem in der Frage, was passiert, wenn es in Folge einer hohen Anzahl an Anträgen zu einer möglichen Überzeichnung des Strukturfonds kommt. Für den Fall, dass Anzahl und Betrag der förderfähigen Anträge das finanzielle Volumen des Strukturfonds überschreiten, darf es nicht zu einem „Windhundrennen“ kommen. Vielmehr sollten dann die Anträge streng nach einer auf der Basis von Vergabekriterien erstellten Prioritätenliste abgearbeitet werden. Sollten die Maßnahmen mit der gleichen Priorität weiterhin das Volumen des Fonds überschreiten, kann dann eine gleichmäßige anteilige Finanzierung erfolgen, um eine maximale Anzahl an Vorhaben umsetzen zu können.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1:

§ 12 KHG Absatz 1 Satz 3: „[...] 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 KHG: Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

Beabsichtigte Neuregelung

Das Schlichtungsverfahren auf Landesebene wird in Absatz 4 neu gefasst. Unabhängig vom Streitwert können nun statt der Landesschlichtungsausschüsse unabhängige Schlichtungspersonen auf freiwilliger Basis entscheiden. Es findet nur eine eingeschränkte sozialgerichtliche Kontrolle statt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen bewerten es als positiv, dass der Gesetzgeber auf die gemeinsamen Bemühungen von GKV, DKG und Ländern reagiert hat und das Schlichtungsverfahren auf Landesebene nun ändert. Mehrfach hatten Beteiligte auf Landes- und Bundesebene auf die Probleme bei der Umsetzung und den hohen Verwaltungsaufwand hingewiesen. Das neue Verfahren ist praktikabler und wird seinen Zweck erfüllen.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der 1. Senat des BSG mit Urteil vom 23. Juni 2015 (B 1 KR 26/14 R) die Vertrauensschutzregelung bis Ende August 2015 begrenzt und nicht bis 31. Dezember 2015 ausgedehnt hat. D.h., spätestens ab 1. September 2015 ist nach einer MDK-Prüfung auf der Grundlage des § 275 Abs. 1c SGB V vor Erhebung der Zahlungsklage ein Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss bzw. der Schiedsstelle durchzuführen.

Dies gilt für alle Bundesländer, unabhängig vom bisherigen Stand der Vorbereitung und Einführung von Schlichtungsverfahren. Um dies zu umgehen, fordern die Innungskrankenkassen, das Inkrafttreten des neuen § 17c Abs. 4 KHG ab 1. September 2015 sicherzustellen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zentren

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 3, 5, 9

§ 2 Absatz 2 KHEntgG: Krankenhausleistungen

§ 5 Absatz 2-3 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.

Es wird für die Umsetzung der neuen Regelungen sowie der durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene zu vereinbarenden Konkretisierung eine Übergangsfrist für Krankenhäuser festgelegt, die bereits vor dem 1. Januar 2016 Zentrumszuschläge erhalten haben. Die Übergangsfrist endet am 31. Dezember 2017.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass mit dem Gesetzentwurf 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.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es nicht akzeptabel, dass die Übergangsfrist für vor dem 1. Januar 2016 bereits vereinbarte Zentrumszuschläge auf den 31. Dezember 2017 festgesetzt wird. Die Innungskrankenkassen fordern, dass bereits bis 31. Dezember 2016 geprüft werden soll, ob die bis dahin zuschlagsberechtigten Häuser die neuen Kriterien erfüllen.

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.*“

§ 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG wird wie folgt geändert:

Für Krankenhäuser, für die bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart wurden, sollen die Zuschläge übergangsweise bis zum *31. Dezember 2016* unter Anwendung der bisherigen Voraussetzungen vereinbart werden.“

Fixkostendegressionsabschlag

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 4, 9, 10

§ 4 Absatz 2b KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

§ 9 Absatz 1 Nr. 6 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene

§ 10 Absatz 13 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber führt mit § 4 Abs. 2b KHEntgG einen Fixkostendegressionsabschlag ein. Die Regelung soll in ihrer Gesamtheit ab 2017 die Mengensteuerung ermöglichen und die bisherigen Regelungen auf Landesebene (Mengendegression im LBFW) und Ortsebene (Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag) ersetzen. Die Definition des fünfjährigen Fixkostendegressionsabschlages erfolgt dreistufig. Auf der Bundesebene werden Ausnahmetatbestände vom Abschlag vereinbart. Die Landesebene vereinbart die Degressionsrate als Mindestbetrag. Auf der Ortsebene erfolgt auf Basis der Leistungsdaten und unter Beachtung der gesetzlichen und auf Bundesebene festgelegten Ausnahmetatbestände sowie der auf Landesebene festgelegten Degressionsrate eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung. Individuelle Abweichungen sind in begründeten Fällen möglich.

