

Ferdinand Rau

Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau

Mit der Zustimmung des Bundesrats am 27. November 2015 wurde der über eineinhalb Jahre dauernde Vorbereitungs- und Beratungsprozess für das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) abgeschlossen. Das Gesetz stärkt die qualitative Ausrichtung der stationären Versorgung und die Finanzierung der Betriebskosten nachhaltig.

Zielsetzung

Anspruch des KHSG ist es, auch in Zukunft eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen. Das Gesetz zielt nach der amtlichen Begründung ab auf

- eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards der Krankenhausversorgung,
- die Begleitung und Unterstützung des Umstrukturierungsprozesses im Krankenhausbereich sowie
- auf eine nachhaltige Sicherung der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser.

Reformverlauf

Die Reform wurde von Vertretern der Bundesebene und der Länder auf der Grundlage der detaillierten Vorgaben der Koalitionsvereinbarung der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und SPD beraten. Der umfassende Beratungsprozess zog sich über seine einzelnen Stationen bis zum Ende des parlamentarischen Beratungsverfahrens über eineinhalb Jahre hin (siehe ► **Tabelle 1**).

Maßnahmen im Überblick

Zur Erreichung der genannten Ziele sieht das KHSG ein Bündel unterschiedlicher Maßnahmen vor. Als Schwerpunkte des Gesetzes sind zu nennen:

- Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung,
- Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung durch ein Pflegestellen-Förderprogramm,
- Verlängerung und Ausweitung des Hygieneförderprogramms,

- Ersetzung des Versorgungszuschlags durch einen Pflegezuschlag,
- Einführung einer regelhaften anteiligen Tarifkostenrefinanzierung,
- Weiterentwicklung und Einführung verschiedener Zu- oder Abschläge,
- Neuausrichtung der Mengensteuerung,
- Weiterentwicklung des Orientierungswerts,
- weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte,
- Maßnahmen zur Weiterentwicklung der DRG-Kalkulation,
- Möglichkeit, Krankenhausleistungen für Asylbewerber nicht in das Budget einzubeziehen,
- verschiedene Weiterentwicklungen bei der ambulanten Notfallversorgung,
- Streichung des Investitionskostenabschlags bei ambulanten Krankenhausleistungen,
- Ausbau der pflegerischen Übergangsvorsorge,
- Möglichkeit der Kostenträger, sich an Schließungskosten von Krankenhäusern zu beteiligen,
- Förderung der Verbesserung der Versorgungsstrukturen durch einen Strukturfonds.

Die einzelnen Maßnahmen, die sich hinter den skizzierten Themen verbergen, werden im Folgenden dargestellt. Einen zusammenfassenden Terminüberblick zu den zu treffenden

Tabelle 1: Stationen des KHSG

26. Mai 2014	Erste Sitzung Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG)
05. Dezember 2014	BLAG-Eckpunkte zur Krankenhausreform
28. April 2015	Referentenentwurf KHSG
10. Juni 2015	Kabinettsbeschluss KHSG
02. Juli 2015	1. Lesung Bundestag (BT-Drucksache 18/5372)
10. Juli 2015	Bundesrat (erster Durchgang) (BR-Drucksache 277/15)
26. August 2015	Gegenäußerung Bundesregierung zur Stellungnahme Bundesrat (BT-Drucksache 18/5867)
02. Oktober 2015	BLAG-Eckpunkte zum KHSG-Änderungsbedarf
05. November 2015	2./3. Lesung Bundestag (siehe dazu auch BT-Drucksache 18/6586)
27. November 2015	Bundesrat (zweiter Durchgang)

Tabelle 2: Terminüberblick zu Vereinbarungsgegenständen des KHSG

Vereinbarungsgegenstand	Termin
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung des Näheren zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben (§ 9 Absatz 1 a Nr. 2 KHEntgG)	31. März 2016
DKG, GKV, PKV: Absenkung/Abwertung der Bewertung von Leistungen mit Anhaltspunkten für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen (§ 9 Absatz 1 c KHEntgG)	31. Mai 2016
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung eines Konzepts zum Abbau bestehender Übervergütungen bei Sachkosten (§ 17 b Absatz 1 Satz 6 KHG)	30. Juni 2016
LKG, Kks auf Landesebene, KVen: Neuvereinbarung der dreiseitigen Verträge zur ambulanten Notfallversorgung (§ 115 Absatz 3 a SGB V)	30. Juni 2016
DKG, GKV, PKV: Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen und Näheres zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlages (§ 9 Absatz 1 Nr. 6 KHEntgG)	31. Juli 2016
Vertragspartner auf Landesebene: Höhe Fixkostendegressionsabschlag (§ 10 Absatz 13 KHEntgG)	erstmalig 30. September 2016
G-BA-Richtlinie zu Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität (§ 136 a Absatz 1 SGB V)	31. Dezember 2016
G-BA-Beschluss zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136 c Absatz 1 SGB V)	31. Dezember 2016
G-BA-Beschluss zu Vorgaben für Sicherstellungszuschläge (§ 136 c Absatz 3 SGB V)	31. Dezember 2016
G-BA-Beschluss zu gestuftem System von Notfallstrukturen (§ 136 c Absatz 4 SGB V)	31. Dezember 2016
DKG, GKV, PKV: Anforderungen an Durchführung klinischer Sektionen (§ 9 Absatz 1 a Nr. 3 KHEntgG)	31. Dezember 2016
DKG, GKV, PKV: Vereinbarung eines Konzepts für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage und deren Weiterentwicklung sowie geeignete Maßnahmen zur Umsetzung (§ 17b Absatz 3 Satz 6 und 7 KHG bzw. §§ 10 Absatz 2 Satz 1, 17 d Absatz 1 Satz 7 KHG)	31. Dezember 2016
DKG, KBV, GKV: EBM-Regelungen für Vergütung von Notfällen und Notdienst nach Schweregrad differenzieren	31. Dezember 2016
DKG, GKV, PKV: Höhe und nähere Ausgestaltung der Notfallzu- und -abschläge (§ 9 Absatz 1 a Nr. 5 KHEntgG)	30. Juni 2016
G-BA-Beschluss der vier Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge (§ 136 b Absatz 8 SGB V)	31. Dezember 2017
G-BA-Beschluss zu Katalog geeigneter Leistungen für Qualitätszu- und -abschläge (§ 136 b Absatz 9 SGB V)	31. Dezember 2017
Vorschläge Expertenkommission Pflege (§ 4 Absatz 8 KHEntgG)	31. Dezember 2017
DKG, GKV, PKV: Höhe und nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge (§ 9 Absatz 1 a Nr. 4 KHEntgG)	30. Juni 2018
DKG, GKV: Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge (§ 110 a Absatz 2 SGB V)	31. Juli 2018

Vereinbarungen sowie Beschlüssen und Richtlinien des G-BA liefert die ► **Tabelle 2**.

Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung

Qualitätsunterschiede in der stationären Versorgung sollen zukünftig durch verschiedene Maßnahmen nachhaltiger berücksichtigt werden:

- Qualität soll zu Konsequenzen bei der Krankenhausplanung führen.
- Die Verbindlichkeit von Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird gestärkt.
- Die Anwendung der bisherigen Mindestmengenregelung wird rechtssicher ausgestaltet.
- Qualitätsunterschiede werden bei geeigneten Leistungen vergütungsrelevant berücksichtigt.

- Die Patientenorientierung von Qualitätsberichten soll verbessert werden.
- Die Zahl der klinischen Sektionen soll erhöht werden.
- Zudem können einzelvertragliche Regelungen zur Verbesserung der Versorgung erprobt werden.

Qualität und Krankenhausplanung

Als Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) wird in § 1 Absatz 1 KHG zusätzlich aufgenommen, dass eine qualitativ hochwertige sowie patientengerechte Versorgung erreicht werden soll. Damit wird ein zusätzliches Zielkriterium für krankenhauplanerische Entscheidungen der Länder eingeführt.

Der G-BA wird mit § 136 c Absatz 1 SGB V beauftragt, erstmals bis zum 31. Dezember 2016 sogenannte planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Die planungsrelevanten Indikatoren sollen als rechtssichere Kriterien und Grundlage für krankenhauplanerische Entscheidungen der Länder dienen. Der G-BA hat den Ländern zu den planungsrelevanten Indikatoren regelmäßig einrichtungsbezogene Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung sowie Maßstäbe und Bewertungskriterien zur Beurteilung der Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser zu übermitteln. Um dies zu ermöglichen, haben

die Krankenhäuser für diese Indikatoren quartalsweise Daten der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung an das zum Jahresbeginn 2015 gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zu übermitteln. Dabei ist es das Ziel, für die planungsrelevanten Indikatoren das Auswertungsverfahren der externen stationären Qualitätssicherung einschließlich des strukturierten Dialogs um sechs Monate zu verkürzen.

Die Empfehlungen des G-BA zu den Qualitätsindikatoren sind nach § 6 Absatz 1 a KHG grundsätzlich Bestandteil des Krankenhausplanes. Plankrankenhäuser, die nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß eine unzureichende Qualität bei den planungsrelevanten Indikatoren aufweisen oder für die höchstens drei Jahre in Folge Qualitätsabschläge erhoben wurden, sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Absatz 1 b KHG). Zugleich darf das Land Krankenhäuser nicht in den Plan aufnehmen, die dementspre-

chend ein unzureichendes Qualitätsniveau aufweisen (§ 8 Absatz 1 a KHG). Das Land kann von diesen Vorgaben insoweit abweichen, als es landesrechtlich gesonderte Qualitätsvorgaben macht oder durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Indikatoren des G-BA einschränkt oder gar ausschließt (§ 6 Absatz 1 a Satz 2 KHG).

Die angestrebte nachhaltige Stärkung der Bedeutung der Qualität für die Krankenhausplanung wird dadurch unterstrichen, dass die Trägervielfalt nach § 8 Absatz 2 KHG bei krankenhauplanerischen Entscheidungen zukünftig nur dann ausschlaggebend ist, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen gleichwertig ist.

Verbindlichkeit von Qualitätssicherungsrichtlinien

Die Einhaltung der Qualitätsvorgaben des G-BA wird konsequenter als bislang durchgesetzt. Zur Durchsetzung und Kontrolle seiner Qualitätsanforderungen hat deshalb der G-BA ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung festzulegen (§ 137 SGB V). Dabei sind die Maßnahmen verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Neben bereits praktizierten Verfahren der Beratung und Unterstützung von Leistungserbringern bei Qualitätsverbesserungen sollen zukünftig weitere Maßnahmen ergriffen werden, die eine Durchsetzung der Qualitätsanforderungen gewährleisten:

- Vergütungsabschlüsse,
- Wegfall des Vergütungsanspruchs, wenn definierte Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht erfüllt sind,
- Information Dritter über die Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen,
- einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Der Gefahr, dass Krankenhausfälle mit Qualitätsmängeln nicht in die für Qualitätszwecke vorzunehmende Dokumentation einbezogen werden, soll konsequent begegnet werden. Zur verbesserten Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsanforderungen wird deshalb eine Dokumentationsrate von 100 Prozent der dokumentationspflichtigen Datensätze festgelegt (§ 137 Absatz 2 SGB V). Eine Unterschreitung ist mit Vergütungsabschlüssen zu sanktionieren, soweit das Krankenhaus nicht nachweisen kann, dass die Unterschreitung von ihm nicht zu verantworten ist.

Zudem wird zukünftig die Einhaltung der Qualitätsvorgaben sowie die Korrektheit der Dokumentation für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung im Krankenhaus durch anlassbezogene Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) geprüft (§ 137 Absatz 3 in Verbindung mit § 275 a SGB V). Die Details für die MDK-Kontrollen sind durch eine Richtlinie des G-BA zu regeln. Bei in der Richtlinie zu definierenden erheblichen Verstößen gegen die Qualitätsanforderungen sind die einrichtungsbezogenen Prüfergebnisse unverzüglich an Dritte, insbesondere an die zuständigen Landesbehörden, zu übermitteln.

