

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)311(22)
gel VB zur öffentl Anh am
12.04.2021 - GVWG
09.04.2021



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Entwurf der Bundesregierung

eines

**Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung**

(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Bundestag-Drucksache 19/26822

**und zu den Änderungsanträgen der
Koalitionsfraktionen**

Ausschussdrucksache 19(14)310

vom 8. April 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	6
Besonderer Teil	10
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	10
Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 27b SGB V)	
Ausweitung Zweitmeinungsverfahren	10
Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 39d SGB V)	
Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung	10
Zu Artikel 1 Nr. 27 a) (§ 91 Abs. 2 Satz 13 SGB V)	
Antragsrecht des Vorsitzenden des G-BA.....	11
Zu Artikel 1 Nr. 31 (§ 110a SGB V)	
Stärkung der Qualitätsverträge	12
Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 118 SGB V)	
Prüfung und Anpassung der Ermächtigung von PIA sowie der PIA- und PsIA-Vereinbarung an G-BA-Vorgaben	14
Zu Artikel 1 Nr. 33 b) (§120 Absatz 2 Satz 7 SGB V)	
Anpassung der Vergütung in Psychiatrischen Institutsambulanzen bei Erbringung von Leistungen nach § 92 Absatz 6b SGB V	16
Zu Artikel 1 Nr. 33 c) (§ 120 Abs. 3b SGB V)	
Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus	17
Zu Artikel 1 Nr. 40 (§ 136a SGB V)	
Regelmäßige Information der Öffentlichkeit auf Grundlage geeigneter Qualitätsdaten und durch einrichtungsbezogene Vergleiche aller Leistungserbringer	19
Zu Artikel 1 Nr. 41 a) aa) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)	
Wegfall der Befugnisse für Ausnahmeregelungen bei den Mindestmengen.....	24
Zu Artikel 1 Nr. 41 a) bb) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)	
Weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge.....	26
Zu Artikel 1 Nr. 41 a) cc) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V)	
Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge.....	27
Zu Artikel 1 Nr. 41 b) (§ 136b Abs. 3 und 4 SGB V)	
Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	27
Zu Artikel 1 Nr. 41 c) bb) (§ 136b Abs. 5 SGB V)	
Widerlegung der Prognosen (Mindestmengenregelung)	32
Zu Artikel 1 Nr. 41 c) cc) (§ 136b Abs. 5 SGB V)	
Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen (Mindestmengenregelung)	33
Zu Artikel 1 Nr. 41 c) dd) (§ 136b Abs. 5 SGB V)	
Keine aufschiebende Wirkung einer Klage (Mindestmengenregelung)	34
Zu Artikel 1 Nr. 41 c) ee) (§ 136b Abs. 5 SGB V)	
Übergangsregelung (Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung)	35
Zu Artikel 1 Nr. 41 d) (§ 136b Abs. 5 SGB V)	
Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung (Mindestmengenregelung)	36
Zu Artikel 1 Nr. 41 e) (§ 136b Abs. 6 Satz 5 SGB V)	
Streichung des Patientenkapitels in den Qualitätsberichten	37
Zu Artikel 1 Nr. 41 f) (§ 136b Abs. 8 SGB V)	
Weiterentwicklung der Qualitätsverträge – Evaluierung	38

