



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der
Strukturen der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

anlässlich der Verbändeanhörung des
Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
am 18.5.2015



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|----------|
| 1. | Vorbemerkung | 3 |
| 2. | Grundsätzliche Positionen | 3 |
| 3. | Stellungnahme zum Referentenentwurf | 6 |

1. Vorbemerkung

Nachdem die Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 5.12.2014 die Eckpunkte für die Krankenhausreform vorgelegt hat, greift der Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG) die Notwendigkeit eines Strukturwandels in der Krankenhausversorgung auf.

Der vdek hat an der gemeinsamen Stellungnahme der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) mitgewirkt. Die hier vorgelegte kurze gesonderte Stellungnahme beschränkt sich auf die für die Ersatzkassen wesentlichen Punkte, zu denen die Ersatzkassen eine abweichende Meinung vertreten. Ergänzend wird auch ein gemeinsamer Vorschlag der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Abschaffung der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene nach § 17c Absatz 4 KHG aufgeführt. Dies soll die Dringlichkeit des Problems unterstreichen, das mit den massiven bürokratischen Aufwänden durch die Schlichtungsausschüsse verbunden ist.

2. Grundsätzliche Positionen

Der Referentenentwurf mit Datum vom 28.4.2015 enthält gute Ansätze, die stationäre Versorgung der Menschen in Deutschland zu sichern und zu verbessern. Unter Wahrung föderaler Strukturen wird eine bundeseinheitliche Vorgehensweise, insbesondere bei der Anwendung qualitätsorientierter Indikatoren angestrebt. Mit der Grundausrichtung an **Qualitätsindikatoren- und Planungskriterien** folgt die Regierung auch konzeptionellen Überlegungen der Ersatzkassen. Das Qualitätsversprechen der Krankenhausreform lässt sich aber nur einlösen, wenn die Länder den Weg zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen mitgehen. Dies sollten sie im Interesse der Versicherten und Patienten unbedingt tun.

Gut ist, dass künftig Krankenhäuser, die die notwendige Qualität dauerhaft nicht bieten können, aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können. Grundsätzlich bleibt es den Ländern bei der Krankenhausplanung freigestellt, inwieweit sie die neuen Qualitätsvorgaben aufgreifen und vor Ort umsetzen. Sanktionen sind zwar nicht vorgesehen; die Länder kommen aber in Erklärungszwang, wenn sie die bundesweiten Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht anwenden. Untauglich ist der Weg, schlechte Qualität mit Vergütungsabschlägen bestrafen zu wollen. **Vergütungsabschläge** provozieren medizinisch nicht notwendige Leistungen und führen zu einer Verschlechterung der Qualität, da sie weitere krankenhauserinterne Einsparungszwänge auslösen. Auch deshalb muss dauerhaft schlechte Qualität von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden.

Im Referentenentwurf finden sich zahlreiche Ansätze zur Verbesserung der Einnahmen der Krankenhäuser, die durch die Krankenkassen zu finanzieren sind: **Qualitätszuschläge**, Zuschläge für die Notfallversorgung, Sicherstellungs-

zuschläge, Zuschläge für klinische Sektionen, Zentrumszuschläge und krankenhausindividuelle Zuschläge zur Berücksichtigung von Mehrkosten, die aus Beschlüssen des G-BA resultieren. Daneben sind ausgabenintensive Maßnahmen im Bereich der Betriebskostenfinanzierung vorgesehen. So wird bei den Landesbasisfallwerten die untere Korridorgrenze angehoben und zur Beseitigung der sogenannten „**Doppelten Degression**“ werden die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen künftig ausschließlich bei den Budgetverhandlungen mit den jeweiligen Krankenhäusern berücksichtigt. Eine Absenkung des Landesbasiswerts entfällt. Damit durch die solchermaßen vorgenommene Ebenenverlagerung bei der Mengensteuerung keine zusätzlichen Kosten entstehen, wird ein **Fixkostendegressionsabschlag** für die Dauer von fünf Jahren eingeführt. Da dieser Abschlag in seiner Höhe nicht bestimmt wird, sind Zweifel an einer kostenneutralen Umsetzung angebracht. Daneben wird das Problem ökonomisch motivierter Mengensteigerungen nicht konsequent genug angegangen. Auch gute Ansätze wie das im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgesehene Zweitmeinungsverfahren werden das Problem nicht lösen.