Mindestmengen

Die Mindestmengenregelung wird weiterentwickelt und unter Berücksichtigung der Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Anders als bisher muss der bei dem Katalog planbarer Leistungen bestehende Zusammenhang der Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen zukünftig nicht mehr „in besonderem Maße“ bestehen (§ 136 b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Zugleich wird dem G-BA aufgegeben, in den Mindestmengenfestlegungen auch Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen festzulegen, um unbillige Härten, insbesondere bei einer trotz Mindestmengenunterschreitung nachgewiesenen hohen Qualität, zu vermeiden (§ 136 b Absatz 3 SGB V). Zudem soll der G-BA bei neu festgelegten Mindestmengen eine zeitnahe Evaluation der beschlossenen Mindestmengen vornehmen und im Lichte der Ergebnisse seine Vorgaben weiterentwickeln.

Damit Krankenhäuser bei einer voraussichtlichen Unterschreitung der Mindestmenge die betroffenen planbaren Leistungen nicht erbringen, haben sie vorher die Zulässigkeit der Leistungserbringung auf Grundlage einer berechtigten mengenmäßigen Erwartung gegenüber den Krankenkassen auf Landesebene darzulegen (§ 136 b Absatz 4 SGB V). Eine entsprechende berechtigte Erwartung sieht der Gesetzgeber als gegeben, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr die Mindestmenge erreicht wurde. Die Krankenkassen auf Landesebene können die geäußerte Erwartung bei Zweifeln an der Prognose des Krankenhauses widerlegen. Gegen die Entscheidung der Krankenkassen auf Landesebene steht der Rechtsweg vor den Sozialgerichten offen. Sofern das Land durch die Anwendung der Mindestmenge die flächendeckende Versorgung als gefährdet einstuft, kann es einzelne Leistungen von dem Mindestmengenkatalog ausnehmen (§ 136 b Absatz 5 SGB V). Zudem entscheidet das Land weiterhin auf Antrag eines Krankenhauses, ob bei einer Unterschreitung der Mindestmenge ein Krankenhaus von dem Verbot der Leistungserbringung und dem Vergütungsausschluss ausgenommen wird.

Da Leistungen, die die Mindestmengenvorgaben nicht erfüllen und für die keine Ausnahmetatbestände geltend gemacht werden können, nicht vereinbart und nicht abgerechnet werden dürfen, sind diese Vorgaben auch nach § 11 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG bei der Budgetvereinbarung zu beachten.

Qualitätszu- und -abschlüsse

Um Qualitätsunterschieden bei der Krankenhausvergütung Rechnung tragen zu können, hat der G-BA für Leistungen oder Leistungsbereiche, die in außerordentlich guter bzw. unzureichender Qualität erbracht werden, erstmals bis zum 31. Dezember 2017 einen Katalog von geeigneten Leistungen festzulegen (§ 136 b Absatz 9 SGB V). Dabei sind Qualitätszuschläge für die Einhaltung von nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V festgelegten Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgeschlossen (§ 136 b Absatz 9 Satz 2 SGB V). Sofern der G-BA Leistungen oder Leistungsbereiche

der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung als geeignet einstuft, sind neben somatischen Krankenhausleistungen auch Qualitätszu- und -abschläge für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausleistungen vorzunehmen.

Der G-BA hat jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute Qualität und für unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das IQTiG vorzugeben und hierzu eine Datenauswertung sicherzustellen. Krankenkassen und Krankenhäusern müssen die Auswertungsergebnisse zeitnah, zum Beispiel über eine allgemein zugängliche Internetplattform, zur Verfügung gestellt werden. Die Krankenkassen haben zu diesem Informationsangebot beizusteuern, bei welchen Krankenhäusern für welche Leistungen oder Leistungsbereiche Qualitätszu- oder -abschläge erhoben werden. Damit das Land dem neuen gesetzlichen Anspruch einer qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Krankenhausversorgung Rechnung tragen kann, ist zu gewährleisten, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Zugang zu dem Informationsangebot hat.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV, PKV) haben nach § 9 Absatz 1 a Nr. 4 KHEntgG und § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 BPfV für die vom G-BA festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Qualitätszu- und -abschläge zu vereinbaren.

Auf der Grundlage der Vorgaben des G-BA, der Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene sowie der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse vereinbaren dann die Vertragsparteien vor Ort die Anwendung der Qualitätszu- oder -abschläge (§ 5 Absatz 3 a KHEntgG). Dabei haben die Vertragsparteien vor Ort begründete Besonderheiten zu berücksichtigen, die im einzelnen Krankenhaus einen Verzicht auf einen Qualitätszu- oder -abschlag angezeigt erscheinen lassen. Grundsätzlich werden Qualitätszu- oder -abschläge für Krankenhausaufnahmen erhoben, die ab dem ersten Tag des auf die Vereinbarung folgenden Monats stattfinden. Die Erhebung endet zum Ende des Monats, in dem die relevanten Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Bei unzureichender Qualität hat das Krankenhaus zudem zunächst ein Jahr Zeit, die Qualitätsmängel zu beseitigen, ohne dass Abschläge erhoben werden. Werden die Qualitätsmängel binnen Jahresfrist nicht beseitigt, so sind nach Fristablauf die Qualitätsabschläge für ein Jahr in doppelter Höhe zu erheben. Der doppelte Abschlag endet jedoch auch hier zum Ende des Monats, in dem die Qualitätsmängel behoben wurden.

Die Erhebung von Qualitätsabschlägen ist auf höchstens drei aufeinander folgende Jahre begrenzt (§ 8 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG). Müssen Qualitätsabschläge aufeinander folgend länger als drei Jahre erhoben werden – und bestehen Qualitätsmängel insofern nicht nur vorübergehend –, so erfolgt danach ein Vergütungsausschluss, da ein unzureichendes Qualitätsniveau auch bei Qualitätsabschlägen nicht dauerhaft tragbar ist. Nach Ablauf der Abschlagshöchstdauer von drei Jahren hat zudem das Land planungsrechtliche Konsequenzen (§ 8 Ab-

satz 1 b KHG) bzw. haben die Krankenkassen Konsequenzen für den Versorgungsvertrag zu ziehen. Verstößt ein Krankenhaus gegen zwingende Qualitätsvorgaben, wodurch in der Rechtsfolge ein Vergütungsausschluss entsteht, kann der Vergütungsausschluss nicht durch Qualitätsabschläge ersetzt werden (§ 136 b Absatz 9 Satz 2 SGB V).

Patientenorientierung von Qualitätsberichten

Besonders patientenrelevante Informationen müssen zukünftig in einem speziellen Berichtsteil in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser übersichtlich und in allgemein verständlicher Sprache zusammengefasst werden (§ 136 b Absatz 6 SGB V). Als besonders patientenrelevant definiert der Gesetzestext insbesondere Informationen zur Patientensicherheit, speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen

Die Empfehlungen der DKG zur Vermeidung von Zielvereinbarungen, die die ärztliche Unabhängigkeit von leitenden Ärzten im Krankenhaus gefährden, haben zukünftig nicht nur Zielvereinbarungen auszuschließen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Vielmehr sind insbesondere auch Zielvereinbarungen auszuschließen, die auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen (§ 135 c Absatz 1 SGB V). Ziel ist es, jegliche Vereinbarungen auszuschließen, die die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Zu befürworten sind demgegenüber Zielvereinbarungen, die finanzielle Anreize bieten, um beispielsweise die konsequente Umsetzung von Hygienemaßnahmen oder sonstige Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu fördern. Um für die Patienten zudem transparent zu machen, ob sich ein Krankenhaus an die entsprechenden DKG-Empfehlungen hält, haben die Krankenhäuser in dem Qualitätsbericht darzulegen, ob sie sich bei ihren Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen halten oder nicht. Hält sich ein Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es zudem anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.

Klinische Sektionen

Sofern klinische Sektionen in ausreichendem Umfang durchgeführt werden, werden zukünftig zur Förderung dieses aus Qualitätsgründen wichtigen Instruments die bundesdurchschnittlichen Kosten vergütet. Hierzu haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2016 die Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen festzulegen, die Höhe einer ausreichenden Sektionsrate zu bestimmen und die durchschnittlichen Kosten einer Sektion auf der Grundlage einer Kalkulation des Instituts für das Entgelt

Gemeinsam für mehr Wissen.



**DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT**

Aktuelles Projektmanagement-know-how ist immer gefragt!

Denn Projekte sind Bestandteil der täglichen Arbeit im Krankenhaus. Managen Sie sich selbst und Ihr Team in Projekten und vermeiden Sie Stolpersteine. So setzen Sie Ihre Projekt erfolgreich um!

Basiszertifikats-Kurs: Projektmanagement im Krankenhaus

Sie erlernen in diesem 4tägigen Basiszertifikats-Kurs notwendige Analysen, methodische Planung und Strukturierung, Projektkommunikation und -dokumentation.

Durch ein reales Projektbeispiel aus der Krankenhaus-Praxis erhalten Sie eine erfolgreiche Anleitung für die praktische Umsetzung.

Termin: 18. bis 21.01.2016
in Düsseldorf
Veranstaltungs-Nr.: 1203

Praxis-Workshop: Erfolg durch Prozessoptimierung

Unser langjährig erfahrenes Referententeam zeigt Ihnen eine praxiserprobte Methodik, mit der Sie die Qualität und Kosten Ihrer Prozesse systematisch verbessern können.

Termin: 17.02.2016 in Düsseldorf
Veranstaltungs-Nr.: 1204

Management der interdisziplinären Notaufnahme

Die Notaufnahme ist eine der wichtigen Abteilungen im Krankenhaus und nach Patientenzahlen oft die größte. Sie erfahren, was anderswo bereits funktioniert, was gerade erprobt wird oder was ganz anders gemacht werden könnte als bisher.

1. Termin: 17. bis 18.03.2016
in Düsseldorf
Veranstaltungs-Nr.: 1205

2. Termin: 07. bis 08.07.2016
in Rostock
Veranstaltungs-Nr.: 1206

www.dki.de

system im Krankenhaus (InEK) zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 a Nr. 3 KHEntgG). Die Kalkulation hat nicht zwingend jährlich zu erfolgen, ist aber regelmäßig erneut durchzuführen. Bei Erreichen der ausreichenden Sektionsrate und unter Anwendung der durchschnittlichen Kosten je Sektion wird die Summe der Kosten für klinische Sektionen ermittelt. Durch Division mit der vereinbarten Zahl der voll- und teilstationären Fälle eines Krankenhauses wird durch die Vertragsparteien vor Ort ein krankenhausespezifischer Zuschlag ermittelt, der für alle voll- und teilstationären Fälle eines Krankenhauses in Rechnung zu stellen ist (§ 5 Absatz 3 b SGB V).

Einzelvertragliche Qualitätsverträge

Um erproben zu können, ob durch Anreize und höherwertige Qualitätsstandards weitere Verbesserungen der Krankenhausversorgung möglich sind, werden nach § 110 a SGB V für vier planbare Leistungen oder Leistungsbereiche einzelvertragliche Qualitätsverträge zugelassen. Die Verträge können von einzelnen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen mit einem Krankenhausträger geschlossen werden. Ein Anspruch auf einen Vertragsabschluss besteht nicht. Der G-BA hat die vier maßgeblichen Leistungen oder Leistungsbereiche bis zum 31. Dezember 2017 festzulegen (§ 136 b Absatz 8 SGB V). Um die Wirkung der Qualitätsverträge später durch das IQTiG evaluieren zu können, werden einerseits die DKG und der GKV-Spitzenverband beauftragt, bis zum 31. Juli 2018 verbindliche Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge, insbesondere hinsichtlich zu vereinbarenden höherwertiger Qualitätsanforderungen, festzulegen. Die Verträge sollen dabei nur insoweit vereinheitlicht werden, wie dies für eine aussagefähige Evaluation erforderlich ist. Andererseits ist die Dauer der Qualitätsverträge auf einen Erprobungszeitraum zu befristen. Der Zeitpunkt der Befristung wird von DKG und GKV-Spitzenverband in den Rahmenvorgaben verbindlich festgelegt.