Zu Artikel 1 Nr. 42 (§ 137 Abs. 2 SGB V)	
100 % Dokumentationsverpflichtung auch für ambulante Leistungserbringer	40
Zu Artikel 1 Nr. 43 a) (§ 137a Abs. 3 SGB V)	
Weiterentwicklung der Patientenbefragung (digitale Formate)	41
Zu Artikel 1 Nr. 43 b) (§ 137a Abs. 3 SGB V)	
Anerkannte Befragungsinstrumente für Patientenbefragungen berücksichtigen.....	41
Zu Artikel 1 Nr. 44 (§ 137b Abs. 1 SGB V)	
Barrierefreie Durchführung von Patientenbefragungen	42
Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 137e Abs. 4 SGB V)	
Regelungen zur Abrechnung und zu Verordnungen im Rahmen von Erprobungen	42
Zu Artikel 1 Nr. 47 (§ 137f Abs. 1 SGB V)	
Einführung eines DMP Adipositas.....	43
Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 137i Abs. 1 Satz 6 SGB V)	
Klarstellung zur Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen	43
Zu Artikel 1 Nr. 49 (§ 137j Abs. 1 Satz 5 SGB V)	
Klarstellungen zur Anwendung des Pflegepersonalquotienten.....	44
Zu Artikel 1 Nr. 49 a) aa) (§ 137j Abs. 1 Satz 5 SGB V)	
Klarstellung zur Anrechnung des Pflegehilfspersonals.....	45
Zu Artikel 1 Nr. 49 a) bb) (§ 137j Abs.1 Satz 9 und 10 SGB V)	
Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten	45
Zu Artikel 1 Nr. 49 b), c) (§ 137j Abs. 2 und 2a SGB V)	
Anpassung der Sanktionierungsregelung bei Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten	46
Zu Artikel 1 Nr. 66 (§§ 277 SGB V)	
Weiterentwicklung des MD-Gutachterverfahrens - Mitteilungspflichten	46
Zu Artikel 1 Nr. 69 (§ 299 Abs. 4 SGB V)	
Verlängerung der Löschfrist und Verarbeitung von Daten bei Patientenbefragungen.....	49
Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	51
Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 8 Abs. 1b KHG)	
Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	51
Zu Artikel 5 Nr. 2 b) (§ 17b Abs. 1a Nr. 3 KHG)	
Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	51
Zu Artikel 5 Nr. 3 a) (§ 17d KHG)	
Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV	52
Zu Artikel 5 Nr. 3 b) (§ 17d KHG)	
Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV	53
Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	54
Zu Artikel 6 Nr. 2 a) (§ 5 Abs. 3a KHEntgG)	
Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	54
Zu Artikel 6 Nr. 2 b) (§ 5 Abs. 3b KHEntgG)	
Weiterentwicklung des Zuschlags für klinische Sektionen.....	54
Zu Artikel 6 Nr. 3 (§ 8 Abs.4 Satz 2 KHEntgG)	
Folgeänderung aufgrund der Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung	55
Zu Artikel 6 Nr. 4 a) (§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG)	
Beauftragung des InEK zur Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion.....	57

Zu Artikel 6 Nr. 4 b) (§ 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG) Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	58
Zu Artikel 6 Nr. 7 (§ 15 Abs. 3 KHEntgG) Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei NUB-Entgelten.....	59
Artikel 10 Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende	60
Zu Artikel 10 Nr. 1 (Artikel 1 des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende bzw. §§ 2 und 2a TPG) Anpassungen des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende.....	60
Artikel 14 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung	61
Zu Artikel 14 Nr. 2 und Nr. 4 (§ 5 Abs. 3 und § 9 Abs. 1 Nr. 3 BPfIV) Folgeänderung durch den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	61
Artikel 15 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG).....	62
Zu Artikel 15 (§§ 1-9 GAPStatG - neu).....	62
Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen (Ausschussdrucksache 19(14)310) .	64
Zu Änderungsantrag 3 (§§ 64d, 295 SGB V und § 3 Datentransparenzverordnung) Modellvorhaben zur Genomsequenzierung bei seltenen Erkrankungen und Krebserkrankungen	64
Zu Änderungsantrag 9 (§ 21 KHG) Klarstellung zur Berücksichtigung der besonderen Einrichtungen.....	68
Zu Änderungsantrag 10 (§ 295 SGB V) Erhöhung der Transparenz bei der Weiterentwicklung der Kodiervorgaben durch die KBV .	69
Zu Änderungsantrag 14 (§ 17b und §§ 31 bis 35 KHG) Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus	69
Zu Änderungsantrag 15 (§ 4 KHEntgG) Ausnahmeregelung zum Fixkostendegressionsabschlag.....	71
Zu Änderungsantrag 16 (§ 5 KHEntgG) Erhöhung der Kappungsgrenze in 2022 auf 30%.....	73
Zu Änderungsantrag 17 (§ 24 KHG und § 21 Abs. 3b KHEntgG) Verstetigung der unterjährigen Datenlieferung an das InEK.....	73
Zu Änderungsantrag 18 (Artikel 15 b – neu – GVWG) Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland	75
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	77
I. Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen und Einführung eines (Interims-)Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes.....	77
II. Absenkung der Prüfquote für das Jahr 2021 auf 5 % (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Verschiebung der Einführung des variablen Prüfquotensystems um ein Jahr	78
III. Verschiebung des Beginns der Durchführung der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2023 (§ 275d Abs. 3 und 4 SGB V).....	80
IV Ausgestaltung der Vorgaben zum Corona-Mehrkostenzuschlag.....	81
V. Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (§ 10 KHEntgG)	86
VI. Möglichkeit einer Rechnungskorrektur (§ 17c Abs. 2a KHG)	87