Ab dem Jahr 2016 soll auch ein weiteres, kostenträchtiges **Pflegestellenförderprogramm** greifen und der „Pflege am Bett“ dienen. Wenn hier nicht nachjustiert wird, könnten die zusätzlichen Finanzmittel allerdings verpuffen. Man darf nicht die Fehler des letzten Pflegestellenförderprogramms wiederholen und Krankenhäuser mit Mitteln aus dem Förderprogramm belohnen, die im Ergebnis aber Personal abgebaut haben. Nur mit unangemeldeten Kontrollen, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), kann sichergestellt werden, dass das Geld tatsächlich und nachweisbar für eine bessere Pflege der Patienten im Krankenhaus verwendet wird. Und sollten am Ende des Förderprogramms die Krankenhäuser das Personal wieder abbauen, müssen sie die Fördermittel wieder zurückzahlen.

Ein Weg zur Verbesserung der Qualität ist, dass der MDK künftig **unangemeldete Qualitätskontrollen** durchführen kann. Solange er dies nach den Vorgaben des G-BA tut, ist dies auch zielführend. Auch strukturelle Maßnahmen wie die Vorgabe rechtssicherer Mindestmengen oder die Möglichkeit des Abschlusses von Qualitätsverträgen können helfen, die Qualität in der Krankenhausversorgung mittelfristig zu steigern. Gut ist, dass die von den Krankenhäusern zu veröffentlichenden **Qualitätsberichte** besser lesbar und damit zu einer brauchbaren Entscheidungshilfe für die Patienten werden sollen. Gut ist auch, eine differenzierte Vergütung der Notfallversorgung einzuführen. Bereits im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist vorgesehen, dass hier der ambulante und der stationäre Bereich enger miteinander kooperieren.

Die Verpflichtung der Länder, mindestens den Durchschnitt der in den Jahren 2012 bis 2014 aufgewendeten Mittel zur **Investitionsfinanzierung** beizubehalten, stellt eine absolute Untergrenze der Investitionsförderung dar. Mehr scheint gegenüber den Ländern in dem zustimmungspflichtigen Gesetz offensichtlich nicht durchsetzbar zu sein. Dies ist ein Konsens auf niedrigem Niveau. Zumindest wird es aber einen **Strukturfonds** geben, der mit 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds gespeist werden soll. Mit ihm sollen unter anderem

Überkapazitäten abgebaut, eine stärkere Konzentration von Versorgungsangeboten und Umstrukturierungen in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen ermöglicht werden. Problematisch ist, dass die Länder sowohl Antragsteller sind, als auch über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel wachen sollen. Dies sollte besser auch über das **Bundesversicherungsamt** (BVA) geschehen, welches auch die Förderanträge bescheidet. Die Verwendung der Fondsmittel setzt zudem voraus, dass sich die Länder hälftig an den konkreten Kosten beteiligen. Im Referentenentwurf wird ausdrücklich klargestellt, dass diese Mittel zusätzlich und nicht anstelle der Investitionsfinanzierung zu leisten sind. Auch die Mittel, die aus dem „Gesetz zur Förderung von Investitionen finanzschwacher Kommunen und zur Entlastung von Ländern und Kommunen bei der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern“ fließen, sind hierfür nicht zu verwenden. Zwar wird damit die Verantwortung der Länder für ihre Krankenhauslandschaft und deren strukturelle Entwicklung unterstrichen; das Problem der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung wird jedoch nicht abschließend gelöst.

Die Krankenhausreform wird teuer. Für die GKV sieht der Gesetzentwurf bis zum Jahr 2020 **Mehrausgaben** in Höhe von insgesamt 5,4 Milliarden Euro vor. Aus den Struktureffekten des Gesetzes sollen Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe generiert werden können. Nicht vergessen werden darf, dass auch durch andere gesetzgeberische Maßnahmen (z. B. das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz oder das Präventionsgesetz) zusätzliche Ausgaben entstehen. Das sind politisch induzierte Ausgaben, die zusatzbeitragssatzrelevant sind. Gemäß der neuen Finanzierungssystematik ab 2015 müssten die allein die Versicherten zahlen. Das darf nicht sein. Deshalb sind die reforminduzierten Mehrausgaben analog dem geplanten Strukturfonds aus den Rücklagen des Gesundheitsfonds gegenzufinanzieren. So können die Mittel im Gesundheitsfonds sukzessive zurückgefahren werden. Damit wird auch einer zunehmenden Geldentwertung der Fondsmittel vorgebeugt. Denn laut eigenen Angaben kann das BVA die Fondsmittel teilweise nur noch mit Negativzinsen anlegen.