Pflegestellen-Förderprogramm

Nach dem ersten Pflegestellen-Förderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 wird mit dem KHSG für die Jahre 2016 bis 2018 ein weiteres Pflegestellen-Förderprogramm aufgelegt (§ 4 Absatz 8 KHEntgG). Das stufenweise ansteigende Programm zielt auf die Stärkung der Pflege am Bett ab („unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“). Gefördert werden zu jeweils 90 Prozent Neueinstellungen und die Aufstockung von Teilzeitstellen, die nach dem Stichtag zum 1. Januar 2015 erfolgen. Die Krankenhäuser haben einen Eigenanteil von 10 Prozent aufzubringen. Anders als anfangs vorgesehen, werden auch Neueinstellungen oder Teilzeitaufstockungen von Pflegepersonal auf Intensivstationen gefördert. Eine doppelte Finanzierung von Stellen, sowohl aus Mitteln des Pflegestellen-Förderprogramms als auch zum Beispiel aus Mitteln für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von G-BA-Richtlinien, ist nicht zulässig.

Die Vertragsparteien vor Ort können zur Finanzierung entsprechender Maßnahmen das Erlösbudget im Förderzeitraum jährlich um bis zu 0,15 Prozent aufstocken. Werden geförderte Personalmaßnahmen in einem Jahr nicht realisiert, sondern im Folgejahr nachgeholt, so ist eine Erhöhung des Budgets um bis zu 0,3 Prozent möglich. Im Jahr 2016 werden bis zu 110 Mio. €, im Jahr 2017 bis zu 220 Mio. € und ab dem Jahr 2018 dauerhaft bis zu 330 Mio. € bereitgestellt. Die Fördermittel sind zweckgebunden für die geförderten Maßnahmen und zurückzuzahlen, wenn die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet werden. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel für die Pflege am Bett ist durch das Testat eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen.

Vorschläge, wie die zusätzlichen Finanzierungsmittel nach dem Jahr 2018 weiterhin zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden, soll eine beim Bundesministerium für Gesundheit angesiedelte Expertenkommission bis spätestens zum 31. Dezember 2017 erarbeiten. Die Expertenkommission soll auch prüfen, ob und inwieweit im DRG-System Handlungsbedarf zur sachgerechten Abbildung des allgemeinen Pflegebedarfs und eines erhöhten Pflegebedarfs bei an Demenz Erkrankten, bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten oder bei Menschen mit Behinderung besteht. Die erste Sitzung der Expertenkommission hat bereits am 1. Oktober 2015 stattgefunden.

Hygieneförderprogramm

Mit dem Beitragsschuldengesetz wurde zur Unterstützung der Krankenhäuser bei der Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes ein Hygieneförderprogramm aufgelegt, das neben Fort- und Weiterbildungen für die Jahre 2013 bis 2016 Neueinstellungen, Teilzeitaufstockungen und externe Beratungsleistungen im Hygienebereich fördert. Dieses bestehende Hygieneförderprogramm wird nun mit dem KHSG verlängert und verbreitert. Neueinstellungen und Teilzeitaufstockungen werden über das Jahr 2016 hinaus auch noch in den Jahren 2017 bis 2019 gefördert. Das Programm wird zudem auf den Bereich Infektiologie erweitert und zusätzliche Mittel für die Weiterbildung in der Infektiologie sowie die Beratung durch Infektiologen bereitgestellt. Gesetzlich bestimmte Fort- und Weiterbildungen im Hygienebereich werden auch über das Jahr 2019 gefördert, sofern sie spätestens im Jahr 2019 begonnen wurden. Externe Beratungsleistungen, die von qualifizierten Krankenhaushygienikern erbracht werden, werden bis zum Jahr 2023 gefördert.

Pflegezuschlag

Im Zusammenhang mit der nachfolgend noch zu erläuternden Neuausrichtung der Mengensteuerung wird auch die bestehende Kombination aus Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag abgeschafft. Der Versorgungszuschlag wurde im Jahr 2013 eingeführt, um die sogenannte doppelte Degression zu neutralisieren. Die doppelte Degression war entstanden, indem neben der ursprünglich nur bei der Ver-

einbarung des Landesbasisfallwerts erfolgenden absenkenden Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen später mit dem Mehrleistungsabschlag auch eine Absenkung bei der Vereinbarung des Erlösbudgets des Krankenhauses eingeführt wurde. Um eine Neutralisierung zu erreichen, wurde angesichts der gesetzlich bestimmten Höhe des Versorgungszuschlags die Erhebung des Mehrleistungsabschlags dreijährig und nachlaufend festgelegt. Der Versorgungszuschlag wird letztmalig für Patientinnen und Patienten erhoben, die zum 31. Dezember 2016 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, das DRG-Fallpauschalen abrechnet (§ 8 Absatz 10 KHEntgG).

Für Krankenhausaufnahmen ab dem 1. Januar 2017 erhalten allgemeine Krankenhäuser einen Pflegezuschlag, der den Versorgungszuschlag ersetzt (§ 8 Absatz 10 KHEntgG in der ab 2017 geltenden Fassung). Das bundesweite jährliche Volumen für den Pflegezuschlag wird gesetzlich auf 500 Mio. € festgelegt. Die Fördersumme des einzelnen allgemeinen Krankenhauses bestimmt sich nach seinem Pflegedienstpersonalkostenanteil an den Gesamtpflegedienstpersonalkosten nach dem Kostennachweis des Statistischen Bundesamtes (StBA). Krankenhäuser mit höheren Pflegedienstpersonalkosten erhalten dementsprechend ein höheres Pflegezuschlagsvolumen. Das Krankenhaus hat hierfür die Pflegedienstpersonalkosten zu verwenden, die es an das Statistische Landesamt gemeldet hat und die nach Überprüfung durch das Statistische Landesamt Eingang in die Statistik gefunden haben. Haben die Kostenträger Zweifel an den Pflegedienstpersonalkosten des Krankenhauses, so können sie zusätzliche geeignete Nachweise verlangen.

Das dementsprechend bestimmte Pflegezuschlagsvolumen des einzelnen Krankenhauses wird durch einen Zuschlag je vollstationären Fall abbezahlt. Zur Ermittlung des in der Rechnung auszuweisenden krankenhausesindividuellen Pflegezuschlags wird die Fördersumme des einzelnen Krankenhauses durch die vereinbarte vollstationäre Fallzahl dividiert. Dabei umfasst die Fallzahl neben den nach dem Abschnitt E1 der AEB vereinbarten DRG-Fällen auch die Zahl der vollstationären Fälle, für die krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden und die in die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 KHEntgG einbezogen werden. Weichen die vereinbarten von den tatsächlichen Fallzahlen ab, so sind beim Pflegezuschlag entstehende Mehr- oder Mindererlösausgleiche vollständig auszugleichen. Zielsetzung ist es, die ermittelte krankenhausesindividuelle Fördersumme ohne Über- oder Unterschreitungen auszuzahlen. Wenn ein Pflegezuschlag zum Jahresbeginn nicht prospektiv vereinbart wurde, so wird der bisherige Pflegezuschlag weiterhin erhoben. Der neue Pflegezuschlag wird nach § 15 Absatz 2 KHEntgG grundsätzlich ab dem Monatsersten nach dem Genehmigungszeitpunkt erhoben.

Werden die gesamten Pflegedienstpersonalkosten in allgemeinen Krankenhäusern, die sich im Jahr 2014 nach dem Kostennachweis des StBA auf rund 15,5 Mrd. € beliefen, durch die jeweils maßgeblichen vollstationären Fallzahlen dividiert (2014: rund 18,5 Mio. Fälle in allgemeinen Krankenhäusern), lassen sich differenziert nach Bundesländern, Krankenhaus-

Tabelle 3: Schätzung des Pflegezuschlags nach Bundesländern

Bundesland	Pflegezuschlag pro Fall
Baden-Württemberg	30,32 €
Bayern	27,40 €
Berlin	26,79 €
Brandenburg	23,83 €
Bremen	30,36 €
Hamburg	31,10 €
Hessen	26,67 €
Mecklenburg-Vorpommern	25,73 €
Niedersachsen	25,85 €
Nordrhein-Westfalen	26,49 €
Rheinland-Pfalz	28,03 €
Saarland	32,38 €
Sachsen	25,23 €
Sachsen-Anhalt	23,70 €
Schleswig-Holstein	25,13 €
Thüringen	25,02 €
Deutschland	27,01 €

Quelle: StBA, Kostennachweis und Grunddaten der Krankenhäuser 2014; eigene Berechnungen.

Tabelle 4: Schätzung des Pflegezuschlags nach Krankenhausstrügerschaften und Bettengrößenklasse

Trügerschaft / Bettengröße	Pflegezuschlag pro Fall
Öffentliche Krankenhäuser	29,02 €
bis 99 Betten	29,80 €
100 bis 199 Betten	23,27 €
200 bis 499 Betten	25,12 €
500 und mehr Betten	31,45 €
Freigemeinnützige Krankenhäuser	25,81 €
bis 99 Betten	32,28 €
100 bis 199 Betten	25,84 €
200 bis 499 Betten	24,73 €
500 und mehr Betten	27,11 €
Private Krankenhäuser	23,60 €
bis 99 Betten	22,52 €
100 bis 199 Betten	24,36 €
200 bis 499 Betten	21,69 €
500 und mehr Betten	25,53 €
Insgesamt	27,01 €

Quelle: StBA, Kostennachweis und Grunddaten der Krankenhäuser 2014; eigene Berechnungen.

trägerschaften oder Bettengrößenklassen die fallbezogenen Pflegezuschläge abschätzen (vergleiche ► **Tabellen 3 und 4**). Der für das Jahr 2017 relevante Pflegezuschlag je Fall ist auf dieser Datengrundlage auf durchschnittlich 27,01 € zu schätzen. Die Spannweite zwischen den Ländern reicht von 23,70 € in Sachsen-Anhalt und 32,38 € für die Krankenhäuser im Saar-

land. Mit durchschnittlich 29,02 € wird der Pflegezuschlag je Fall in öffentlichen Krankenhäusern in der Regel deutlich höher ausfallen als mit 25,81 € in freigemeinnützigen Krankenhäusern und 23,60 € in Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Den Spitzenwert verzeichnen mit 32,28 € je Fall freigemeinnützige Krankenhäuser mit nur bis zu 99 Betten, knapp gefolgt mit 31,45 € je Fall von öffentlichen Krankenhäusern mit 500 und mehr Betten. Zu erwarten ist insofern auch, dass der Pflegezuschlag bei Maximalversorgern und Universitätsklinik besonders hoch ausfallen wird. Der niedrigste Pflegezuschlag je Fall ist mit 21,69 € für Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit 200 bis 499 Betten abzuschätzen.

Anteilige Tarifrefinanzierung

In den vergangenen Jahren wurden Tarifsteigerungen, die die Obergrenze für Preiszuwächse bzw. die Obergrenze für die Verhandlung der Budgets von Psych-Einrichtungen oder besonderen Einrichtungen überschreiten, nur in Ausnahmefällen (2008, 2009, 2012, 2013) anteilig von den Kostenträgern finanziert. Die derzeitigen hohen Obergrenzen führen dazu, die Folgen dieser Sachlage vielfach aufzulösen bzw. zumindest zu entschärfen. Gerade die derzeit geltende Meistbegünstigungsklausel (überschreitet die Grundlohnrate den Orientierungswert, gilt die Grundlohnrate) sorgt hier für eine nachhaltige Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser.

