

Stellungnahme

des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

Der Bundesrat hat in seiner 935. Sitzung am 10. Juli 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zur Eingangsformel

Die Eingangsformel ist wie folgt zu fassen:

"Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:"

Begründung:

Aus der Eingangsformel ergibt sich, dass die Bundesregierung den Gesetzentwurf als Einspruchsgesetz nach Artikel 77 Absatz 3 GG ansieht. Diese Auffassung ist auf Grund des im Lichte des Grundsatzes der Bundestreue länderfreundlich weit auszulegenden Artikels 104a Absatz 4 GG im Ergebnis nicht zutreffend.

Das Gesetz ist vielmehr nach Artikel 104a Absatz 4 GG zustimmungsbedürftig, weil mit einer Belastung der Länderhaushalte durch die Ausführung des Gesetzes zu rechnen ist. Dies gilt vor allem für die wichtige und erwartete Beteiligung der Länder an dem geplanten Strukturfonds.

Mit gutem Grund hatte auch das federführende Bundesministerium für Gesundheit ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf das Gesetz daher als zustimmungsbedürftig angesehen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 Absatz 1 KHG)

Artikel 1 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

- '1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort "bedarfsgerechte" ein Komma und die Wörter "qualitativ hochwertige und patientengerechte" und nach dem Wort "leistungsfähigen," die Wörter "qualitativ hochwertige Versorgung bietenden und" eingefügt.'

Begründung:

§ 1 Absatz 1 KHG benennt den Zweck und die Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und gibt damit die Grundlagen der Krankenhausplanung vor; zugleich enthält die Vorschrift in Verbindung mit § 8 Absatz 1, 1a und 2 KHG die Voraussetzungen, unter denen ein Träger Anspruch auf Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat.

Indem das Tatbestandsmerkmal "bedarfsgerechte" seine Stellung im Satzaufbau beibehält und die weiteren Tatbestandsmerkmale "qualitativ hochwertige" und "patientengerechte" nachfolgen, soll zum Ausdruck gebracht werden, dass beim Verwaltungshandeln an der bisherigen Abfolge festgehalten wird, nämlich sich an die Krankenhauszielplanung die Bedarfsanalyse anschließt, und auch, dass die Tatbestandsmerkmale je für sich eigenständig sind.

3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 8 Absatz 1c KHG)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a ist § 8 Absatz 1c wie folgt zu fassen:

"(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben."

Begründung:

Nach der vorgesehenen Regelung findet § 8 Absatz 1a und 1b KHG keine Anwendung, sofern die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG, das heißt die Empfehlungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind. Damit würde ein Land, sofern es die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses ausschließt, zugleich auch die Anwendung von § 8 Absatz 1a und 1b KHG auf etwaige im Landesrecht vorgesehene Qualitätsvorgaben ausschließen.

Nach der vorgeschlagenen Formulierung bleibt die Anwendung der Absätze 1a und 1b auf landeseigene Qualitätsvorgaben von einem landesrechtlichen Ausschluss der Geltung der planungsrelevanten Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses unberührt.

4. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 1 Satz 3a - neu - KHG)

In Artikel 1 Nummer 5 ist in § 12 Absatz 1 nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

"Der Fonds hat eine Laufzeit von fünf Jahren (2016 bis 2020)."

Begründung:

Eine Laufzeit für den Strukturfonds ist im Gesetzentwurf bislang nicht festgelegt. Es sollte jedoch bereits im Gesetzentwurf klargestellt werden, dass die Fertigstellung der strukturverbessernden Vorhaben und ein bauzeitbegleitender Abruf der Fondsmittel aus dem Strukturfonds bis 2020 möglich ist, da für die teilweise größeren Bauvorhaben eine ausreichende Planungs- sowie Bauzeit einzurechnen ist.

5. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

In Artikel 1 Nummer 5 ist § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a wie folgt zu ändern:

- a) Nach den Wörtern "der Jahre 2012 bis 2014" sind die Wörter "oder dem Wert der im Haushaltsplan des Jahres 2015" einzufügen.
- b) Nach dem Wort "entspricht," sind die Wörter "wobei für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet die so ermittelten Beträge um die durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz zu reduzieren sind," einzufügen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Der Durchschnittswert der Jahre 2012 bis 2014 ist nur insofern als Maßstab geeignet, als jahresbezogene Schwankungen ausgeglichen werden sollen. Vor dem Hintergrund der in den Jahren 2012 bis 2014 bereits ergriffenen Konsolidierungsmaßnahmen sollte alternativ auf den Wert der für das Jahr 2015 im Haushaltsplan ausgewiesenen Mittel zurückgegriffen werden können, da alleine dieser Wert im jeweiligen Land als Orientierungspunkt für die kommenden Jahre dient. Den Ländern sollte insofern eine Wahlfreiheit eingeräumt werden.