Insgesamt folgt der Referentenentwurf den bekannten Eckpunkten, geht aber an einzelnen Stellen über diesen hinaus. So finden sich unter anderem eine Regelung zur Förderung palliativer Versorgungsstrukturen und eine Klarstellung zu den **Chefarzt-Boni**. Die Ersatzkassen begrüßen, dass die Regierung unmissverständlich klarstellen will, dass Zielvereinbarungen, die Krankenhausträger mit leitenden Krankenhausärzten abschließen, in keinem Fall die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen dürfen und dieser Umstand nicht nur auf finanzielle Anreize beschränkt ist. Umgekehrt bleiben finanzielle Anreize zur Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung aber weiterhin ausdrücklich erlaubt. Das ist auch gewünscht.

Eine weitere Regelung zu den **Landesschlichtungsausschüssen** nach § 17c KHG soll klarstellen, dass sich Klagen gegen Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse ausschließlich gegen die jeweiligen Parteien selbst und nicht gegen den Schlichtungsausschuss richten. Die mit dem Beitragsschuldengesetz ein-

geführte Regelung hatte bewirkt, dass Auseinandersetzungen bei den Abrechnungen der Krankenhäuser bis zu einem Wert von 2.000 Euro nicht vor den Sozialgerichten ausgetragen werden dürfen. In der Folge hätten aber die Schlichtungsausschüsse massenhaft beklagt werden können. Darauf hatte damals auch der vdek hingewiesen. Dies wird nun zwar abgewendet. Künftig können anstelle der Schlichtungsausschüsse auch Schiedspersonen benannt werden. Dennoch bleibt die zentrale Kritik bestehen: Die Etablierung der Schlichtungsausschüsse bedeutet einen enormen Kosten- und Bürokratieaufwand; ihr Nutzen ist hingegen als sehr gering einzuschätzen. Aus diesem Grund haben sich seinerzeit nicht nur alle Beteiligten, sondern auch die Landesministerien für eine Abschaffung der Schlichtungsausschüsse ausgesprochen.

Im Zusammenspiel der Krankenkassen mit dem MDK sollen Änderungen im **Begutachtungsverfahren** herbeigeführt werden, die die reibungslose Zusammenarbeit bei der Leistungsbewilligung, zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erschweren. Das praktizierte „Umschlagverfahren“, nach dem Leistungserbringer personenbezogene Daten in einem verschlossenen Umschlag nach Aufforderung an die Krankenkassen und zur Weitergabe an den MDK übermittelt haben, soll geändert werden. Die Krankenkassen sollen weiterhin die Daten anfordern dürfen, die Übermittlung hat aber ausschließlich und direkt an den MDK zu erfolgen. Damit soll wiederholt vorgetragene Bedenken der Bundesdatenschützerin Rechnung getragen werden. Für die Ersatzkassen ist der Schutz personenbezogener Daten ein hohes Gut – aber ein auf die Spitze getriebener Datenschutz bewirkt hier, dass wichtige und politisch gewollte Aufgaben der Krankenkassen deutlich erschwert und die Versorgungsqualität sinken wird.

Nachfolgende Themenfelder sind aus Sicht der Ersatzkassen von besonderer Bedeutung.

3. Stellungnahme zum Referentenentwurf

a) Schlichtungsausschüsse Land gemäß § 17c KHG

Mit dem KHSG sind Neuerungen zu den Schlichtungsausschüssen Land geplant. Hier soll geregelt werden, dass es sich bei den Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse und den Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 18a KHG, die übergangsweise die Funktion der Schlichtungsausschüsse wahrnehmen, um Verwaltungsakte handelt. Zugleich soll aber eine Klarstellung erfolgen, dass sich Klagen gegen diese Entscheidungen ausschließlich gegen die jeweiligen Streitparteien und nicht gegen den Schlichtungsausschuss bzw. gegen die Schiedsstelle, die diese Funktion vorübergehend ausübt, selbst richten sollen. Alternativ zum Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss, sollen die Parteien die Möglichkeit erhalten, ihre Streitigkeiten auch von einer Schlichtungsperson schlichten zu lassen. Die Schlichtungsperson kann sowohl für einzelne Streitigkeiten oder auch generell für Abrechnungstreitigkeiten bestellt werden. Aller-

dings ist diese Entscheidung nur bei gravierenden Verfahrensfehlern aufhebbar.