Auf nicht gegenfinanzierte Tarifzuwächse können Krankenhäuser durch Steigerung der Wirtschaftlichkeit auf zwei Arten reagieren: Durch die Erbringung zusätzlicher Leistungen können aus entstehenden Deckungsbeiträgen Tariflohnsteigerungen besser finanziert werden. Alternativ oder zusätzlich müssen Krankenhäuser ohne Leistungszuwächse zur Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen Einsparungen erschließen. Die im Ergebnis tendenziell resultierende, zunehmende Arbeitsbelastung wird durch die Vorgabe einer hälftigen Tarifrefinanzierung entspannt. Wird nach der ab dem Jahr 2018 vorzunehmenden Prüfung der alleinigen Anwendung des Orientierungswerts der volle Orientierungswert als Obergrenze genutzt, so vermindert sich dann die Relevanz der anteiligen Tarifrefinanzierungsregelung auf einen Liquiditätseffekt, wenn die Obergrenze bei den Verhandlungen des Landesbasisfallwerts ausgeschöpft wird, da sich mit einer Verzögerung von ein bis zwei Jahren die Tarifsteigerungen im Orientierungswert niederschlagen. Um eine doppelte Berücksichtigung zu vermeiden, müssen dann bereits in Vorjahren im Rahmen einer anteiligen Tarifrefinanzierung berücksichtigte Preiszuwächse bei der Höhe des Orientierungswerts bereinigt werden. Zugleich führt der Gesetzgeber aus, dass die hälftige Tarifrefinanzierung im Zusammenhang mit der vorgesehenen Prüfung der Anwendung des vollen Kostenorientierungswerts überprüft werden soll.

Übersteigen die Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen die maßgebliche Obergrenze, so haben die Vertragspartner auf Bundesebene (§ 9 Absatz 1 Nr. 7 KHEntgG) Folgendes zu vereinbaren:

- Tarifraten, die für den Krankenhausbereich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen für den ärztlichen Bereich einerseits und den nichtärztlichen Bereich andererseits zu ermitteln ist, wobei für den jeweiligen Bereich die Tarifvereinbarung maßgeblich ist, die für die meisten Beschäftigten gilt (§ 10 Absatz 5 Satz 3 KHEntgG);
- Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen als Differenz zwischen der Tarifraten und der maßgeblichen Obergrenze (§ 10 Absatz 5 Satz 4 KHEntgG);
- anteilige Erhöhungsraten als Rate, um die die Landesbasisfallwerte, die Erlössumme bzw. die Budgets der Psych-Einrichtungen zu erhöhen sind;
- Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsraten.

Um bezogen auf die Personalkosten eine hälftige Refinanzierung von Tarifkostensteigerung zu erreichen, muss bezogen auf die Gesamtkosten im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser die anteilige Erhöhungsraten bei einem Drittel liegen (§ 6 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG, § 10 Absatz 5 Satz 5 KHEntgG). Im Bereich der Psych-Einrichtungen liegt die anteilige Erhöhungsraten wegen des höheren Personalkostenanteils bei 40 Prozent (§ 18 Absatz 3 BPfV).

Sofern die Landesbasisfallwerte bereits vereinbart wurden, ist für eine zeitnahe Abwicklung der anteiligen Tariflohnrefinanzierung und unter Berücksichtigung des Zeitpunkts für die erstmalige Abrechnung der Versorgungszuschlag bzw. ab 2017 der Pflegezuschlag unterjährig zu erhöhen. Bei der Anwendung der anteiligen Erhöhungsraten auf den fallbezogenen Pflegezuschlag muss zudem die durchschnittliche Fallschwere des Krankenhauses berücksichtigt werden. Die anteilige Erhöhungsraten ist dann bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr zu berücksichtigen.

Zu- und Abschläge

Das KHSG präzisiert und differenziert einerseits Vorgaben für bereits bestehende Zu- und Abschläge (Sicherstellungszuschlag, Notfallzu- und -abschläge, Zuschläge für besondere Aufgaben). Andererseits werden für Mehrkosten von G-BA-Richtlinien und für klinische Sektionen neue Zuschläge eingeführt sowie für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität Qualitätszu- und -abschläge etabliert.

Weiterentwicklung bestehender Zu- und Abschläge

- Die Rahmenbedingungen für die Anwendung von *Sicherstellungszuschlägen* werden präzisiert. Sicherstellungszuschläge sind für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten zu zahlen, die mit den DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend finanziert werden, aber zur Versorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Da die Vertragsparteien auf Bundesebene über 15 Jahre lang die Voraussetzungen für die Sicherstel-

Konferenz: Flüchtlingsversorgung im Krankenhaus – Wir schaffen das!

Die Zahl der zu versorgenden Flüchtlinge und Asylbewerber in Krankenhäusern ist stark angestiegen. Die damit verbundenen Herausforderungen im Klinikalltag sind vielfältig. Nutzen Sie die Konferenz für Ihr Rechts- und Finanzierungs-Update, für neue Ideen zur organisatorischen Umsetzung sowie für einen Erfahrungsaustausch unter Krankenhauspraktikern!

Ihr Nutzen:

- Erfahren Sie die aktuellen gesetzlichen Regelungen und Zuständigkeiten bei der Flüchtlingsversorgung.
- Informieren Sie sich, wie Sie die Finanzierung Ihrer erbrachten Leistungen sicherstellen können.
- Finden Sie neue Lösungsmöglichkeiten zu den medizinischen, interkulturellen und organisatorischen Herausforderungen.

Inhalt:

- Aktuelle rechtliche und politische Rahmenbedingungen bei der Krankenhausversorgung von Flüchtlingen
- Leistungsabrechnung, Kostenerstattung von Leistungen und Budgetauswirkungen
- Medizinische, personelle und organisatorische Umsetzung der Versorgung
- Nützliche Praxistipps für die interkulturelle Verständigung
- Erfolgreiche umgesetzte Projektbeispiele aus dem Klinikalltag

Zielgruppe:

Geschäftsführer, ärztliche und kaufmännische Führungskräfte und Mitarbeiter von Krankenhäusern und Krankenhausträgern, Vertreter von Krankenkassen sowie sonstige interessierte Personen aus dem Krankenhaus- und Gesundheitswesen

Termin:	27.4.2016 , 9.30 Uhr bis 17.00 Uhr
Ort:	Düsseldorf , Novotel City West
Gebühr:	665,00 Euro zzgl. MwSt.
Frühbucher-Gebühr bis 29.02.2016:	565,00 Euro zzgl. MwSt.
Veranstaltungs-Nr.:	2684

Das vollständige Programm der Konferenz finden Sie in Kürze unter www.dki.de.

lungszuschläge nicht gemeinsam präzisiert haben, wird der G-BA beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen zu treffen (§ 136 c Absatz 3 SGB V). Vorgaben sind insbesondere zur zeitlichen Erreichbarkeit für die Prüfung zu machen, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können, zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, sowie zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist. Sobald die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorliegen, hat der G-BA diese bei seinem Beschluss zu berücksichtigen. Voraussetzung ist zudem, dass ein Krankenhaus insgesamt und nicht nur bei einzelnen Leistungen oder Leistungsbereichen Defizite zu tragen hat und im Vorjahr vor der Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags in seiner Bilanz ausweist (§ 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG).

Das Vorliegen der Voraussetzungen wird durch die zuständige Landesbehörde geprüft, wobei der G-BA die näheren Einzelheiten für die Durchführung der Prüfung durch die Landesbehörde vorgibt. Allerdings kann das Land durch Rechtsverordnung auch abweichende oder ergänzende Vorgaben treffen, beispielsweise um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Die Interessen anderer Krankenhäuser sind dabei zu berücksichtigen. Bei Erfüllung der Voraussetzungen ist die Höhe der Sicherstellungszuschläge weiterhin durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren. Im Konfliktfall kann weiterhin die Schiedsstelle nach § 13 KHEntgG angerufen werden.

Zukünftig werden Sicherstellungszuschläge nicht mehr absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt, soweit nicht das Land abweichende Vorgaben trifft, die weiterhin absenkend wirken (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG).

Sofern bereits im Jahr 2015 Zuschläge vereinbart wurden, können die auf der Grundlage der bisherigen Voraussetzungen vereinbarten Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 vereinbart werden (§ 5 Absatz 2 KHEntgG).

■ Der unterschiedlichen *Einbindung von Krankenhäusern in die stationäre Notfallversorgung* und den damit verbundenen unterschiedlichen Vorhaltekosten soll zukünftig durch differenzierte Zuschläge besser Rechnung getragen werden. Anders als vom Gesetzgeber intendiert, wurde bei den Notfallzu- und -abschlägen über den gesetzlich vorgegebenen Abschlag in Höhe von 50 € je vollstationären Fall keine weitere Differenzierung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorgenommen (§ 4 Absatz 6 KHEntgG). Unterschiedlichen Notfallvorhaltungen wurde somit nicht Rechnung getragen. Der Gesetzgeber hat hieraus die Konsequenz gezogen und in der Folge mit der Festlegung der Stufen für Notfallzu- und -abschläge nunmehr den G-BA beauftragt.

Der G-BA soll bis zum 31. Dezember 2016 ein gestuftes System der vorgehaltenen Notfallstrukturen festlegen (§ 136 c Absatz 4 SGB V). Dabei hat der G-BA für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang

der Bereitstellung von Notfalleistungen festzulegen. Auf der Grundlage des Stufensystems, das strukturelle und personelle Unterschiede und Mindestvoraussetzungen bei der Notfallversorgung sowie den zeitlichen Umfang der Vorhaltung von Notfalleistungen in Krankenhäusern abbildet, haben bis zum 30. Juni 2017 die Vertragsparteien auf Bundesebene die Höhe von Zu- bzw. Abschlägen für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 a Nr. 5 KHEntgG). Soweit dem InEK hierzu Daten vorliegen, soll es die Vertragsparteien auf Bundesebene bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung bzw. des Abschlags für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung unterstützen.

Zuschläge führen zu einer Umverteilung der Vergütung, zum Beispiel zwischen Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung teilnehmen, und solchen, die hieran nicht teilnehmen. Da der Aufwand hierfür aber bereits im Ausgabenvolumen für stationäre Leistungen berücksichtigt ist, ist das Erlösvolumen für Zuschläge grundsätzlich mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG). Im Umkehrschluss werden Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung erhöhend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG).

■ Zuschläge für die Finanzierung von krankenhauserplanerisch zugewiesenen *besonderen Aufgaben* (bisher Zentrumszuschläge genannt), die nicht bereits anderweitig finanziert werden, werden durch gesetzliche Vorgaben präzisiert (§ 2 Absatz 2 Satz 4 und 5 KHEntgG). Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben bis zum 31. März 2016 nähere Einzelheiten zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 a Nr. 2 KHEntgG). Nach dem gesetzlichen Rahmen für die Vertragsparteien auf Bundesebene können sich besondere Aufgaben ergeben aus einer überörtlichen und krankenhauserübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, aus besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für seltene Erkrankungen, oder aus der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen. Die Höhe der Zuschläge für besondere Aufgaben ist von den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren. Sofern bereits im Jahr 2015 Zuschläge vereinbart wurden, können die auf der Grundlage der bisherigen Voraussetzungen vereinbarten Zuschläge übergangsweise bis zum 31. Dezember 2017 vereinbart werden (§ 5 Absatz 3 KHEntgG).

Einführung neuer Zu- und Abschläge

■ Um *Mehrkosten, die aus Richtlinien des G-BA resultieren* und die noch nicht in die DRG-Kalkulation und die Verhandlung der Landesbasisfallwerte eingeflossen sind, zeitnah zu berücksichtigen, wird auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenbedingungen die Möglichkeit zur Vereinbarung von befristeten krankenhauserindividuellen Zuschlägen geschaffen (§ 5 Absatz 3 c KHEntgG). Zuschlagsfähig sind dabei nur Mehrkos-

ten, die den Krankenhäusern unmittelbar durch neue kosten- aufwendige Qualitätsanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität entstehen und die noch nicht im DRG-System berücksichtigt sind. Die Vereinbarung von Zuschlägen ist für Krankenhäuser, die die Anforderungen neuer G-BA-Richtlinien nicht erfüllen, darüber hinaus nur insofern zulässig, als der G-BA keine zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat, also zum Beispiel Übergangsfristen oder strukturelle Vorgaben. Im Rahmen der strukturellen Anforderungen sind ab dem Inkrafttreten zur 3. Lesung im Bundestag, also dem 5. November 2015, die Mehrkosten durch die Qualitätssicherungsrichtlinie für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen zuschlagsfähig. Für die Einhaltung von sonstigen Festlegungen zur Qualität, zum Beispiel zu planungsrelevanten Indikatoren oder für Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, findet die Zuschlagsregelung dagegen keine Anwendung. Ausgeschlossen ist eine Zuschlagsvereinbarung für Krankenhäuser, die eine geforderte Ergebnisqualität nicht erreichen.