VII. Ergänzung einer Erforderlichkeits- und Eignungsprüfung für Themen der Qualitätsberichte.....	88
VIII. Verschiebung der Frist zur Vereinbarung des AOP-Katalogs und einer einheitlichen Vergütung nach § 115 b Abs. 1 Satz 1 SGB V	89
IX. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	90

Allgemeiner Teil

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung zielt darauf ab, die Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern. Die Krankenhäuser begrüßen die Zielsetzung des Gesetzes. Qualität und Patientensicherheit haben auch für die Krankenhäuser höchste Priorität. Gleichwohl sehen die Krankenhäuser an einigen Stellen des Entwurfes erheblichen Nachbesserungsbedarf. Auch die von den Koalitionsfraktionen vorgelegten Änderungsanträge treffen nur zum Teil auf die Zustimmung der Krankenhäuser.

Die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), ein **Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus** zu entwickeln, wird von den Krankenhäusern strikt abgelehnt und sollte zurückgenommen werden. Die Versorgungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten werden durch die Einführung eines solchen Systems nicht verbessert. Vielfach sind die Krankenhäuser aufgrund der regionalen Erreichbarkeit oder wegen der direkten Zuweisung aus dem niedergelassenen Bereich die geeignete Anlaufstelle für ambulante Notfälle. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den ärztlich geleiteten Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind qualifiziert, jederzeit die Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungspriorität der Patientinnen und Patienten sachgerecht zu bewerten. Entsprechende Einschätzungen nehmen sie bei allen Patientinnen und Patienten tagtäglich vor. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser ab der Basisnotfallversorgung durch die Vorgaben des G-BA zum gestuften System der Notfallstrukturen schon heute verpflichtet sind, die Priorisierung der Behandlung anhand eines strukturierten und validierten Systems vorzunehmen. Die Einführung des geplanten Ersteinschätzungsverfahrens würde darüber hinaus erhebliche haftungsrechtliche Fragen aufwerfen, für die der Gesetzentwurf keine Antworten vorsieht. Auch vor diesem Hintergrund schließen sich die Krankenhäuser der Forderung des Bundesrates an, die Beauftragung des G-BA aus dem Gesetzentwurf zu streichen und stattdessen in der nächsten Legislaturperiode eine grundlegende und nachhaltige Reform der sektorenübergreifenden Notfallversorgung auf den Weg zu bringen.

Äußerst kritisch bewerten die Krankenhäuser die geplante **Streichung des Rechts der Landesplanungsbehörden, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Leistungen zu bestimmen, für welche die Mindestmengenvorgaben des G-BA nicht anzuwenden sind**. Die geplante Regelung gefährdet die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und stellt einen unzulässigen Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder dar. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Länder von ihrem Ausnahmerecht nur im begründeten aber dann erforderlichen Einzelfall Gebrauch machen. Die Krankenhäuser schließen sich daher der Forderung des Bundesrates, die Streichung der Ausnahmebefugnisse zurück zu nehmen, ausdrücklich an. Gleiches gilt für die Regelung, nach der der G-BA in Zukunft nicht mehr die Möglichkeit haben soll, **Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen**, insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität, festzulegen. Auch diese Regelung muss zurückgenommen werden.