Durch die geplanten Änderungen werden die Anzahl der Verfahren und der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit den Schlichtungsausschüssen nicht abnehmen. Hier ist nach wie vor mit mehreren tausenden Verfahren pro Jahr und Bundesland zu rechnen. Insofern ist an der ursprünglichen Forderung aller Beteiligten, der Abschaffung der Schlichtungsausschüsse auf Landesebene, weiter festzuhalten. Die Einstufung der Schlichtungsentscheidungen als Verwaltungsakte bedeutet für die Praxis einen erheblichen Mehraufwand für die Schlichtungsausschüsse. Denn sie müssen ihre Entscheidungen nicht nur rechtssicher und aufwendig begründen, sondern auch ihrer Amtsermittlungspflicht nachkommen. Die Vielzahl der zu erwartenden Anträge wird in der Praxis zu einer Überforderung der Schlichtungsausschüsse führen. Die Einstufung der Entscheidung als Verwaltungsakt bringt zudem auch prozessuale Nachteile für die Parteien mit sich. Darüber hinaus ist den Änderungen nicht klar zu entnehmen, welche Partei gegen eine Schlichtungsentscheidung klagen muss. Nach der Begründung des Gesetzgebers soll dies die Partei sein, welche ein Interesse am Fortbestand einer Schlichtungsentscheidung hat. Je nach Ausgang des Schlichtungsverfahrens erscheint dies jedoch nicht praktikabel. Es sollte immer die Partei klagen, deren Vergütung bzw. Forderung strittig geblieben ist.

Sollten Krankenkassen gezwungen werden, Klagen zu erheben, z. B. weil sie vor dem Schlichtungsausschuss unterlegen sind, könnte dieses weiterhin prozessuale Unübersichtlichkeiten zur Folge haben. Dies ergibt sich daraus, dass eine Krankenhaus-Vergütung nicht nur aufgrund einer MDK-Prüfung strittig geblieben sein kann, sondern auch, weil z. B. das Bestehen eines Versorgungsauftrages für eine Leistung oder für Mindestmengen strittig sind. Für letztere bedarf es einer Überprüfung durch den MDK im Rahmen des § 275 Absatz 1c SGB V nicht, sodass ein Krankenhaus insoweit direkt klagen könnte. Eine einzige Vergütung, welche aufgrund mehrerer Tatbestände strittig ist, könnte also weiterhin einen prozessual unübersichtlichen Verlauf nehmen.

Da die Entscheidung der Schlichtungsperson nur in Ausnahmefällen beklagbar ist, und die Kosten von den jeweiligen Vertragsparteien zu tragen sind, ist fraglich, ob die Schlichtungsausschüsse in der Praxis tatsächlich entlastet werden. Die Etablierung der Schlichtungsausschüsse bedeutet einen enormen Kosten- und Bürokratieaufwand; der Nutzen wird allerdings als sehr gering eingeschätzt. Daher haben sich seinerzeit nicht nur alle Beteiligten, sondern auch die Landesministerien für eine Abschaffung der Schlichtungsausschüsse ausgesprochen.

Aus den oben genannten Gründen ist zumindest hilfsweise eine gesetzliche Klarstellung erforderlich, dass es sich bei den Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse lediglich um eine unverbindliche Empfehlung handelt. Auch der Bundesrat hat sich dafür ausgesprochen, die Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse als Empfehlungen einzustufen. Diesbezüglich wird auf die Empfehlung des Bundesrates (BR-Drucksache 641/1/14 vom 29.1.2015) zum

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Bezug genommen, denen sich der vdek ausdrücklich anschließt.

Änderungsvorschlag:

§ 17c Absatz 4 KHG und Absatz 4c (neu) werden ersatzlos gestrichen.

Hilfsweise

1. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Schlichtungsausschuss soll auf eine gütliche Einigung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse hinwirken.“

b) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Der Schlichtungsausschuss unterbreitet den Konfliktparteien auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten einen Schlichtungsvorschlag.“

c) Nach Satz 7 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das Schlichtungsverfahren endet, wenn

- 1. die Parteien dem Schlichtungsausschuss übereinstimmend mitgeteilt haben, dass sie auf der Grundlage des Schlichtungsvorschlages oder in sonstiger Weise eine Einigung erzielt haben oder dass sich der Vergütungsstreit anderweitig erledigt hat, oder*
- 2. nach Unterbreitung des Schlichtungsvorschlages zumindest eine Partei die Schlichtung schriftlich gegenüber dem Schlichtungsausschuss und der anderen Partei für gescheitert erklärt, oder*
- 3. der Schlichtungsausschuss den Parteien schriftlich mitteilt, dass eine Einigung nicht erfolgversprechend erscheint. In den Fällen des Satzes 8 Nummer 2 und 3 bescheinigt der Schlichtungsausschuss den Parteien schriftlich, dass eine Einigung im Schlichtungsverfahren nicht erreicht werden konnte.“*

d) In dem bisherigen Satz 8 wird das Wort „näheren“ durch das Wort „weiteren“ ersetzt.