Zu Buchstabe b:

In § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG ist vorgesehen, dass sich das antragstellende Land verpflichtet, in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht.

Dies führt in den neuen Ländern zu Finanzierungsproblemen und einem unsachgerechten Aufwuchs der Krankenhausfinanzierungsmittel. Nach Artikel 14 Absatz 1 Gesundheitsstrukturgesetz erhielten die neuen Länder in den Jahren 2002 bis 2014 Zuweisungen für Investitionen von den Sozialversicherungsträgern. Diese Einnahmen waren für die Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet bestimmt. Nach Artikel 14 Absatz 2 Gesundheitsstrukturgesetz blieben die Verpflichtung der neuen Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung davon unberührt. Das bedeutet, dass in den Ausgaben der neuen Länder für die Krankenhausfinanzierung in den Jahren 2012 bis 2014 neben der Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auch die Finanzierung zur besseren stationären Versorgung enthalten waren.

Die Zuweisungen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz sind ab dem Jahr 2015 entfallen. Der Gesetzentwurf zwingt mit der Maßgabe der Fortführung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2016 auf dem Niveau der Jahre 2012 bis 2014 die neuen Länder zur vollständigen Kompensation der Haushaltsmittel nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz. Zudem sollen zusätzlich die Kofinanzierungsmittel für den Strukturfonds aus den Haushalten finanziert werden.

6. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa
(§ 4 Absatz 2a Satz 8 zweiter Halbsatz KHEntgG)

Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu fassen:

'aa) In Satz 8 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

"der für das Jahr 2014 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist nur noch zweijährig und der für das Jahr 2015 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag nur noch einjährig zu vereinbaren." '

Folgeänderung:

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d ist § 4 Absatz 2b Satz 7 zu streichen.

Begründung:

Bis einschließlich 2015 wirken Mehrleistungen in vollem Umfang dauerhaft absenkend auf den Landesbasisfallwert. 2016 wird zwar das Verhältnis zwischen Vor-Ort-Abschlägen auf zusätzliche Leistungen und der Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert neu geregelt. Ziel ist dabei unter anderem, eine doppelte Anrechnung von Mehrleistungen sowohl auf Landes- als auch auf Ortsebene künftig zu vermeiden. Die bereits erfolgten mehrleistungsbedingten Preissenkungen im Landesbasisfallwert bleiben aber über 2015 hinaus bestehen. Es gibt daher keinen Grund, an den bis einschließlich 2015 vereinbarten Mehrleistungsabschlägen nach § 4 Absatz 2a KHEntgG über 2015 festzuhalten. Ansonsten würde die bis 2015 bestehende doppelte Degression auch in den Jahren 2016 bis 2018 fortgeschrieben.

7. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b Satz 4 die Wörter "in halber Höhe" durch das Wort "nicht" zu ersetzen.

Begründung:

Bei Mengenzuwächsen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen begründet sind und damit nicht zu einem Mengenzuwachs im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen, ist ein Fixkostendegressionsabschlag, auch wenn er nur in halber Höhe gelten soll, aus versorgungspolitischen Gründen abzulehnen.

Zudem ist bei diesen Sachverhalten ein Abschlag nicht mit den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Krankenhausreform vereinbar. Dort heißt es, "Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht besser gestellt werden." Werden Mengenzuwächse, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, mit einem Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe belegt, führt dies zu einer Bestrafung.

8. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d

(§ 4 Absatz 2b Satz 4a - neu - und

Satz 4b - neu - KHEntg) und

Nummer 9 Buchstabe a

(§ 9 Absatz 1 Nummer 6 Satz 2 - neu - KHEntg)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b nach Satz 4 folgende Sätze einzufügen:

"Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung Regelungen zu den Einzugsgebieten zu treffen. Bei länderübergreifenden Einzugsgebieten ist das Einvernehmen zwischen den betroffenen Ländern herzustellen; die Rechtsverordnung kann Regelungen zum Datenaustausch festlegen."

- b) In Nummer 9 Buchstabe a ist § 9 Absatz 1 Nummer 6 folgender Satz anzufügen:

"Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Regelungen zum Einzugsgebiet finden Anwendung, sofern die Landesregierung keine Rechtsverordnung im Sinne des § 4 Absatz 2 Satz 4a erlassen hat."