Als sachgerecht und wichtig bewerten die Krankenhäuser die geplante Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für **sektorenübergreifende einrichtungsvergleichende Qualitätsberichterstattung** und die damit einhergehende Erweiterung der leistungserbringerbezogenen Veröffentlichungen von Qualitätsdaten auf den ambulanten Bereich. Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz müssen bundesweit, sektorenübergreifend und patientenorientiert hergestellt werden. Die Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf Qualitätsinformationen und Transparenz, unabhängig davon, in welchem Sektor sie behandelt werden.

Auf Zustimmung der Krankenhäuser stößt grundsätzlich auch der geplante Ausbau der Möglichkeiten zur **Erprobung von Qualitätsverträgen**. Die Verpflichtung der Krankenkassen, solche Qualitätsverträge mit den Krankenhäusern abzuschließen, wird von den Krankenhäusern allerdings als zu weitgehend bewertet und sollte zurückgenommen werden. Ebenso ist die verpflichtende Veröffentlichung von Informationen über die existierenden Qualitätsverträge problematisch und kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Die mit der Verpflichtung der Kassen beim Abschluss von Qualitätsverträgen implizit stattfindende Einführung der qualitätsabhängigen Vergütung wird insbesondere aufgrund fehlender Evidenz für qualitätsverbessernde Wirkungen bei gleichzeitig vorhandener Evidenz für negative Auswirkungen von den Krankenhäusern kritisch gesehen. Die Ergebnisse der Evaluation müssen zunächst abgewartet werden. Die geplante **Streichung der Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen** findet auch vor diesem Hintergrund die volle Zustimmung der Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser begrüßen die Aussetzung der Sanktionierung beim **Pflegepersonalquotienten** für das Jahr 2020. Allerdings sollte dieses Instrument einer nicht mehr nachvollziehbaren Überreglementierung und Übersanktionierung des Pflegepersonaleinsatzes gänzlich gestrichen werden. Das gilt umso mehr auch für die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zur Erhebung und Übermittlung der diesbezüglichen Daten, da dort die Anwendung des Pflegepersonalquotienten in Gänze systemfremd ist. Mit Blick auf die Verpflichtung zur Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten für jeden Standort eines Krankenhauses schließen sich die Krankenhäuser den Ausführungen und der Forderung des Bundesrates an, diese Vorgabe ersatzlos zu streichen. Die Krankenhäuser haben sich bereits mehrfach gegenüber der Bundesregierung dafür ausgesprochen, die aktuell geltenden Pflegepersonaluntergrenzen durch ein am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten orientiertes Pflegepersonalbedarfsmessungsinstrument (PPR 2.0) zu ersetzen. Dies sollte nun in diesem Gesetzgebungsverfahren eingeleitet werden.

Die geplante Anpassung der Vereinbarung zu **Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)** an die noch zu treffenden Vorgaben des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, verfolgt eine richtige Absicht, birgt aber für die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die PIAs erhebliche Gefahren. Insbesondere besteht die Gefahr, dass die Möglichkeiten der PIAs, schwer kranke Menschen zu versorgen, infolge der Neuregelung im Ergebnis nicht verbessert sondern erheblich eingeschränkt werden. Die Krankenhäuser schließen sich der Forderung des Bundesrates, die

betreffende Regelung zu streichen, daher ausdrücklich an. Die volle Unterstützung der Krankenhäuser findet hingegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Klarstellung, dass deren Vergütung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ausschließlich für Leistungen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung gemäß § 92 Abs. 6b SGB V erfolgen soll.

Grundsätzlich positiv bewerten die Krankenhäuser darüber hinaus insbesondere die im Gesetzentwurf angelegte Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens auf weitere Eingriffe, die geplante Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken, die Stärkung des Antragsrechts des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA, die geplante Verbesserung der Möglichkeiten des IQTIGs zu Patientenbefragungen sowie die Einführung eines Disease-Management-Programmes Adipositas.

Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen

Die geplante **Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)** wird kategorisch abgelehnt. Das InEK ist ein Institut der Selbstverwaltungspartner und genießt als solches das größtmögliche Vertrauen bei oft kritischen Fragen zur Weiterentwicklung der Vergütungssysteme. Im Rahmen der Gesellschafterstruktur findet im InEK ein vertrauensvoller und offener inhaltlicher Diskurs statt. Das ist die zentrale Grundlage für die uneingeschränkte Akzeptanz der Vergütungssysteme in den Krankenhäusern. Durch die nun geplanten Einflussmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit wird diese wichtige Grundlage erodiert und gefährdet das uneingeschränkte Vertrauen der Praxis in die Krankenhausvergütungssysteme.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, die **Genommedizin** in Deutschland zu fördern. Das ist ein wichtiger Schritt, um angesichts des medizinischen Fortschritts in diesem Versorgungsbereich international wettbewerbsfähig zu bleiben. Die gesetzliche Ausgestaltung des Modellvorhabens mit einem direkten Vertragsabschluss zwischen GKV-Spitzenverband und den geeigneten Leistungserbringern als Arbeitsgemeinschaft ist jedoch abzulehnen. Solche Arbeitsgemeinschaften müssten neu institutionalisiert werden. Diese Aufgabe ist den bewährten Strukturen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu übertragen, um die Belange der Leistungserbringer zu bündeln und einen angemessenen Interessenausgleich sicherzustellen. Ergänzend sind zahlreiche Regelungen des Modellvorhabens unklar und lassen Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit aufkommen.

Grundsätzlich positiv bewerten die Krankenhäuser die mit den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen für das Jahr 2022 vorgenommenen Anpassungen der Vorgaben zum **Fixkostendegressionsabschlag** und zur **Kappungsgrenze** für Zuschläge. Die Gefahr eines doppelten Abschlags bei vereinbarten Mehrleistungen für das Jahr 2020 bleibt jedoch bestehen und sollte daher durch eine entsprechende Anpassung der Regelung behoben werden. Als uneingeschränkt positiv erachten die Krankenhäuser hingegen die vorgesehene Verlängerung der Anhebung der Kappungsgrenze für Zuschläge auf das Jahr 2022.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Neben den im GVWG und den Änderungsanträgen adressierten Punkten gibt es zusätzlich wichtigen gesetzlichen Handlungsbedarf, der noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht werden sollte. Vor dem Hintergrund des anhaltenden Pandemiegeschehens sorgen die überbordenden Dokumentations- und Nachweispflichten, denen die Krankenhäuser trotz der zusätzlichen Pandemie-Belastungen weiterhin ausgesetzt sind, für größten Unmut. Starre Personalvorgaben behindern den dringend benötigten flexiblen Personaleinsatz. Zusätzlich binden aufwendige MD-Rechnungsprüfungen medizinisches Personal, das dringender für die Patientenversorgung benötigt wird. Vor diesem Hintergrund betrachten die Krankenhäuser auch für das Pandemiejahr 2021 eine **Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen** und eine **Absenkung der MD-Prüfquote auf 5 %** als zwingend erforderlich. Die nach aktuellem Stand im Sommer 2021 anlaufenden **Strukturprüfungen sind ebenfalls auszusetzen und um ein Jahr zu verschieben**. Darüber hinaus ergibt sich dringender Handlungsbedarf bei der Ausgestaltung der Vorgaben zum **Corona-Mehrkostenzuschlag** sowie beim Verfahren zur **Vereinbarung der Landesbasisfallwerte**.

Weiterführende Stellungnahmen zu diesen und weiteren Regelungen des Gesetzesentwurfes, zu den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen sowie zu den wichtigsten gesetzlichen Handlungsbedarfen sind den folgenden Abschnitten dieser Stellungnahme zu entnehmen.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 27b SGB V)

Ausweitung Zweitmeinungsverfahren

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Einfügung eines Halbsatzes in § 27b Abs. 2 Satz 1 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, ab dem Jahr 2022 jährlich zwei weitere Verfahren in den Besonderen Teil der Richtlinie aufzunehmen, für welche das strukturierte Zweitmeinungsverfahren Anwendung finden soll.