Bewertung

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die beabsichtigte Neuregelung für die Mengensteuerung im Krankenhausbereich nicht zielführend. Der Grundgedanke ist jedoch begrüßenswert. Allerdings erscheint uns der Fixkostendegressionsabschlag in der vorgesehenen Ausgestaltung noch nicht als Alternative. Der gewählte Ansatz reicht für eine erfolgreiche Beseitigung der Mengenproblematik nicht aus. In der vorgesehenen Form kann er zum Teil sogar gegenteilige Anreize erzeugen.

Der geplante Fixkostendegressionsabschlag ist nach Einschätzung der Innungskrankenkassen für eine Lösung der Mengenproblematik kein geeignetes Mittel, da neben einer begrenzt wirkenden Mengendegression auf Landesebene der krankhausbezogene Abschlag selbst starken Einschränkungen unterliegt und so in den meisten Fällen ohne Effekt bleibt. Im Einzelnen stellen sich die Auswirkungen wie folgt dar:

- Entfällt die Mengenberücksichtigung im LBFW, entfällt zwar der Konflikt hinsichtlich des Vorwurfs der Kollektivhaftung und der doppelten Degression. Gleichzeitig fällt al-

lerdings damit auch die basiswirksame Berücksichtigung von Mengeneffekten weg. Für die Innungskrankenkassen ist es fraglich, ob dieser Wegfall durch den neuen Tatbestand der Produktivität kompensiert werden kann.

- Krankenhausspezifisch wird der bisher fixe Mehrleistungsabschlag i. H. v. 25 Prozent durch einen Fixkostendegressionsabschlag ersetzt, dessen Höhe noch nicht abgeschätzt werden kann. Für die Innungskrankenkassen ist dieser Regelungsansatz mit Problemen verbunden, deren Auswirkungen nicht in Gänze abgeschätzt werden können. Diese führen jedoch dazu, dass die Durchsetzbarkeit und damit die Wirksamkeit der Regelung stark eingeschränkt sein werden.
- Im Übrigen kritisieren die Innungskrankenkassen an der vorgesehenen Regelung, dass auf Landesebene ein Abschlagssatz analog der alten Mengendegression vereinbart werden soll. Dies kann dazu führen, dass der Abschlagssatz 0 Prozent beträgt (keine landesweiten Mehrleistungen) und somit einzelne Krankenhäuser trotz Mehrleistungen keinen Abschlag zahlen müssen
- Die Innungskrankenkassen kritisieren zudem die Zersplitterung der Festlegung von Ausnahmetatbeständen zwischen den Verhandlungspartnern auf Bundes-, Landes- und Krankenhausebene.
- Eine Wechselwirkung mit der BBFW-Konvergenz besteht nicht, da keine Berücksichtigung im LBFW mehr erfolgt.

Zusammengefasst bewerten Innungskrankenkassen den vorliegenden Neuregelungsversuch als sehr problembehaftet in seiner Umsetzbarkeit und fordern, ihn durch eine andere Lösung zu ersetzen.