Begründung:

Die Landeskrankenhausplanung ist eine Kernkompetenz der Länder. Dabei werden unterschiedliche Faktoren, wie auch Einzugsgebiete, berücksichtigt und als Ergebnis im Landeskrankenhausplan dargestellt. Abweichende Regelungen der Vertragspartner auf Bundesebene können zu Widersprüchen mit der Landeskrankenhausplanung führen, diese in bestimmten Fällen sogar konterkarieren. Daher ist den Ländern die Möglichkeit zu geben, die Einzugsgebiete unter Beachtung der regionalen Besonderheiten und der Landeskrankenhausplanung zu bestimmen beziehungsweise bestimmbar zu regeln. Zur Abstimmung unter den Ländern ist ein Datenaustausch sinnvoll. Regelungen hierzu sollen ebenfalls in der Rechtsverordnung getroffen werden können. Die Pflicht der Vertragspartner auf Bundesebene, ebenfalls eine entsprechende Regelung zu treffen, bleibt bestehen, so dass keine Regelungslücken entstehen, sofern ein Land keine entsprechende Rechtsverordnung erlässt.

Mit dieser Regelung wird sich insgesamt die länderübergreifende Krankenhausplanung deutlich verbessern.

9. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und dd (§ 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe dd sind in § 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 jeweils die Wörter "mit Ausnahme von Intensivstationen" zu streichen.

Begründung:

Bei der Regelung des neuen Pflegestellenförderprogramms in § 4 Absatz 8 KHEntgG wird Pflegepersonal auf Intensivstationen aus dem Anwendungsbereich ausgeschlossen. Eine derartige Einschränkung war in dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht vorgesehen und wäre aus medizinischer Sicht auch nicht sachgerecht, da gerade in patientensicherheitsrelevanten Bereichen wie Intensivstationen die Personalausstattung wichtig ist. Die in der Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa besorgte Doppelförderung ist auf dem Verwaltungsweg auszuschließen.

10. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc (§ 4 Absatz 8 Satz 2 und Satz 3 KHEntgG)

Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i ist wie folgt zu ändern:

- a) In Doppelbuchstabe bb ist in § 4 Absatz 8 Satz 2 die Angabe "0,15" durch die Angabe "0,3" zu ersetzen.
- b) In Doppelbuchstabe cc ist in § 4 Absatz 8 Satz 3 die Angabe "0,3" durch die Angabe "0,6" zu ersetzen.

Begründung:

Die finanziellen Mittel, die den Krankenhäusern in den Jahren 2016 bis 2018 aus dem Pflegestellenförderprogramm zufließen sollen, würden im Durchschnitt drei bis vier zusätzliche Stellen pro Krankenhaus ermöglichen. Das ist nicht hinreichend, um der Personalnot im Pflegebereich vieler Krankenhäuser effektiv begegnen zu können.

Die zur Verfügung stehenden Mittel bedürfen einer Verdoppelung. Dazu wird die in § 4 Absatz 8 Satz 2 KHEntgG enthaltene Obergrenze für die Vereinbarung des zusätzlichen Betrags für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen verdoppelt. Zudem wird - entsprechend der bisherigen Systematik - auch die in § 4 Absatz 8 Satz 3 KHEntgG vorgegebene Obergrenze für das Folgejahr verdoppelt.

11. Zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a ist § 9 Absatz 1 Nummer 6 wie folgt zu fassen:

"6. erstmals bis zum 30. September 2016 einen Katalog von Ausnahmen, die nicht dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Vermeidung unzumutbarer Härten, zur Berücksichtigung besonderer Qualitätsvereinbarungen und zur Freistellung von Leistungsverlagerungen von der Abschlagserhebung. Dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen nicht zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Vergütungen für Leistungen bei Transplantationen, bei Polytraumata, bei der Frühgeborenenversorgung sowie bei der Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes."