2. Absatz 4b wird wie folgt geändert:

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

b) Folgende Sätze werden angefügt:

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

b) Begutachtungsverfahren gemäß § 276 SGB V

Sofern im Zusammenhang mit einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) versichertenbezogene Daten von Leistungserbringern benötigt werden, werden diese derzeit im sogenannten „Umschlagverfahren“ in einem verschlossenen Umschlag nach Aufforderung an die Krankenkassen zur Weitergabe an den MDK übermittelt. Dieses Verfahren soll mit der Gesetzesänderung dahingehend geändert werden, dass die Krankenkassen die Daten zwar weiterhin anfordern dürfen, die Übermittlung jedoch ausschließlich und direkt an den MDK zu erfolgen hat. Damit soll wiederholt vorgetragenen Bedenken der Bundesdatenschützerin Rechnung getragen werden.

Das Umschlagverfahren liegt im Interesse aller – nämlich der Versicherten, Ärzte, Leistungserbringer, MDKen, Arbeitgeber und Krankenkassen. Mit ihm wird – wie die Praxis zeigt – dem gesetzgeberischen Anliegen einer zügigen und umfassenden Begutachtung und Beratung Rechnung getragen. Eine Änderung des Verfahrens würde die derzeit reibungslose Zusammenarbeit bei der Leistungsbewilligung zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit behindern und ist daher abzulehnen

In der Folge der vorgesehenen Änderung würde der MDK mit zusätzlichen administrativen Aufgaben belastet, die heute die Krankenkassen effizient erledigen. Dies wird mehr Personal beim MDK erfordern und damit höhere Bürokratiekosten erzeugen. Zudem entstehen Koordinationsaufwände und Schnittstellenprobleme, in deren Folge es zu längeren Verfahrens- und Bearbeitungszeiten kommt. Heute laufen die Abstimmungsprozesse mit dem MDK zum Teil taggleich, da der zuständige Fallbearbeiter der Kasse zielgerichtet für jeden „Fall“ die notwendige Begutachtung des MDK-Gutachters organisiert, direkt im Anschluss eine Leistungsentscheidung der Krankenkasse herbeiführt und den Versicherten auf diese Weise sehr zeitnah informieren kann. Der durch die Gesetzesänderung intendierte umgekehrte Weg erzwingt zunächst die Zuordnung der beim MDK eingegangenen Unterlagen zu den zuständigen Kassenmitarbeitern. Daneben kann der MDK Unterlagen erhalten, für die er noch keinen Begutachtungsauftrag hat und die er nicht zuordnen kann. Er muss bei unvollständigen Unterlagen die fehlenden Informationen nachfordern. Die Anmahnung fehlender Unterlagen kann gegebenenfalls nicht rechtzeitig erfolgen, da die Krankenkasse nicht weiß, ob die Unterlagen zwischenzeitlich beim MDK angekommen sind oder nicht. Diese und andere Schnittstellenprobleme sind

nicht nur unnötig. Sie erschweren das Fallmanagement der Krankenkassen massiv, da es sich um ein Mengengeschäft handelt.

Das Vorgehen der Krankenkassen ist geprägt von Kundenorientierung und Service. Schließlich stehen sie im Wettbewerb. Damit hat jeder Fallmanager bei einer Krankenkasse ein Interesse daran, alle anstehenden leistungsrechtlichen Fragen zeitnah zu klären, dem Versicherten belastende und ärgerliche Friktionen zu ersparen, notwendige Leistungsentscheidungen rasch herbeizuführen und ggf. die Versicherten in weitere sinnvolle Therapieangebote der eigenen Kasse zu steuern.

Dieser Motivlage unterliegt der MDK nicht. Auch deshalb sollte er sich auf seinen Auftrag, die sozialmedizinische Beurteilung, konzentrieren können und keine zusätzlichen Kapazitäten für administrative Aufgaben binden. Es ist keineswegs sichergestellt, dass eine MDK-gesteuerte Administration und Koordination, wie sie durch das heutige Umschlagverfahren sichergestellt ist, ebenso effizient erfolgt wie durch die Krankenkassen.

Die Fallführung, wie sie nach dem gegenwärtig praktizierten Umschlagverfahren möglich ist, sollte weiterhin in den Händen der Krankenkassen liegen. Es ist nicht sachgerecht, aufgrund des Fehlverhaltens einzelner Krankenkassen oder Krankenkassenmitarbeiter das gesamte, gut funktionierende Verfahren abzuschaffen. Richtiger wäre es, Krankenkassen, die gegen die Vorschriften verstoßen, verursachergerecht zu sanktionieren. Eine Kollektivbestrafung, wie sie faktisch durch die Umstellung des Umschlagverfahrens erfolgt, lehnen die Ersatzkassen ab.