Wenn die G-BA-Vorgaben in die Kalkulation einfließen, können die krankenhausindividuellen Zuschläge nicht mehr berechnet werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Vorgaben für die krankenhausindividuellen Zuschläge, insbesondere zur Dauer der Zuschläge (§ 9 Absatz 1 a Nr. 1 KHEntgG). Die zusätzlichen Mittel sind dann bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen, soweit die Gelder nicht in die Berechnung von Zusatzentgelten eingehen.

Auf die im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung gemachten vorherigen Ausführungen zu *Zuschlägen für klinische Sektionen* sowie zu *Qualitätszu- und -abschlägen* wird verwiesen.

Zusätzliche Mittel stellt der Gesetzgeber für die auf bundesweiten Vorgaben beruhenden Sicherstellungszuschläge, für die Zuschläge für besondere Aufgaben, die Zuschläge für Mehrkosten von G-BA-Richtlinien, die Zuschläge für klinische Sektionen und die Qualitätszuschläge zur Verfügung.

Neuaustrichtung der Mengensteuerung

Mit dem Ziel, die Leistungsentwicklung zukünftig verursachungsgerechter dort zu berücksichtigen, wo sie entsteht, werden die Kostenvorteile, die bei Erbringung zusätzlicher Leistungen eintreten, ab dem Jahr 2017 nicht mehr auf Landesebene beim Landesbasisfallwert, sondern beim einzelnen Krankenhaus mindernd angerechnet (Fixkostendegressionsabschlag).

Landesebene

Im Zusammenhang mit der Einführung des Fixkostendegressionsabschlags bei Krankenhäusern, die zusätzliche Leistungen vereinbaren, wird für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts, erstmals für den Landesbasisfallwert 2017, die absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen aufgehoben (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG). Damit werden die bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen durch die Degres-

sion der je Krankenhausfall entstehenden Fixkosten und der damit einhergehenden betriebswirtschaftlichen Vorteile nicht mehr allen Krankenhäusern im Land entgegengehalten. Der Landesbasisfallwert wird damit zukünftig tendenziell höher ausfallen.

Zudem wird – anders als zunächst vorgesehen – die Streichung der Nr. 4 nicht teilweise durch die Einführung von weiteren absenkenden Maßnahmen beim Landesbasisfallwert kompensiert. Auf die gesetzliche Präzisierung der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigenden Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Vorgabe, dass hierbei insbesondere auch die Produktivitätsentwicklung, die Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und die Möglichkeiten von ambulantem Verlagerungspotenzial einzubeziehen sind, wird daher verzichtet.

Bereits für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts 2016 (Inkrafttreten 5. November 2015) wird zudem die bisherige Vorgabe aufgehoben, die Ausgabenentwicklung bei Nicht-DRG-Entgelten, die die maßgebliche Obergrenze übersteigt, absenkend beim Landesbasisfallwert zu berücksichtigen (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG). Die Bedeutung der Regelung lag in den Anfangsjahren der DRG-Einführung vor allem darin, die Entwicklung eines umfassenden DRG-Entgeltsystems zu unterstützen. Aufgrund des etablierten und regelgebundenen Entwicklungsprozesses erscheint eine entsprechende gesetzliche Vorgabe mittlerweile verzichtbar. ▶

Klimaschutz- und
Energieagentur
Baden-Württemberg
GmbH



KEA

Energieeffizienz von anderen lernen

Energieeffizienz-Netzwerk der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg startet

Landesenergieagentur KEA ist Initiator

Energieeffizienz-Netzwerke sind ein bewährtes Mittel, Informationen und Know-how kostengünstig weiterzugeben. Das Know-how wird sowohl von außen durch Referenten und Berater als auch intern durch den Fachaustausch unter den Teilnehmern vermittelt. Durch Initial- und Detailberatungen in den Kliniken werden Einsparpotenziale aufgezeigt und Maßnahmen vorgeschlagen. Durch die Analyse der einzelnen Kliniken ergeben sich Schwerpunktthemen für das Energieeffizienz-Netzwerk. Musterhafte Lösungen aus einer Klinik können auf andere Kliniken übertragen werden. Somit verringert sich der Aufwand für den Einzelnen. Die Umsetzung von Energieeffizienzmaßnahmen wird eingebettet in einen Managementprozess nach DIN 50001. Hierzu werden im Rahmen der Netzwerkarbeit entsprechende Hilfestellungen gegeben.

Die Klimaschutz- und Energieagentur Baden-Württemberg GmbH initiiert ein solches Netzwerk mit Reha-Kliniken in Baden-Württemberg. Weitere Interessenten können sich gerne melden. Ansprechpartner ist Horst.Fernsner@kea-bw.de.

Unabhängig vom Landesbasisfallwert haben die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016 für das Jahr 2017, die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags zu vereinbaren (§ 10 Absatz 13 KHEntgG). Maßstab für die erstmalige Vereinbarung des Abschlags ist, dass im Vergleich zu der absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert 2015 keine Mehrausgaben entstehen dürfen. Auszuklammern sind dabei jedoch die gesetzlichen Ausnahmen vom Fixkostendegressionsabschlag (§ 4 Absatz 2 b Satz 3 KHEntgG), für die die Regelung zur Verhinderung von Mehrausgaben keine Anwendung findet. Die Abschlagsdauer des Fixkostendegressionsabschlags wird gesetzlich grundsätzlich mit drei Jahren – nicht wie zunächst vorgesehen mit fünf Jahren – vorgegeben.

Krankenhausebene

Die Vertragsparteien vor Ort wenden die von den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbarte Abschlagshöhe und -dauer an. Wie beim Mehrleistungsabschlag kommt der Fixkostendegressionsabschlag zur Anwendung, wenn ein Krankenhaus gegenüber der Vereinbarung des Erlösbudgets für das Vorjahr zusätzliche Leistungen vereinbart. Grundlage für den Fixkostendegressionsabschlag sind allerdings nur die mit DRG-Fallpauschalen bewerteten Leistungen und nicht auch Zusatzentgelte.

Für Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder bei wirtschaftlich anfälligen Leistungen ist ein höherer Fixkostendegressionsabschlag als auf Landesebene zu verhandeln oder eine über die drei Jahre hinausgehende längere Abschlagsdauer zu vereinbaren. Bei letzteren allerdings nur, soweit nicht bereits für diese Leistungen die Bewertung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene abgesenkt oder abgestuft wurde (§ 4 Absatz 2 b Satz 2 KHEntgG). Für Leistungen mit Anhaltspunkten für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bereits bis zum 31. Mai 2016 eine entsprechende Entscheidung über abzusenkende Leistungen treffen (§ 9 Absatz 1 c KHEntgG). Durch die zeitliche Vorgabe kann die Absenkung oder Abstufung noch bei der Kalkulation des DRG-Systems 2017 berücksichtigt werden.

Ausgenommen vom Abschlag sind Leistungen eines gesetzlichen Ausnahmekatalogs (§ 4 Absatz 2 b Satz 3 KHEntgG). Der Ausnahmekatalog umfasst Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzte Patienten, die Versorgung von Frühgeborenen, Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, neue Versorgungsaufträge, deren Leistungen bislang nicht abrechnungsfähig waren, Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG krankenhauplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie Leistungen, deren Bewertung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene abgesenkt oder abgestuft wurde.

Für nicht mengenanfällige Krankenhausleistungen (zum Beispiel Geburten) ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene erstmals bis zum 31. Juli 2016 ein Katalog zu vereinba-

ren (§ 9 Absatz 1 Nr. 6 KHEntgG). Für die Leistungen des Katalogs findet nur ein hälftiger Abschlag Anwendung. Sofern es sich um dementsprechend bevorzugte, nicht mengenanfällige Leistungen handelt, sind keine darüber hinausgehenden Nachweise erforderlich.

Ein hälftiger Fixkostendegressionsabschlag gilt auch für Leistungen, die durch eine Verlagerung von bundesweit bewerteten voll- oder teilstationären Leistungen zwischen Krankenhäusern bedingt sind, sogenannte Verlagerungsleistungen. Voraussetzung ist, dass bei den Verlagerungsleistungen im Einzugsgebiet des Krankenhauses die Summe der effektiven Bewertungsrelationen nicht ansteigt. Das Krankenhaus hat die Leistungsverlagerung den Krankenkassen bei der Budgetvereinbarung glaubhaft darzulegen. Grundlage sind hierbei die AEB-Informationen der Abschnitte E1 bis E3 anderer Krankenhäuser in seinem Einzugsgebiet bzw. in dem für die relevanten Leistungen maßgeblichen Einzugsgebiet. Zugang zu den Informationen bekommt das Krankenhaus nach § 4 Absatz 2 b Satz 4 KHEntgG durch eine Abfrage bei den Vertragsparteien auf Landesebene (am Pflegesatzverfahren Beteiligte nach § 18 Absatz 1 Satz 2 KHG). Dabei dürfen jedoch keine Informationen über die Mengenentwicklung bei einzelnen Leistungen oder sonstige Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse von Krankenhäusern offenbart werden. Die näheren Einzelheiten zum Umgang mit Verlagerungsleistungen, zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses bzw. bei einzelnen Leistungsbereichen und zu weiteren Einzelheiten zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Juli 2016 zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 Nr. 6 KHEntgG).

Wird während der Abschlagsdauer ein Leistungsrückgang vereinbart, so ist dementsprechend für die weitere Erhebung des Abschlags von einer niedrigeren Bemessungsgrundlage auszugehen (§ 4 Absatz 2 b Satz 6 KHEntgG).

Um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten, wird die auf Grundlage dieser Rahmenbedingungen ermittelte Abschlagssumme für gegenüber dem Vorjahr zusätzlich vereinbarte Leistungen durch einen einheitlichen Abschlag auf alle Leistungen des Krankenhauses umgesetzt (§ 4 Absatz 2 b Satz 5 KHEntgG). Anhand eines einfachen Beispiels (vergleiche ► **Tabelle 5**) ist erkennbar, dass bei einem angenommenen Fixkostendegressionsabschlag (FDA) in Höhe von 35 Prozent durch die Ausnahmen und Vergünstigungen bezogen auf die Mehrleistungen (ML) ein niedrigerer Abschlag entsteht (im Beispiel rund 25 Prozent), der bezogen auf alle Leistungen des Krankenhauses, also als einheitlicher Abschlag, noch einmal deutlich niedriger ausfällt (im Beispiel rund 2 Prozent).

Weiterentwicklung des Orientierungswerts

Der Orientierungswert soll nach geltendem Recht die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Grundlohnrate abbilden (§ 10 Absatz 6 KHEntgG). In der Vergangenheit wurde der Orientierungswert vor allem hinsichtlich der sachgerechten Abbildung der Preisentwicklung im Sachkostenbereich kritisiert. Kritik an der Ermittlung des

Tabelle 5: Beispiel zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags

	Casemix	Vergütung in Euro
Casemix-Volumen Vorjahr	12.000	42.000.000
- Mehrleistungen mit FDA 35 %	650	1.478.750
- Mehrleistungen aus FDA-Ausnahmekatalog	200	700.000
- Nicht mengenanfällige Mehrleistungen	50	144.375
- Verlagerungsleistungen	100	288.750
Summe Mehrleistungen	1.000	2.611.875
Summe Mehrleistungen bei Vergütung ohne Abschlag	1.000	3.500.000
Abschlagsbetrag (Differenz ML ohne Abschlag und Summe ML)	1.000	888.125
Abschlagsbetrag bezogen auf Mehrleistungsvolumen	1.000	25,38 %
Umrechnung in einheitlichen Abschlag (Abrechnung)	13.000	1,95 %

Quelle: eigene Berechnung; vereinfachte Annahme: Landesbasisfallwert: 3.500 €.