Begründung:

Der Ausnahmekatalog für den Fixkostendegressionsabschlag ist ein wesentliches Steuerungsinstrument, um eine bestmögliche Krankenversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Es sind deshalb unverzichtbare Ausnahmen durch den Gesetzgeber selbst zu bestimmen. Den Selbstverwaltungspartnern kann es dann überlassen werden, den Katalog von Ausnahmen für den Fixkostendegressionsabschlag zu erweitern, wo dies aus Finanzierungsgründen sachgerecht oder für die Weiterentwicklung der Versorgung hilfreich ist, etwa bei der Konzentration von Leistungen in Zentren. Besonders relevante Leistungsbereiche, die bereits heute in § 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntgG vom Mehr-

leistungsabschlag ausgenommen sind, sowie ergänzend die Versorgung bei Polytraumata und die Frühgeborenenversorgung, werden daher durch den Gesetzgeber als Ausnahmen bestimmt.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vereinbarung zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses ist nicht umsetzbar und daher zu streichen.

Insbesondere für Großkrankenhäuser lässt sich das Einzugsgebiet nicht bestimmen, da hier zwischen Grund- und Regelversorgung sowie Maximalversorgung unterschieden werden muss. Während beispielsweise Universitätsklinika in der Grund- und Regelversorgung üblicherweise ein regionales Einzugsgebiet haben, sind sie etwa in der Onkologie oder in der Maximalversorgung oft überregional, teils bundesweit, tätig. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte Festlegung von Einzugsgebieten und deren Zugrundelegung für Entgeltverhandlungen ist daher nicht praktikabel.

12. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc sind in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 nach der Angabe "§ 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c" folgende Wörter einzufügen:

", Zusatzentgelte für ersetzende Leistungen sowie innovative Leistungen zur Behandlung von neuen Patientengruppen"

Begründung

Gerade Zusatzentgelte werden vereinbart, damit eine einseitige Mengenausweitung durch Krankenhäuser nicht ohne weiteres möglich ist. Mit dem Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes erfolgt ein Systemwechsel bei der Vergütung von der Landesebene auf die Hausebene. Diese Systematik soll konsequenterweise auch hier fortgesetzt werden. Eine absenkende Berücksichtigung auf den Landesbasisfallwert wirkt zu Lasten aller Krankenhäuser, auch solcher, die keine Mengensteigerungen bei den "Nicht-DRG-Leistungen" haben, und ist daher abzulehnen.

Um ungerechtfertigte Mengenausweitungen zu minimieren und die Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen, werden nicht alle Leistungen außerhalb des DRG-Systems berücksichtigt. Vielmehr sind nur solche Leistungen nicht auf den Landesbasisfallwert anzurechnen, die eine bereits im System bestehende Leistung ersetzen, oder als Innovation die Behandlung einer neuen Patientengruppe ermöglichen.

13. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb
(§ 10 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

"bb) Satz 2 wird aufgehoben."

Begründung:

Krankenhäuser dürfen nicht darauf angewiesen sein, zusätzliche Patienten zu behandeln, um die steigenden Kosten für den bestehenden Personalstamm zu finanzieren. Bisher ist eine vollständige Finanzierung der Kosten für Kliniken ohne Mehrleistungen nicht gewährleistet, weil die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes für alle Krankenhäuser verringert werden, wenn es zu Leistungssteigerungen im Land kommt.

Die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung ist zu streichen, weil dies bei einem Personalkostenanteil in den Kliniken von 65 Prozent zu Personalabbau führen würde. Produktivität im Krankenhaus bedeutet daher letztlich, mit vorhandenem oder weniger Personal mehr Patienten zu behandeln. Kliniken mit relativ guter Personalausstattung wären zum Personalabbau gezwungen, wenn Kliniken mit unterdurchschnittlicher Personalausstattung zum Maßstab für die angestrebte Produktivität würden. Eine solche Regelung widerspricht den Grundsätzen des derzeitigen, leistungsbezogenen Entgeltsystems und läuft den Anstrengungen des Pflegeförderprogramms, die patientennahe Versorgung mit Pflegekräften zu verbessern, entgegen.

Die Berücksichtigung von Fehlbelegungspotenzial und Verlagerungspotenzial wird gestrichen, weil die Krankenhäuser andernfalls doppelt belastet würden: Um Fehlbelegungen zu verhindern, werden die Krankenhäuser vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft. Eine dabei festgestellte Fehlbelegung führt dazu, dass das Krankenhaus keine Vergütung erhält.

Nur wenn diese Streichungen durchgeführt werden, können die allgemeinen Kostensteigerungen in den Krankenhäusern zu gleich hohen Erlössteigerungen bei den Kliniken führen.

14. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa
(§ 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa sind in § 10 Absatz 6 Satz 1 die Wörter "die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Veränderungsrate berücksichtigt" durch die Wörter "insbesondere anhand eines krankenhausspezifischen Warenkorbs die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt" zu ersetzen.