Abschließend ist darauf aufmerksam zu machen, dass eine Änderung weitere, aufwändige Folgeänderungen nach sich ziehen wird, etwa Änderungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Änderungsvorschlag:

Die Neufassung des § 276 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen. Die alte Regelung bleibt bestehen.

c) Konsequenzen für Krankenhäuser mit guter oder unzureichender Qualität

Die Ersatzkassen begrüßen die Qualitätsoffensive der Bundesregierung ausdrücklich. Wichtig ist, dass aus der Qualitätsmessung Konsequenzen aufgezeigt und im Bedarfsfall auch gezogen werden. Positiv ist, dass das Kriterium „unzureichende Qualität“ für Teile eines Krankenhauses oder ganze Krankenhäuser über die Aufnahme oder den Verbleib im Krankenhausplan entscheiden soll. Man muss aber bedenken, dass in der Praxis, die Schließung ganzer Krankenhäuser wegen unzureichender Qualität wohl äußerst selten sein wird. Dies dürfte auch bezogen auf einzelne Abteilungen nicht anders aussehen. Umso wichtiger ist es, dass einzelne Leistungen auf der Ebene der Diagnosis Related

Groups (DRG) bei unzureichender Qualität von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden können. Auch nach Ansicht der Länder kann diese Detailbetrachtung nicht Aufgabe der Landesplanungsbehörden sein. Deshalb ist es wichtig, dass die Krankenkassen im Rahmen der bundesweiten Vorgaben und der von den Ländern vorgegeben Strukturen in den Budgetverhandlungen einen Leistungsausschluss bei dauerhaft unzureichender Qualität rechtssicher durchsetzen können. In dieser Hinsicht würden die Krankenkassen quasi als Erfüllungsgehilfen der Länder tätig.

Der Entwurf sieht an mehreren Stellen Regelungen zu Zu- und Abschlägen bei außerordentlich guter sowie unzureichender Qualität vor. Die Ersatzkassen bewerten diese Regelung insbesondere hinsichtlich der Abschläge sehr kritisch. Gerade bei schlechter Qualität verschärfen sich durch einen hausinternen Sparzwang Qualitätsprobleme. Außerdem wird der Fehlanreiz ausgelöst, fehlende Einnahmen über eine Mengenausweitung zu kompensieren. Zuschläge für Krankenhäuser mit guter Ergebnisqualität machen erst Sinn, wenn die Indikationsqualität gesichert ist. Stattdessen ist erforderlich, bei der Vereinbarung und Abrechnung von Leistungen sicherzustellen, dass keine Leistungen mit unzureichender Qualität vereinbart und abgerechnet werden. Die Änderungsvorschläge der Ersatzkassen sollen dies sicherstellen. Der Leistungsausschluss soll sowohl auf Basis der Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden externen stationären Qualitätssicherung und der Mindestanforderungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 136 SGB V (neu) sowie der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse zu den planungsrelevanten Indikatoren nach § 136c Absatz 2 SGB V (neu) erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Zu- und Abschläge für außerordentliche gute und unzureichende Qualität werden abgelehnt. Daher erfolgt die Streichung dieser Regelung an den dafür vorgesehenen Stellen:

§ 17b Absatz 1a Nummer 3 KHG wird gestrichen.

§ 5 Absatz 3a KHEntgG wird gestrichen.

§ 9 Absatz 1a Nummer 4 KHEntgG wird gestrichen.

§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V wird gestrichen.

Stattdessen wird eingeführt, dass Leistungen mit unzureichender Qualität nicht vereinbart und abgerechnet werden dürfen. Hierzu sind folgende Änderungen und Ergänzungen des Krankenhausfinanzierungs- sowie -entgeltgesetzes erforderlich:

§ 17c Absatz 1 KHG wird folgende Nummer 4 angefügt:

„4. keine Abrechnung von Entgelten für Leistungen erfolgt, die bei den Ergebnissen nach § 136 SGB V oder den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen.“

§ 4 Absatz 1 KHEntgG wird folgender Satz 3 angefügt:

„Es umfasst nicht Entgelte für Leistungen, die bei den Ergebnissen nach § 136 SGB V oder den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen.“

§ 8 KHEntgG wird folgender Absatz 1a angefügt:

„1a) „Allgemeine Krankenhausleistungen sind vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgeschlossen, wenn sie bei den Ergebnissen nach § 136 SGB V oder den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren länger als ein Jahr unzureichende Qualität aufweisen. Sie dürfen dann nicht Bestandteil der Vereinbarung nach § 11 werden.“