Orientierungswerts soll vom StBA Rechnung getragen und der Orientierungswert insbesondere im Sachkostenbereich weiterentwickelt werden. Wenn der weiterentwickelte Orientierungswert vorliegt (womit für das Jahr 2018 gerechnet wird), soll geprüft werden, ob als Obergrenze für den Zuwachs der Landesbasisfallwerte, der Erlössumme für besondere Einrichtungen und der Psych-Budgets der volle Orientierungswert gilt. Zugleich soll dann geprüft werden, ob die heutige Meistbegünstigungsklausel gestrichen wird, also die Anwendung der Grundlohnrate, wenn diese den Orientierungswert überschreitet. Im Zusammenhang mit der Prüfung der Anwendung des vollen Orientierungswerts soll zudem die nunmehr regelhaft vorgesehene hälftige Tarifrefinanzierung überprüft werden.

Weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte

Mit dem Ziel, die Spannweite der Landesbasisfallwerte zu vermindern, erfolgt eine weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte. Wie bei der Mehrzahl der weiteren Änderungen des KHSG ist Handlungsgrundlage auch hier eine konkrete Vorgabe des geltenden Koalitionsvertrags zwischen den Bundestagsfraktionen der CDU/CSU und der SPD, wonach nicht erklärbare Unterschiede bei den Landesbasisfallwerten aufgehoben werden sollen. Die entsprechend tolerable Spannweite, auf die das KHSG für die weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte abstellt, leitet sich ab aus einer Untersuchung des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zu den Ursachen der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte das Gutachten 2011 auf der Grundlage des bisherigen § 10 Absatz 13 KHEntgG in Auftrag gegeben. Zusammengefasst kommt die Studie für die Spannweite der Landesbasisfallwerte im Jahr 2007 zu dem Ergebnis, dass sich nur rund ein Drittel der Unterschiede mit Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur in den Ländern erklären lässt. Bei einer seinerzeitigen Spannweite der Landesbasisfallwerte von rund 10 Prozent leitet sich daraus eine akzeptable Bandbreite der Landes-

basisfallwerte von 3,52 Prozent ab. Die Spannweite wurde in den vergangenen Jahren durch die Konvergenz der Landesbasisfallwerte schon nachhaltig vermindert und beträgt im Jahr 2015 nur noch 6 Prozent.

Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung vermindert (§ 10 Absatz 8 KHEntgG). Günstige Landesbasisfallwerte werden im Jahr 2016 in einem Schritt bis auf einen Abstand von 1,02 Prozent (heute: 1,25) unterhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts angehoben. Dies bedeutet, dass im Jahr 2016 in den zehn Ländern, deren Landesbasisfallwert auf der unteren Korridorgrenze liegt, das Preisniveau, das 2015 noch bei 3 190,81 € lag, nach der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene vom 12. Oktober 2015 zum Bundesbasisfallwert und den Korridorgrenzen für 2016 nicht „nur“ auf 3 270,58 € springt, sondern weiter auf 3 278,19 € erhöht wird. Damit steht schon jetzt für rund zwei Drittel des Casemixvolumens fest, dass es im Jahr 2016 zu einem beachtlichen Preissprung von mehr als 87 € je Casemixpunkt kommen wird.

Der hohe Landesbasisfallwert von Rheinland-Pfalz wird ab dem Jahr 2016 innerhalb von sechs Jahren an den bereits seit dem Jahr 2009 geltenden Abstand von 2,5 Prozent oberhalb des bundeseinheitlichen Basisfallwerts angenähert. Die bisherige Kappungsgrenze von maximal 0,3 Prozent des Landesbasisfallwerts, die in den vergangenen Jahren eine effektive Annäherung des Landesbasisfallwerts von Rheinland-Pfalz verhindert hat, wird aufgehoben. Unabhängig von diesen geänderten Rahmenbedingungen ist zu unterstreichen, dass auch in dem sechsjährigen Zeitraum der Landesbasisfallwert in Rheinland-Pfalz weiter ansteigen wird.

Die Art und Weise der Verhandlung der Landesbasisfallwerte in Ländern, die an der unteren Korridorgrenze liegen, die mit aktuell zehn Ländern die Mehrheit stellen, wird als Scheinverhandlung kritisiert. Derzeit wird über die Höhe des Landesbasisfallwerts in diesen Ländern letztlich bereits durch die Ermittlung der unteren Korridorgrenze entschieden, die unter Anwendung der vollen Obergrenze prospektiv von den Vertragsparteien auf Bundesebene festgelegt wird. Um die Bedeutung der Landesbasisfallwertverhandlungen zu stärken, wird erstmals mit Wirkung für das Jahr 2021 der bundesein-

Anzeige



RECHTSANWÄLTE WIGGE
BERATUNG IM MEDIZINRECHT

Krankenhausplanungs- und -finanzierungsrecht
Sektorenübergreifende Kooperationen
Arbeits- und Personalrecht

Beratungskompetenz für Krankenhäuser www.ra-wigge.de	MÜNSTER Scharnhorststraße 40 48151 Münster TEL (0251) 53 59 5-0	HAMBURG Neuer Wall 44 20354 Hamburg TEL (040) 339 87 05 - 90
--	---	--

heitliche Basisfallwert und die hiervon abgeleiteten Korridor­grenzen nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfall­werten ermittelt und veröffentlicht (§ 10 Absatz 9 KHEntgG). Bei Landesbasisfallwerten, die außerhalb der Korridor­grenzen liegen, haben dann die Krankenhäuser im Land in Höhe der Differenz zwischen maßgeblicher Korridor­grenze und Basis­fallwert unterjährig einen positiven oder negativen Ausgleichs­betrag abzurechnen (§ 10 Absatz 11 KHEntgG). Sofern erfor­derlich, haben hierzu die Vertragsparteien auf Landesebene den Ausgleichsbetrag jeweils bis zum 30. April jeden Jahres zu vereinbaren. Für die Verhandlung des Landesbasisfall­werts für das Folgejahr ist die Ausgangsgrundlage um den vereinbarten Differenzbetrag zu berichtigen, um zu gewährleisten, dass die Konvergenzanpassung des vorangegangenen Jahres berück­ichtigt wird. Der bundeseinheitliche Basisfallwert und der Basisfallwertkorridor für das Jahr 2020 werden noch nach altem Recht im Herbst 2019 ermittelt.

Im Zusammenhang mit den zukünftig nachgehend zu ver­handelnden Landesbasisfallwerten wird zudem ab dem 1. Ja­nuar 2020 verzögerten Verhandlungen der Landesbasisfall­werte entgegengewirkt. Wenn ein Landesbasisfallwert bis zum 30. November eines Jahres nicht vereinbart wurde, läuft da­nach zukünftig automatisch das Schiedsverfahren an, ohne dass es einer Anrufung durch eine Vertragspartei bedarf (§ 10 Absatz 10 Satz 5 KHEntgG). Die Schiedsstelle hat dann inner­halb der gesetzlichen 6-Wochen-Frist zu entscheiden (§ 13 Ab­satz 2 KHEntgG).

Weiterentwicklung der Kalkulation der Entgeltsysteme

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden in verschie­denen Punkten beauftragt, die Kalkulationsgrundlagen der Entgeltsysteme weiterzuentwickeln.

Bisher kommt es bei den Entgeltsystemen vor, dass die Kal­kulationsteilnahme einzelner Trägergruppen oder einzelner Leistungsbereiche im Vergleich zur Grundgesamtheit deutlich unterrepräsentiert ist. Um Verzerrungen bei der Kalkulation des DRG-Systems (§ 17 b Absatz 3 KHG), des Psych-Entgeltsys­tems (§ 17 d Absatz 1 KHG) und der Investitionsbewertungsre­lationen (§ 10 Absatz 2 KHG) zu vermeiden, werden anstelle der heute freiwilligen Kalkulationsteilnahme die Vertragspart­ner auf Bundesebene verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2016 ein Konzept für eine repräsentative Kalkulationsgrundlage zu vereinbaren. Zudem haben sie geeignete Maßnahmen zur er­folgreichen Umsetzung dieses Ziels zu ergreifen (§ 17 b Ab­satz 3 Satz 6 und 7 KHG). Sofern dies erforderlich ist, können auch Krankenhäuser zur Teilnahme an der Kalkulation ver­pflichtet und Maßnahmen ergriffen werden, um die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten. Als ge­eignete Maßnahmen führt die Begründung des Gesetzent­wurfs den Einsatz von externen Experten auf Kosten des zur Kalkulationsteilnahme verpflichteten Krankenhauses aus. Wei­tere wirksame Maßnahmen können nachhaltige finanzielle Sanktionen für nicht gelieferte Daten analog zu § 21 Absatz 5 Satz 1 KHEntgG sein.

Darüber hinaus sollen teilweise bestehende Übervergütungen und damit einhergehende Fehlanreize bei den DRG-Fallpau­schalen, die bei einerseits sinkenden Sachkosten und anderer­seits steigenden Landesbasisfallwerten entstehen können, ab­gebaut werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden deshalb verpflichtet, mögliche Fehlanreize zu analysieren und bis spätestens zum 30. Juni 2016 geeignete Maßnahmen zum Abbau bestehender Übervergütungen zu vereinbaren (§ 17 b Absatz 1 Satz 6 KHG). Die Grundlage für die geforderten sach­gerechten Korrekturen soll ein Konzept des InEK bilden. Die Analyse und korrigierende Maßnahmen auf der Grundlage des Konzepts sind jährlich durchzuführen, erstmals bereits bei der Kalkulation des DRG-Systems 2017. Mit dem Abbau von Über­vergütungen im Sachkostenbereich werden dem Kranken­hausbereich keine Mittel entzogen. Vielmehr können Fehlan­reize verhindert werden und die Mittel kommen im relation­alen DRG-System zum Beispiel personalintensiven Leistun­gen zugute.

Abrechnungsprüfung durch den MDK

In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (siehe BSG 1 KR 29/13R vom 1. Juli 2014) wurde eine Unterscheidung zwi­schen Auffälligkeitsprüfungen und sogenannten Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhaus­rechnung vorgenommen. Ohne entsprechende gesetzliche An­satzpunkte für die vorgenommene Unterscheidung vertrat das BSG die Einschätzung, dass eine Aufwandspauschale bei der von der Judikative geschaffenen Prüfungsart auf sachlich-rechnerische Richtigkeit nicht gelte. In der Folge kam es zu nach­haltigen Problemen zwischen Krankenkassen und Kranken­häusern, ob eine Aufwandspauschale nach § 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V zu leisten ist bzw. kam es zu Rückforderungen. Zur zeitnahen Auflösung dieser Probleme wird klargestellt, dass als Krankenhausabrechnungsprüfung jede Prüfung anzu­sehen ist, mit der die Krankenkassen den MDK beauftragen und hierfür eine Datenerhebung durch den MDK beim Kran­kenhaus erforderlich ist (§ 275 Absatz 1c Satz 4 SGB V). Sofern diese Kriterien erfüllt sind (Außenwirkung und Auslösung von Aufwand), wird eine Aufwandspauschale fällig, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt.