Begründung:

Das Missverhältnis zwischen Einnahmen- und Kostensteigerungen im Krankenhaus soll über den Orientierungswert bei der Bestimmung der Obergrenze für Steigerungen des Landesbasisfallwerts dauerhaft berücksichtigt werden. Der Orientierungswert darf daher nicht nur auf abstrakte Parameter abstellen.

Das Gesetz muss klarstellen, dass die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich stärker als bisher zu berücksichtigen sind. Hierfür ist ausdrücklich zu regeln, dass zur Ermittlung des Orientierungswerts die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser herangezogen werden müssen.

15. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc
(§ 10 Absatz 6 Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc sind in § 10 Absatz 6 Satz 4 nach dem Wort "Orientierungswerts" die Wörter "als Veränderungswert" einzufügen.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung. Der vorgesehenen Regelung ist nicht eindeutig zu entnehmen, dass geprüft werden soll, ob der volle Orientierungswert zum Veränderungswert wird.

16. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h (§ 10 Absatz 13 Satz 1 und
Satz 1a - neu - KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h ist § 10 Absatz 13 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist das Wort "fünf" durch das Wort "drei" zu ersetzen.
- b) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

"Abweichend von Satz 1 ist im Falle eines Rückgangs der vereinbarten Leistungen im Vergleich zum Vorjahr der Fixkostendegressionsabschlag entsprechend zu reduzieren."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehene Laufzeit der Fixkostendegressionsabschläge wird von fünf auf drei Jahre verkürzt. Fünfjährige Abschläge sind in der Praxis kaum administrierbar und führen zu unverhältnismäßig hohen finanziellen Belastungen leistungsstarker Krankenhäuser mit überproportionalem Mengenwachstum. Hier handelt es sich häufig um jene Krankenhäuser, die künftig noch stärker als Zentren für die Notfallversorgung oder hochspezialisierte Leistungen fungieren sollen. Ein fünfjähriger Fixkostendegressionsabschlag würde diesen notwendigen Strukturwandel behindern und insbesondere bei Krankenhäusern, die ein breites Spektrum an elektiven und Notfall-Versorgungsleistungen sicherstellen, absehbar zu erheblichen Verlusten führen.

Zu Buchstabe b:

Die mehrjährige Laufzeit des Fixkostendegressionsabschlags ist nur gerechtfertigt, wenn die entsprechenden Mehrleistungen tatsächlich auch über die gesamte Laufzeit vereinbart werden. Dies ist jedoch bei Leistungssteigerungen nicht zwingend der Fall. So kann beispielsweise ein Krankenhaus gehalten sein, im Zuge eines größeren Bauvorhabens sein Leistungsangebot vorübergehend zu reduzieren. Auch könnte sich das Notfallaufkommen anders entwickeln als ursprünglich erwartet. Für derartige Fälle bedarf es einer Klarstellung, dass Fixkostendegressionsabschläge dann nicht weiter gelten, wenn ursprünglich vereinbarte Mehrleistungen im Vergleich zum Vorjahr nicht mehr erreicht werden.

17. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe i - neu - (§ 10 Absatz 14 - neu - KHEntgG)

Dem Artikel 2 Nummer 10 ist folgender Buchstabe i anzufügen:

i) Folgender Absatz 14 wird angefügt:

"(14) In dem ab dem Jahr 2017 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 4 und Absatz 8 vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert ist eine Erhöhung um 0,8 Prozent zusätzlich basiswirksam zu berücksichtigen. Ein gegebenenfalls zu berücksichtigender Ausgleich nach Absatz 1 Satz 5 geht nicht in die Bemessungsgrundlage nach Satz 1 ein. Absatz 4 gilt insoweit nicht." "

Begründung:

Um die Qualität der Patientenversorgung zu erhöhen, benötigen die Krankenhäuser zusätzliches Pflegepersonal. Keinesfalls darf das Pflegepersonal reduziert werden. Ein Krankenhaus darf nicht darauf angewiesen sein, zusätzliche Patienten zu behandeln, um die steigenden Kosten für den bestehenden Personalstamm zu finanzieren. Deshalb muss der Versorgungszuschlag vollständig in den Landesbasisfallwert überführt werden.