Nach Abwägung der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Lösungsansätze zum Umgang mit der Mengenentwicklung und -steuerung kann aus Sicht der Innungskrankenkassen die Lösung nur in einem kombinierten Modell liegen, bei dem sowohl eine krankenhausspezifische wie auch eine landesweite Berücksichtigung von Mehrmengen erfolgt. Dafür sollte auf Einzelhausebene ein mehrjähriger Abschlag erfolgen. Länge und Höhe des Abschlages sowie Ausnahmetatbestände sollten dabei zueinander im Zusammenhang stehen (z.B. höherer Abschlagssatz bei vielen Ausnahmen). Auf Landesebene sollten dann nur landesweite Gesamtmehrleistungen basiswirksam im LBFW berücksichtigt werden. Soweit für diese Mengen gleichzeitig ein einzelhausbezogener Abschlag besteht, ist hier ein Ausgleich im LBFW nötig, um den Vorwurf der doppelten Degression zu entkräften. Ein nur schwierig zu lösendes Problem stellt die Wirkung der BBFW-Konvergenz auf die Mengenberücksichtigung im LBFW dar, da diese nur innerhalb des Korridors wirkt. Der Korridor müsste daher eine für die Verhandlungen hinreichende Höhe haben.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Ausführungen schlagen die Innungskrankenkassen die Implementierung des nachfolgenden Modells vor:

Der Fixkostendegressionsabschlag wird für das einzelne Krankenhaus verhandelt. Die notwendigen gesetzlichen Regelungen sind dafür vollständig in § 4 Absatz 2b KHEntgG zu verankern. Es sind keine weiteren Regelungen auf Bundes- und Landesebene nötig, um eine eindeutige Umsetzung zu ermöglichen. Die jeweilige Höhe des vorzunehmenden Degressionsabschlages wird durch das InEK Basis-DRG-bezogen anhand der vorliegenden Kalkulationsdaten ermittelt; hohe Sachkosten werden dabei schon berücksichtigt. Ausnahmetatbestände sollte es in einvernehmlicher Absprache mit den Krankenkassen nur für geplante Leistungszuwächse geben, die sich durch Krankenhausplanung, Strukturverschiebung bzw. -bereinigungen begründen lassen. Die mehrjährige Wirkung des Abschlages (3-5 Jahre) auf Krankenhausebene ist dabei abhängig von der Fortschreibung der Mengen.

Im Rahmen der Berücksichtigung der Produktivität im LBFW ist die Mengendegression auf Landesebene zu verhandeln, ohne Ausnahmetatbestände und mit fester Degressionsrate (vgl. § 10 KHEntgG). Abweichend werden für das jeweilige Jahr als Ausgleich („Fehleinschätzung“) die vereinbarten Fixkostendegressionsabschläge auf Einzelhausebene bis zur maximalen Höhe der vereinbarten Mengendegression im LBFW verrechnet, um so den Vorwurf der Kollektivhaftung und doppelten Degression zu entkräften.

Die Innungskrankenkassen sehen in diesem Modell den Vorteil, dass auf Landesebene die Basiswirksamkeit landesweiter Mehrmengen im Landesbasisfallwert bestehen bleibt.

Das Problem ist, dass auch das von den Innungskrankenkassen vorgeschlagene Modell nicht das Problem der kompensierenden Wirkung durch die BFW-Konvergenz löst. Solange die politisch gewollte Angleichung bestehen bleibt, wirkt die Mengendegression nur innerhalb des Korridors. Eine Mengendegression auf Einzelhausebene ist für die Innungskrankenkassen deshalb unverzichtbar.

Das vorgeschlagene Modell soll in seiner grundsätzlichen Funktionsweise keiner zeitlichen Befristung unterliegen. Für die Zeit der Erarbeitung der Degressionsabschläge durch das InEK (Übergangszeitraum) soll ein pauschaler Fixkostendegressionsabschlag festgesetzt werden, der sich hinsichtlich seiner Höhe zwischen dem aktuellen Mehrleistungsabschlag in Höhe von 25 Prozent und der Forderung des GKV-SV in Höhe von 50 Prozent bewegen muss.

Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 2b (neu) wird wie folgt geändert:

(a) In Satz 1 wird die Angabe „nach § 10 Absatz 13“ ersetzt durch die Wörter *„in Höhe einer durch das InEK entsprechend der DRG-Kostenkalkulation Basis-DRG bezogenen ermittelten Fixkostenrate bzw. abweichend mindestens in Höhe von 35 Prozent“*.