Wenn nach einer Abrechnungsprüfung Streitigkeiten ent­stehen, war zur Verminderung der Belastung der Sozialge­richte bislang vorgesehen, ein Schlichtungsverfahren durch Schlichtungsausschüsse auf Landesebene einzuführen. Die effektive Lösung über Schlichtungsausschüsse auf Landesebe­ne hat sich als problematisch erwiesen und wird deshalb aufge­hoben. Um dennoch verbindlich und unbürokratisch Streitig­keiten klären zu können, wird anstellen dessen die freiwillig nutzbare Option einer Schlichtung durch eine von den betei­ligten Streitparteien gemeinsam zu bestellende unabhängige Schlichtungsperson eröffnet (§ 17c Absatz 4 KHG). Damit kann eine unbürokratische und verbindliche Streitbeilegung erfolgen und eine Verminderung von Auseinandersetzungen vor den Sozialgerichten erreicht werden. ▶



Neuerscheinung



Grundlagen des Medizinrechts

Krankenhausrecht, GKV- und Pflegerecht, Vertragsarztrecht und Nebengebiete

Dr. Susanne Schlichtner unter Mitarbeit von Dr. Udo Burgermeister, Daniela Conrad, René Möller und Herbert Weiss

1. Auflage, 2015, 540 Seiten, kart.

ISBN: 978-3-945251-46-1

Das umfassende Grundlagenwerk gibt einen fundierten Überblick über das komplexe Gebiet des Medizinrechts. Es soll Verständnis wecken für das Zusammenspiel der einzelnen Rechtsgebiete, die erst in ihrer Gesamtheit das Medizinrecht darstellen, und die Strukturen sowie Besonderheiten dieser Teilgebiete anhand aktueller und gefestigter Rechtsprechung darlegen. Im Buch werden u.a. folgende Themengebiete angesprochen:

- Kooperationen zwischen Leistungserbringern
- Apotheken-/Arzneimittel-/Medizinproduktrecht
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

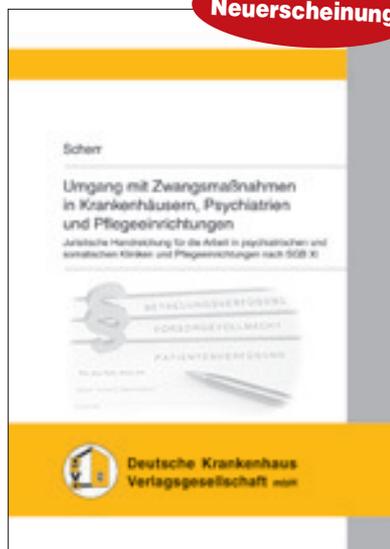
Das Buch richtet sich an Einsteiger wie auch an fachkundige Experten des Gesundheitswesens in Management, Medizin und Pflege, sowie an Studierende der gesundheitswirtschaftlichen und -wissenschaftlichen Disziplinen.

 **PRINT:** € 69,90
(inkl. 7% MwSt., zzgl. Versandkosten)

 **E-BOOK:** € 62,90
(inkl. 19% MwSt., keine Versandkosten)

- **Rechtsgrundlagen der Leistungserbringer**
- **Speziell: Krankenhausrecht, Vertragsarztrecht, Pflegerecht**

Neuerscheinung



Umgang mit Zwangsmaßnahmen in Krankenhäusern, Psychiatrien und Pflegeeinrichtungen

Juristische Handreichung für die Arbeit in psychiatrischen und somatischen Kliniken und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI

Judith Scherr

1. Auflage, 2015, 222 Seiten, kart.

ISBN: 978-3-945251-47-8

Welche Zwangsmaßnahme ist medizinisch indiziert und rechtlich zulässig?

Dieser Frage stehen Ärzte und Pflegekräfte, die in Krankenhäusern, Psychiatrien und Pflegeeinrichtungen arbeiten, nahezu täglich gegenüber. Das Buch zeichnet das Spannungsfeld zwischen Fürsorgepflicht der Einrichtung einerseits und der Autonomie des Patienten andererseits auf und gibt einen Überblick über die geltende Rechtslage. Es beinhaltet eine Vielzahl von Fallbeispielen aus der Rechtsprechung und Praxis sowie zahlreiche Textbausteine und Musterformulare.

Aus dem Inhalt:

- **Arten von Zwangsmaßnahmen in**
 - somatischen Kliniken
 - der Psychiatrie
 - Pflegeeinrichtungen nach SGB XI
- **Rechtliche Rahmenbedingungen**
- **Betreuung und Bevollmächtigung**
- **Verfahren in Unterbringungssachen**
- **Vorsorgeinstrumente**
 - Patientenverfügung
 - Vorsorgevollmacht
 - Betreuungsverfügung
 - Behandlungsvereinbarungen

 **PRINT:** € 39,90
(inkl. 7% MwSt., zzgl. Versandkosten)

 **E-BOOK:** € 35,90
(inkl. 19% MwSt., keine Versandkosten)

Krankenhausleistungen für Asylbewerber

Mit dem Ziel, den administrativen Aufwand für die Krankenhäuser zu vermindern, werden zukünftig auf Verlangen des Krankenhauses Krankenhausleistungen für Asylbewerber nicht in das Krankenhausbudget einbezogen (§ 4 Absatz 4 KHEntgG, § 3 Absatz 6, § 4 Absatz 9, § 18 Absatz 1 BpflV). In der Folge sind für diese Patientengruppe ab dem Jahr 2016 keine Erlösausgleiche sowie keine Mehrleistungsabschläge bzw. ab 2017 keine Fixkostendegressionsabschläge vorzunehmen. Das einzelne Krankenhaus kann nachträglich auch noch die Herausnahme von im Jahr 2015 erbrachten entsprechenden Leistungen aus dem Budget verlangen, die in einem nachfolgenden Vereinbarungszeitraum zu Mehrerlösausgleichen führen.

Ambulante Notfallversorgung

Krankenhäuser nehmen in erheblichem Umfang an der ambulanten Notfallversorgung teil. Die Situation und Vergütung der ambulanten Notfallversorgung wurde in den vergangenen Monaten vielfach kritisiert, nicht zuletzt von der DKG. Mit der Zielsetzung einer Verbesserung der bestehenden Situation sieht das KHSG die folgenden strukturellen und finanzwirksamen Maßnahmen vor:

- Die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeführte Vorgabe, dass Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zur Sicherstellung der ambulanten Notdienstversorgung mit zugelassenen Krankenhäusern zu kooperieren haben, wird dahingehend konkretisiert, dass KVen hierzu entweder in der Regel in bzw. an Krankenhäusern Notdienstpraxen („Portalpraxen“) einrichten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einbinden sollen (§ 75 Absatz 1 b SGB V).
- Das gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V, das aus Vertretern des Landes, der KV, der Krankenkassen auf Landesebene und der Landeskrankenhausgesellschaft besteht, kann auch Empfehlungen zu einer sektorenübergreifenden Notfallversorgung abgeben (§ 90 a Absatz 1 SGB V).
- Um eine zeitnahe Umsetzung der Neuregelungen zur ambulanten Notfallversorgung zu erreichen, sind die von Krankenhäusern, Vertragsärzten und Krankenkassen zu treffenden dreiseitigen Verträge auf Landesebene innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des KHSG, also bis zum 30. Juni 2016, neu zu vereinbaren (§ 115 Absatz 3 a SGB V). Nach dieser Frist ist der Vertragsinhalt innerhalb von sechs Wochen durch die Landesschiedsstelle festzulegen.
- Die Zuständigkeit für die Vereinbarung von Vergütungen für die ambulante Notfallversorgung wird auf den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5 a SGB V übertragen, der sich aus Vertretern der DKG, der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zusammensetzt. Die Zahl der neutralen Mitglieder des Ausschusses wird auf fünf erweitert. Über die bisherigen unparteiischen Mitglieder hinaus kann

damit jeweils ein weiteres unparteiisches Mitglied von der DKG und vom GKV-Spitzenverband benannt werden (§ 87 Absatz 5 a SGB V).

- Mit dem Ziel einer angemessenen Notfallvergütung hat der ergänzte Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren (§ 87 Absatz 2 a SGB V). Der Ausschuss soll die EBM-Änderungen zwei Jahre später evaluieren und hierüber berichten.
- Leistungen im Notfall und im Notdienst werden im Rahmen der Honorarverteilung von Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars ausgenommen (§ 87 b Absatz 1 SGB V).

Investitionskostenabschlag

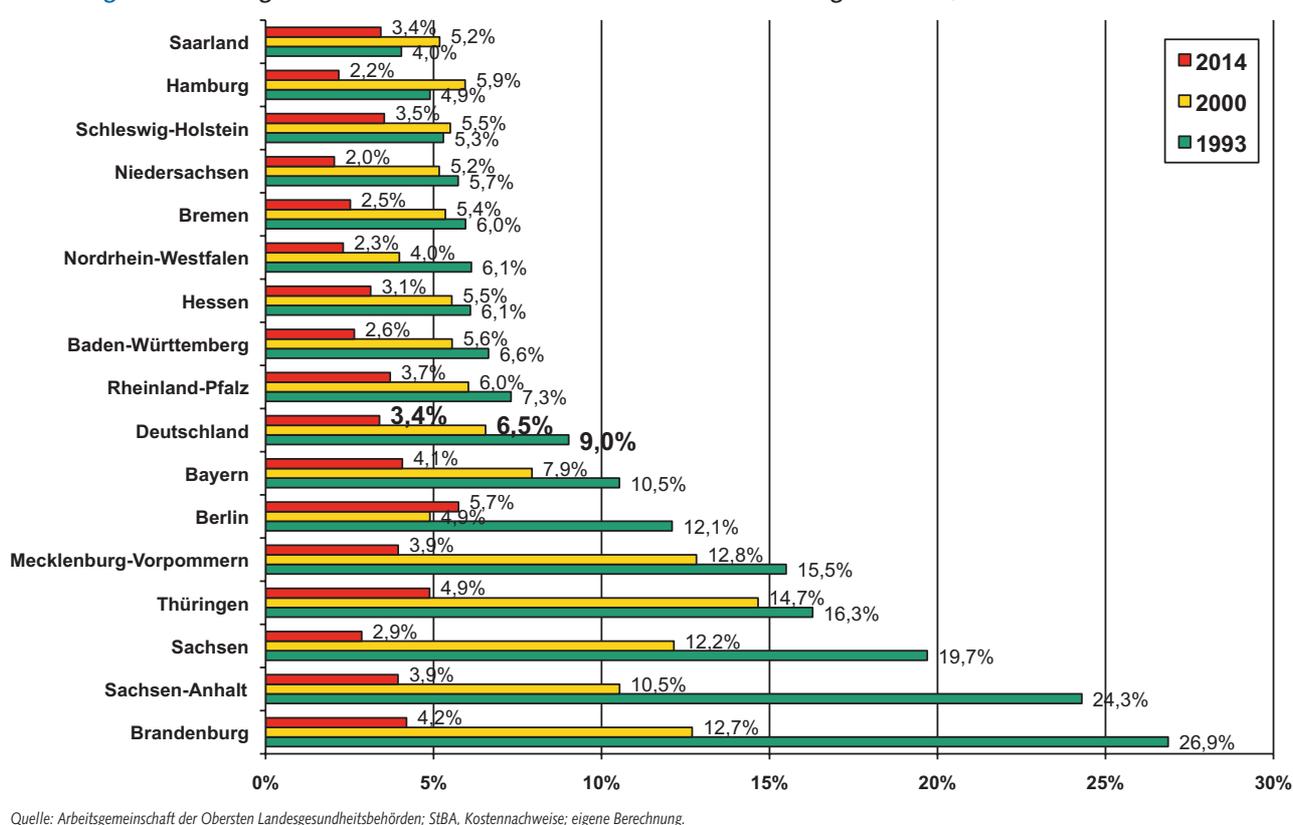
Über die ambulante Notfallversorgung hinausgehend entfällt schließlich zukünftig der Investitionskostenabschlag bei von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Krankenhausleistungen vollständig, einschließlich Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung und der Leistungen von Hochschulambulanzen (§ 116 b Absatz 6 SGB V, § 120 Absatz 2 und Absatz 3 Satz 2 SGB V). Die vertragsärztliche Gesamtvergütung wird dementsprechend angehoben, um den aus der Streichung des Investitionskostenabschlags entstehenden zusätzlichen Finanzierungsbedarf zu decken (§ 87 a Absatz 5 SGB V).

Pflegerische Übergangsversorgung

Lücken in der pflegerischen Übergangsversorgung der Versicherten zu Hause, die nach einem Krankenhausaufenthalt eintreten können, werden durch Erweiterung und Schaffung neuer Leistungsansprüche in der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen. Hierfür wird der existierende Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege im Bedarfsfall um grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung erweitert (§ 37 Absatz 1 a SGB V). Zudem wird der Leistungsanspruch auf Haushaltshilfe ausgebaut, um Versorgungsproblemen im Falle schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit zu begegnen (§ 38 SGB V). Neu eingeführt wird ferner ein GKV-Leistungsanspruch auf Kurzzeitpflege (§ 39 c SGB V), der greift, wenn Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen und keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung festgestellt ist.