Deutschlandweit haben mehr als 40 Prozent der Kliniken das Jahr 2014 mit einem Defizit abgeschlossen. Weitere Einschnitte, wie der Wegfall des Versorgungszuschlags, würden in dieser Situation unweigerlich zu Personalabbau führen, was in eklatantem Widerspruch zu den hervorgehobenen Zielen des Krankenhausstrukturgesetzes - Steigerung der Qualität der Patientenversorgung - steht. Eine Verstetigung des Versorgungszuschlags, der bundesweit rund 500 Millionen Euro ausmacht, ist auch deshalb gerechtfertigt, weil die Belastungen, die er ausgleichen soll - die degressiven Abzüge beim Landesbasisfallwert - dauerhaft weiterwirken.

18. Zu Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und

Buchstabe c Doppelbuchstabe ee

(§ 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und in Buchstabe c Doppelbuchstabe ee ist in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 jeweils das Wort "Stadtbezirk" durch das Wort "Stadtteil" zu ersetzen.

Begründung:

In den Stadtstaaten ist mit dem Gemeindennamen keine Binnendifferenzierung möglich, da die Stadtstaaten nur über einen Gemeindennamen abgebildet werden. Der Stadtteil schafft diese Differenzierung und bietet weiter einen eindeutigen Bezug zur regionalen Gliederung der Bevölkerungsstatistik. Die regionale Gliederung der Daten nach § 21 KHEntgG sollte der für die Krankenhausdiagnosestatistik vorgeschriebenen Differenzierung entsprechen, um einen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser zu vermeiden. Dieses würde mit der Änderung geschaffen. Gleichzeitig bietet eine Übereinstimmung der regionalen Differenzierung der Daten nach § 21 KHEntgG mit der regionalen Differenzierung der Krankenhausdiagnosestatistik die Möglichkeit des Datenabgleichs und damit der Überprüfung und Sicherung der Datenqualität.

19. Zu Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a (§ 109 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

- 'a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort "bedarfsgerechten," die Wörter "qualitativ hochwertigen, patientengerechten," eingefügt.'

Begründung:

Die Änderung soll Übereinstimmung mit dem Wortlaut des § 1 Absatz 1 KHG herstellen. Dies ist geboten, weil die zu regelnden Sachverhalte gleichartig sind.

20. Zu Artikel 6 Nummer 10 (§ 110a Absatz 1 Satz 6 - neu - SGB V)

In Artikel 6 Nummer 10 ist dem § 110a Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

"Mit der zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über den Abschluss von Qualitätsverträgen anzustreben."

Begründung:

Bei den Qualitätsverträgen handelt es sich um Selektivverträge im stationären Bereich. Damit sind die Belange der Krankenhausplanung der Länder berührt. Selektivverträge unterlaufen die staatliche Krankenhausplanung und sind für die Planungsbehörden intransparent. Die Investitionsförderung des Landes läuft ins Leere, wenn geförderten Krankenhäusern durch kurzfristige Selektivverträge ein Teil ihres bisherigen Versorgungsauftrags entzogen wird. Für Selektivverträge eignen sich nur elektive Eingriffe. Die Notfallversorgung, die nicht planbar ist und aufgrund der hohen Vorhaltekosten bei zum Teil geringer Inanspruchnahme oft defizitär ist, verbleibt bei den übrigen Krankenhäusern und in der Planungshoheit der Länder. Zudem ist es derzeit unklar, wie bei Selektivverträgen Risikoselektion vermieden werden kann.

Selektivverträge sind generell wegen des Übergangs der Gestaltungshoheit für elektive Leistungen von den Ländern auf die Krankenkassen bei verbleibender Verantwortung für die Daseinsvorsorge und der Interaktion mit der staatlichen Investitionsförderung kritisch zu sehen. Auch bei modellhaften Selektiv- oder Qualitätsverträgen sollte in jedem Fall zur Harmonisierung der Krankenhausplanung und -förderung das Einvernehmen mit der zuständigen Landesplanungsbehörde angestrebt werden.

21. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat begrüßt, dass die Krankenhausreform in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe intensiv und in großer Einigkeit vorbereitet wurde.

Der Bundesrat stellt fest, dass mit der Reform der Patientennutzen zum Maßstab der Gesundheitspolitik gemacht wird. Die Patienten erhalten mehr Transparenz, mehr Qualität und mehr Gewissheit, dass sie in den Kliniken gut aufgehoben sind. Im Vergütungssystem derzeit noch bestehende Fehlanreize zur Mengenausweitung werden gemindert, die Strukturen der Krankenhausversorgung zukunftsfähig gestaltet und die Pflegekräfte in den Kliniken mit der Reform entlastet.

Der Bundesrat regt an, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusätzliche finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser zu prüfen.