(b) Der bisherige Satz 3 wird gestrichen und ersetzt durch:

„Auf Antrag des Krankenhauses können geplante Leistungszuwächse, die insbesondere aus Krankenhausplanung und Strukturverschiebungen bzw. -bereinigungen resultieren und bei denen nachweislich keine Fixkostendegression besteht, in einvernehmlicher Absprache mit den Krankenkassen, bei der Bemessung des Abschlages herausgenommen werden.“

(c) In Satz 4 wird die Angabe „nach § 10 Absatz 13“ ersetzt durch die Wörter *„in Höhe der Rate entsprechend Satz 1“*.

§ 9 Absatz 1: Satz 1 Nr. 6 entfällt

§ 10 Absatz 3: Satz 1 Nr. 4 wird nicht gestrichen.

§ 10 Absatz 13: wird wie folgt gefasst:

Ein Fehlschätzungsausgleich für vereinbarte Beträge gem. § 10 Abs.3 Nr.4 erfolgt für das jeweilige Jahr, in dem auch für einzelne Krankenhäuser des entsprechenden Bundeslandes ein Fixkostendegressionsabschlag gem. § 4 Abs. 2b vereinbart wurde, in Höhe der Summe dieser Abschläge bis zur maximalen Höhe der vereinbarten Mengendegression im LBFW.

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 Gesetzentwurf gegenüber den Regelungen zur Förderphase 2009-2011 präzisiert wurden, sodass nun eine treffsicherere 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 Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, wonach die Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, bei nicht nachgewiesener Mittelverwendung die Fördermittel zurückzuzahlen.

Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 8 (neu) 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 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 7

§ 10 Absatz 2 Satz 1 BPfIV: Vereinbarung auf Landesebene

Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 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.

Der G-BA soll bis zum 31.12.2016 erstmalig Kriterien für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen festlegen. Zur Umsetzung der neuen Regelungen sowie des G-BA-Beschlusses wird eine Übergangsfrist für Krankenhäuser, die bereits vor dem 1. Januar 2016 Sicherstellungszuschläge vereinbart haben, bis zum 31. Dezember 2017 eingerichtet.

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 mit dem Gesetz vorgesehene Prüfungs- und Entscheidungsbefugnis der Landesbehörde über einen Sicherstellungszuschlag lehnen die Innungskrankenkassen ab und sprechen sich dafür aus, die ursprüngliche Regelung zur Abstimmung auf Ortsebene beizubehalten. Der Landesbehörde kommt anschließend die Prüfung zu (Genehmigungsbescheid), die eine Möglichkeit der Intervention für die Landesebene bietet.

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die im Gesetzentwurf 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 drei 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. Die Prüfung über die Weitergewährung des Sicherstellungsantrags durch die Landesbehörden wird auch an dieser Stelle von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

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.“

In Satz 5 wird die Passage „Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen“ gestrichen und ersetzt durch:

„Die Vertragsparteien vereinbaren nach § 11 unter Anwendung der Maßstäbe und Einhaltung der Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Sicherstellungszuschläge. Sie haben dabei auch zu prüfen, [...]“

Satz 6 wird wie folgt geändert und 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 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4

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

Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 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 2017 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 Gesetzentwurf 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 6:

§ 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 1. Januar 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 2017 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 die Auswertung der Daten 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

Zu Artikel 4 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1-2

§ 10 Absatz 9, 11 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

Zu Artikel 9 (Inkrafttreten)

Nr. 5

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 Berichtungszuschlages 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. Alternativ könnte in § 10 Absatz 9 festgelegt werden, dass der in die BBFW-Ermittlung einfließende Wert maximal in Höhe der oberen Korridorgrenze des BBFW eingerechnet werden kann.

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 BBFW-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 BBFW-Korridors erfolgen können.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 2:

In § 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.

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.

Zu Artikel 4:

Alternative

§ 10 Absatz 9 Satz wird durch einen Nebensatz ergänzt:

Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleich mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurden, gewichtet, *wobei der vereinbarte LBFW maximal in Höhe der oberen Korridorgrenze des BBFW eingerechnet werden kann.*

§ 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.“

Zu Artikel 9

In Nummer 5 wird diese Angabe „1. Januar 2021“ ersetzt durch „1. Januar 2016“.

Qualitätsverträge

Zu Artikel 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 10, 15

§ 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. Juli 2018 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

§ 110a 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 6 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 14, 22-28

§ 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 Gesetzentwurf 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.“