Strukturfonds

In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden auch die Erosion der Fördermittel der Länder und in diesem Zusammenhang bestehende Handlungsnotwendigkeiten thematisiert. Zu beklagen ist ein langjähriger Rückgang der Fördermittel und ein nicht hinreichendes Investitionsmittelniveau (vergleiche ► **Abbildung 1**). Die Krankenhäuser fordern deshalb eine deutliche

Abbildung 1: Entwicklung des Anteils der Länderinvestitionsmittel an den bereinigten Kosten, 1993–2014

Aufstockung der Investitionsmittel. Entsprechende Handlungsnotwendigkeiten belegen auch die Ergebnisse der Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen durch das InEK. Vielfach und in großem Umfang werden bislang notwendige Investitionen aus den Betriebsmitteln gedeckt. Dass bei den für die Patientenversorgung notwendigen Mitteln gespart wird, um Investitionen tätigen zu können, ist nicht akzeptabel und muss beendet werden. Im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe war es jedoch nicht möglich, sich auf Maßnahmen für eine Aufstockung der Investitionsmittel zu einigen. Es bleibt damit weiterhin gesetzliche Aufgabe der Länder, die mit der Krankenhausplanung über die stationären Kapazitäten entscheiden, auch für eine ausreichende Investitionsfinanzierung dieser Kapazitäten zu sorgen.

Einigkeit konnte aber über die Einrichtung eines Strukturfonds erzielt werden, der auf die Verbesserung der Versorgungsstruktur ausgerichtet sein soll und hierfür zusätzliche Mittel zur Verfügung stellt. Ziel des Strukturfonds ist es, die Strukturen in der Krankenhausversorgung zu verbessern, insbesondere Überkapazitäten abzubauen und die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen zu fördern. Gesondert erwähnt wird in diesem Zusammenhang die Förderung palliativer Versorgungsstrukturen. Bis zu 1 Mrd. € werden in hälftiger Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und der Länder hierfür zur Verfügung gestellt. Dabei muss es sich um zusätzliche Landesmittel handeln, die nicht

zu einer Verminderung der Fördermittel führen dürfen. Dementsprechend haben sich die Länder hinsichtlich der Investitionsfinanzierung verpflichtet, dass sie in den Jahren 2016 bis 2018 mindestens den Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 ausgewiesenen Mittel beibehalten.

Damit alle Länder Zugang zum Strukturfonds bekommen, wurden folgende Änderungen vereinbart:

- In den neuen Ländern werden die nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes aufgebracht Mittel für die Investitionskostenförderung bei der Ermittlung des maßgeblichen Investitionsniveaus nicht berücksichtigt.
- Als Referenzmaßstab für das Investitionsmittelniveau, das in den Jahren 2016 bis 2018 nicht unterschritten werden darf, kann anstelle des Durchschnitts der Jahre 2012 bis 2014 alternativ auf die Fördermittel des Jahres 2015 abgestellt werden.

Parallel zur Verabschiedung des KHSG wurde die Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, KHSFV) auf den Weg gebracht, damit die erforderlichen Vorbereitungen zur Beantragung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds zeitnah erfolgen können. Hiernach können die Länder bis zum 31. Juli 2017 Anträge an das Bundesversicherungsamt auf Auszahlung von Mitteln des Strukturfonds stellen. Für nicht ausgeschöpfte Mittel können auch noch nach dem 31. Juli 2017 Anträge gestellt werden.

Tabelle 6: Finanzielle Wirkungen des KHSG (alle Kostenträger)

Maßnahme	Entwurf KHSG				
	2016	2017	2018	2019	2020
	in Mio. Euro				
Strukturfonds	200	200	200	200	200
Pflegestellen-Förderprogramm	110	220	330	330	330
Sicherstellungszuschläge		50	100	100	100
Qualitätszu- und -abschläge			60	60	60
Zuschläge für klinische Sektionen		20	20	20	20
Befristete Zuschläge für Mehrkosten von Richtlinien des G-BA	100	100	100	100	100
Zuschläge für besondere Aufgaben	100	200	200	200	200
Senkung des Investitionskostenabschlags für Krankenhausambulanzen	40	40	40	40	40
Verlagerung Mengenberücksichtigung von Landes- auf Hausebene	Nicht quantifizierbar				
Angleichung der Landesbasisfallwerte	80	70	60	50	45
Zwischensumme Entwurf KHSG	630	1.040	1.390	1.520	1.655
	Änderungen KHSG				
Pflegezuschlag		500	500	500	500
Verhandlung Landesbasisfallwerte (Streichung § 10 Absatz 3 Nr. 4 und Nr. 5 KHEntG)	Nicht quantifizierbar				
Weiterentwicklung der Mengensteuerung auf Hausebene	Nicht quantifizierbar				
Änderungen beim Fixkostendegressionsabschlag	Nicht quantifizierbar				
Anteilige Tarifkostenrefinanzierung*	125	125	125	125	125
Verlängerung des Hygieneförderprogramms	6	22	26	31	17
Abschaffung des Investitionskostenabschlags bei Krankenhausambulanzen	75	75	75	75	75
Weiterentwicklung der Regelungen zur Notfallversorgung	Nicht quantifizierbar				
Einführung einer Übergangsvorsorgung (Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Übergangspflege GKV)	75	100	100	100	100
Zwischensumme Änderungen	281	822	826	831	817
Summe Mehrausgaben KHSG	911	1.862	2.216	2.351	2.472

* Durchschnittliche Mehrausgaben bei Betrachtung der Jahre 2010 bis 2015.

Beteiligung an den Schließungskosten

Den Kostenträgern wird gesetzlich die Option eingeräumt, sich an den Kosten der Schließung von Krankenhäusern zu beteiligen (§ 15 KHG). Voraussetzung hierfür ist, dass das Land dann auf die Rückforderung von Landesmitteln verzichtet. In engen Grenzen beteiligen sich Krankenkassen bereits heute an den Schließungskosten. Durch Schaffung einer gesetzlichen Grundlage soll ein Abbau bestehender Überkapazitäten erleichtert werden. Eine Beteiligung der Kostenträger an den Schließungskosten kann ergänzend zum Einsatz von Mitteln aus dem Strukturfonds erfolgen.

Finanzielle Auswirkungen

Unter Ausklammerung der nicht quantifizierbaren Ausgabenpositionen führt das KHSG gegenüber dem Jahr 2015 zu Mehrausgaben für die Kostenträger in Höhe von rd. 0,9 Mrd. € im Jahr 2016, rd. 1,9 Mrd. € im Jahr 2017, rd. 2,2 Mrd. € im Jahr 2018, rd. 2,4 Mrd. € im Jahr 2019 und rd. 2,5 Mrd. € im Jahr 2020 (vergleiche ► **Tabelle 6**). Allein die am 2. Oktober 2015

von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vereinbarten Änderungen führen hierbei im Jahr 2016 zu rd. 280 Mio. € und ab dem Jahr 2017 zu jährlich rd. 820 bis 830 Mio. €. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhausaussgaben – unabhängig von der Reform – in den letzten zehn Jahren Jahr für Jahr um durchschnittlich rd. 2,5 Mrd. € anwachsen, womit auch in Zukunft zu rechnen ist.

Exkurs: Änderungen für Krankenhäuser durch das Hospiz- und Palliativgesetz

Zeitgleich zur Verabschiedung des KHSG wurden zudem mit dem Hospiz- und Palliativgesetz Verbesserungen für die palliativmedizinische Versorgung durch die Krankenhäuser beschlossen:

- Einerseits wird die Möglichkeit geschaffen, dass Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ohne Zustimmung der Kostenträger eigenständig entscheiden können, ob sie für die palliativmedizinische Versorgung durch Palliativstationen krankenhausesindividuelle Entgelte verhandeln möchten (§ 17 b Absatz 1 KHG). Dies soll

auch für den Fall möglich sein, dass diese Einrichtungen nicht mehr von den Vertragspartnern auf Bundesebene unter den ausgenommenen Einrichtungen nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen aufgeführt werden. Der Gesetzgeber äußert im Zusammenhang mit der Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte ausdrücklich seine Erwartung, dass auch in diesem Fall für die Leistungen von Palliativstationen die Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen sind, die etwa in den Strukturmerkmalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für die palliativmedizinischen Komplexbehandlungen aufgeführt sind.

- Andererseits soll zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung außerhalb von speziellen Palliativstationen, also auf anderen Krankenhausstationen oder in Krankenhäusern, die keine eigene Palliativstation haben, die multiprofessionelle Versorgung durch Palliativdienste ermöglicht und gefördert werden. Hierzu sollen die Vertragspartner auf Bundesebene im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bis zum 29. Februar 2016 eine Leistungsbeschreibung für Palliativdienste vereinbaren

(§ 17 b Absatz 1 KHG). Damit kann fristgerecht ein entsprechender Vorschlag in das Verfahren zur Weiterentwicklung des OPS für 2017 beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information eingebracht werden. Ab dem Jahr 2017 können dann auf der Grundlage der Leistungsbeschreibung des OPS krankenhausesindividuelle Entgelte für Palliativdienste vereinbart werden (§ 6 Absatz 2 a Satz 4 KHEntgG). Die Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte ist so lange möglich, bis das InEK für Palliativdienste ein bundesweites Zusatzentgelt für Palliativdienste kalkulieren kann.

Fazit

Auf der Grundlage der Koalitionsvereinbarung wird die Krankenhausversorgung umfassend weiterentwickelt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz werden insbesondere qualitätsbezogene Vorgaben konsequenter umgesetzt und die Qualität der Krankenhausversorgung wird gestärkt. Die Finanzierung der Betriebskosten wird weiterentwickelt und verbessert. Mit dem Pflegezuschlag wird ein Anreiz gesetzt, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten. Der Zuschlag ergänzt das Pflegestellen-Förderprogramm, das auf die Neueinstellung und Aufstockung von Stellen im Pflegedienst abstellt, um die Pflege am Bett zu fördern. Zusammen mit der anteiligen Tarif-

refinanzierung und dem verlängerten und erweiterten Hygieneförderprogramm wird hiermit die Grundlage für eine Stabilisierung und, wo notwendig, nachhaltige Verbesserung der Krankenhausversorgung unter besonderer Berücksichtigung der pflegerischen Versorgung geschaffen. Auch auf die zeitgleich erfolgenden Verbesserungen in der palliativmedizinischen Versorgung ist in diesem Zusammenhang zu verweisen. Schließlich wird ein Strukturfonds aufgelegt, um erforderliche Umstrukturierungsprozesse der Krankenhauslandschaft zu unterstützen.

Das „schwarze Loch der Krankenhausfinanzierung“, die Investitionsmittelproblematik, wird mit dem KHSG nicht gelöst. Der Schlüssel hierzu liegt bei den Ländern. Es bleibt gesetzliche Aufgabe der Länder, die mit der Krankenhausplanung über die stationären Kapazitäten entscheiden, auch für eine ausreichende Investitionsfinanzierung dieser Kapazitäten zu sorgen. Die beständige Erosion der Investitionsfinanzierung der Länder führt ansonsten konsequenterweise dazu, dass die Länder die Legitimation für ihre krankenhausesplanerischen Entscheidungen selbst und nachhaltig in Frage stellen.

Anschrift des Verfassers

Ferdinand Rau, Ministerialrat, 53177 Bonn

**das
Krankenhaus**

Herausgeber Deutsche Krankenhausgesellschaft

Alles im Griff?

Die Einbanddecke 2015 schafft Ordnung!

Erst der gebundene Jahrgang der Zeitschrift bietet:

- die sichere Aufbewahrung, denn kein Einzelheft geht verloren
- durch das Jahresinhaltsverzeichnis die gezielte Nutzung einzelner Hefte und Beiträge.

Sie erhalten die Einbanddecke 2015 dieser Zeitschrift für € 38,99/sFr 44,80 (zzgl. Porto-kosten). Eine Postkarte mit dem Titel der Zeitschrift und Absenderangabe genügt oder:

Bestell-Telefon:
0711/7863-7280

Bestell-Fax:
0711/7863-8430

Bestell-E-Mail:
vertrieb@kohlhammer.de

Achtung:

Bestellungen der Einbanddecke 2015 müssen dem Verlag bis zum **22. Januar 2016** vorliegen.

Später eingehende Bestellungen können leider nicht berücksichtigt werden.

Als Abonnent der Einbanddecke erhalten Sie diese automatisch mit eingepägter Jahreszahl.