§ 11 Absatz 5 Satz 1 KHEntgG wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Worte *„§ 8 Absatz 1a gilt entsprechend.“* angefügt.

d) Pflegesonderprogramm

Es soll ein dreijähriges Pflegestellenförderprogramm in den Jahren 2016 bis 2018 aufgelegt werden. Den Krankenhäusern sollen zusätzliche finanzielle Mittel für die Neueinstellung und die zeitliche Stellenaufstockung von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen zur Verfügung gestellt werden. Die zusätzlichen Personalkosten werden zu 90 Prozent gefördert. Krankenhäuser können für Neueinstellungen oder Aufstockungen von Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung einen zusätzlichen Budgetanteil bis zu einer Höhe von jährlich 0,15 Prozent erhalten.

Der 1.1.2015 wird als Stichtag für die Feststellung des Personalbestands, auf den mit dem Förderprogramm aufgesetzt wird, festgelegt. Das Krankenhaus, hat eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zu treffen, dass zusätzliches Pflegepersonal in den förderfähigen Bereichen im Vergleich zum Personalbestand am Stichtag 1.1.2015 eingestellt oder aufgestockt wird.

Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Es sind sowohl die gesamten jahresdurchschnittlichen Pflegestellen als auch die jahresdurchschnittlichen Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres vorzulegen. Soweit das Krankenhaus die ihm zur Verfügung gestellten Mittel nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgabe einsetzt, sind diese Mittel zurückzuzahlen.

Eine beim Bundesministerium für Gesundheit einzurichtende Expertenkommission erarbeitet bis spätestens zum 31.12.2017 Vorschläge, wie die Finanzmittel aus dem Förderprogramm dauerhaft für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung („Pflege am Bett“) zur Verfügung gestellt werden können.

Mit dieser Regelung wird das Pflegestellenförderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 neu aufgelegt. Im Unterschied zum vorangegangenen Förderprogramm wird die Förderung explizit auf die Personalaufstockung in der „Pflege am Bett“ begrenzt. In der Gesetzesbegründung wird zudem klargestellt, dass es nicht Intention der Förderung ist, weitere ärztliche Aufgaben auf die Pflege zu übertragen oder Personal zur Erbringung von Mehrleistungen zu fördern. Die derzeitige Ausgestaltung des Pflegeförderprogramms II stellt jedoch nicht ausreichend sicher, dass die oben genannten Ziele erreicht und die Fehler des ersten Pflegeförderprogramms vermieden werden. Insbesondere die Ausgestaltung der Nachweispflichten für die zweckentsprechende Mittelverwendung sollte verschärft werden.

Zwar ist es positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber eine umfassendere Nachweisführung der Mittelverwendung gegenüber dem vorangegangenen Pflegestellenförderprogramm I vorsieht, um einem Missbrauch im Sinne strategischer Entlassungen und Neueinstellungen vorzubeugen. Allerdings ist die Regelung nicht weitreichend genug. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Krankenhäuser, die Fördermittel beziehen, eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers zur zweckentsprechenden Mittelverwendung vorzulegen haben. Da die entsprechenden Daten sicher validiert werden sollten, eignen sich hier neutrale Institutionen wie die Landesrechnungshöfe besser für die Datenüberprüfung. Wirtschaftsprüfer bieten sich weniger an, weil sie im Auftrag des Trägers tätig sind. Zudem kann die tatsächliche Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung nur durch Vor-Ort-Prüfungen zuverlässig nachvollzogen werden. Daher sollten unangemeldete Stichprobenprüfungen durch den MDK erfolgen.

Bei einer zweckgebundenen Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung besteht das Problem, dass der Begriff „unmittelbare Patientenversorgung“ nicht klar definiert ist und derzeit keine Transparenz darüber besteht, wo und für welche Tätigkeiten die zusätzlich finanzierten Pflegekräfte konkret eingesetzt werden. In die Arbeit der Expertenkommission sollte dieser Aspekt mit einfließen und ein diesbezüglich einheitliches Verständnis sollte die Grundlage der weiteren Arbeit der Expertenkommission bilden.

Änderungsvorschlag:

In § 4 Absatz 8 (neu) wird folgender Satz 10 neu eingefügt: *„Zur Überprüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel können die Krankenkassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einer Prüfung nach § 275a Absatz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragen.“*

Satz 10 (neu) wird Satz 11.

Satz 11 (neu) wird Satz 12.

In Satz 12 (neu) wird der Verweis angepasst: aus „Berichterstattung nach Satz 10“ wird „Berichterstattung nach Satz 11“.

Satz 12 (neu) wird Satz 13.

In § 275a Absatz 2 SGB V (neu) wird nach Nummer 3 folgende Nummer 4 neu eingefügt:

„4. die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus dem Pflegestellenförderprogramm nach § 4 Absatz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

In § 4 Absatz 8 Satz 9 KHEntgG (neu) werden die Worte „eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers“ ersetzt durch die Worte „eine Bestätigung des Landesrechnungshofes“.

e) Investitionsfinanzierung und Strukturfonds

Grundsätzlich werden Regelungen zum Strukturwandel in der stationären Versorgungslandschaft begrüßt. Bedauerlich ist, dass nur ein Strukturfonds vorgesehen ist. Das grundsätzliche Problem der unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder wird damit nicht gelöst. Die Regelung zur Verhinderung der Unterschreitung des Fördervolumens in Verbindung mit dem Strukturfonds sollte auch für die originäre Investitionsförderung gelten, damit der in der Vergangenheit stetige Rückgang des Investitionsfördervolumens der Länder auch tatsächlich gestoppt wird.

Die Einbindung der Krankenkassen in die Förderentscheidungen im Rahmen der Mittelvergabe des Strukturfonds wird begrüßt und sollte als Vorbild dienen, die Krankenkassen in die Förderentscheidungen der Länder grundsätzlich einzubeziehen, da die Krankenkassen letztendlich die Folgekosten aus den Investitionsentscheidungen zu tragen haben. Im Zusammenhang mit dem Strukturfonds sollten neben den Ländern auch die Krankenkassen und die Krankenhausträger die Möglichkeit eingeräumt werden, Anträge zu stellen. Das Bundesversicherungsamt sollte nicht nur diese Anträge prüfen, sondern auch über die Bewilligung anhand der Förderungskriterien nach § 12 Absatz 3 KHG entscheiden. Damit wird sichergestellt, dass der Strukturfonds bundesweit einheitlich angewendet wird.

Generell ist zu berücksichtigen, dass sich der Finanzierungsanteil der Krankenkassen an den Krankenhausgesamtkosten in den letzten Jahrzehnten stetig erhöht hat. Für die Einflussnahme auf die stationären Versorgungsstrukturen gilt dies leider nicht. Insbesondere die unter Punkt c dargestellte Konkretisierung der Leistungsstrukturen bei unzureichender Qualität auf der Ebene ein-

zelner Leistungen im Rahmen der Budgetverhandlungen besteht dringender Ergänzungsbedarf.

Bundesweit gesehen zeichnen sich die Versorgungsstrukturen durch ein Nebeneinander von Über-/Unter- und Fehlversorgung aus. Der ambulante und stationäre Sektor weisen dabei Parallelen auf. Der Abbau von Überversorgung in den Ballungsgebieten, Konzentrationsprozesse und Umwidmungen in strukturschwachen Regionen sind künftig unausweichlich. Daher begrüßen die Ersatzkassen den Strukturfonds. Den Ersatzkassen ist wichtig, dass der Strukturfonds nicht ausschließlich als „Abwrackprämie“ verstanden wird. Die zuvor genannten Konzentrationsprozesse sowie die Umschichtungen und Umwidmungen sind gleichrangig zum Abbau von Überkapazitäten zu sehen. Beim Abbau von Überkapazitäten wird die Erfahrung zeigen, ob es gelingt, nicht nur die ohnehin insolventen Kliniken zu schließen, sondern auch Kliniken die nicht bedarfsgerecht sind oder unzureichende Qualität erbringen. Daher sind der behutsame Einstieg und die Evaluation der Wirkungsweise des Strukturfonds über das Bundesversicherungsamt der richtig eingeschlagene Weg im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes.

Änderungsvorschlag:

In § 12 Absatz 2 Satz 3 KHG (neu) wird nach den Worten „prüft die Anträge“ die Worte „und entscheidet über die Mittelvergabe nach den Vorgaben nach Absatz 3“ eingefügt.

Begründung:

Eine bundeseinheitliche Anwendung des Strukturfonds soll über die Einbindung des Bundesversicherungsamtes sichergestellt werden.

In § 6 Absatz 1 sollte folgender Satz aufgenommen werden:

„§ 12 Absatz 2 Nr. 3 a) gilt entsprechend.“

Begründung:

Ein Unterschreiten des Durchschnitts der Fördermittel aus den Jahren 2012 bis 2014 für die Investitionsförderung der Länder soll vermieden werden.

| |
|--|
| Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Askanischer Platz 1 10963 Berlin Tel.: 030/2 69 31 – 0 Fax: 030/2 69 31 – 29 00 info@vdek.com |
|--|