Stellungnahme

Bereits im April 2020 hat der G-BA das IQWiG mit der Auswahl von weiteren planbaren Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren beauftragt. Die Krankenhäuser begrüßen die Ausweitung der Regelungen zum Zweitmeinungsverfahren auf weitere Eingriffe, um den Rechtsanspruch der Versicherten zu stärken, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs einzuholen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 13 (§ 39d SGB V)

Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der nun vorgesehenen Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken sollen die im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung besonders bedeutsamen Netzwerkstrukturen eine nachhaltigere und damit verlässlichere strukturelle und finanzielle Basis erhalten. Die Förderung sei zu gleichen Teilen von Kreisen oder kreisfreien Städten und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu tragen.

Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da sie einen weiteren wichtigen Baustein in der Stärkung und Nachhaltigkeit des Angebots von Hospiz- und Palliativversorgung darstellt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 27 a) (§ 91 Abs. 2 Satz 13 SGB V)

Antragsrecht des Vorsitzenden des G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Satz 13 des § 91 Abs. 2 SGB V wird dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA in Ausübung seiner Steuerungsverantwortung zur Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Fristen ausdrücklich das Recht eingeräumt, gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA entsprechende Anträge zur Herbeiführung fristgerechter Beschlussfassungen zu stellen.

Stellungnahme

Das Antragsrecht des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA ist eine Selbstverständlichkeit, entspricht bereits heute der gängigen Praxis und wird entsprechend gelebt. Formal lässt sich das Antragsrecht schon jetzt aus Kapitel B, § 4 Abs. 2a der Geschäftsordnung des G-BA herleiten. Die neue Regelung ist insofern zwar nicht erforderlich, die Aufnahme in § 91 Abs. 2 SGB V angesichts der in Satz 12 und 13 ohnehin umrissenen Aufgaben des Vorsitzenden des G-BA aber schadlos.

Klarstellend sei darauf hingewiesen, dass der Gebrauch dieses Antragsrechts im Beschlussgremium des G-BA nicht dazu führen darf, dass das grundsätzliche Verfahren zur Beschlussfassung des G-BA, das wie im Falle von Mindestmengen die Beratungen durch ein niedrighwelligeres Gremium (hier: Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA, 8. Kapitel, 2. Abschnitt, § 15 Abs. 4 der Verfahrensordnung des G-BA) im Vorfeld vorsieht, nicht eingehalten wird. Dies darf insbesondere dann nicht passieren, wenn weder eine zeitliche noch eine anders zu begründende Dringlichkeit für die Nichteinhaltung der entsprechenden Verfahrensordnungsregelungen besteht.

Vielmehr ist das Antragsrecht zur Ausübung der Steuerungsfunktion im Rahmen der Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Fristen und Herbeiführung fristgerechter Beschlussfassungen sowie zur Erfüllung der wichtigsten Aufgabe des Unparteiischen, der Konsens- und Kompromissfindung zwischen den Trägern des G-BA, wahrzunehmen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 31 (§ 110a SGB V)

Stärkung der Qualitätsverträge

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Stärkung der Qualitätsverträge sind Änderungen des § 110a SGB V vorgesehen, um die bisher bestehenden Möglichkeiten zum Abschluss von Qualitätsverträgen weiter zu fördern.

Zu Buchstabe a (§ 110a Abs. 1 SGB V)

Zu Doppelbuchstabe aa (§ 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Eine Ersetzung der „Soll-Regelung“ in § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V überführt die bisher freiwillige Aufgabe der Krankenkassen, sich an der Erprobung von Qualitätsverträgen zu beteiligen, in eine verpflichtende Maßgabe.

Zu Doppelbuchstabe bb (§ 110a Abs. 1 Satz 3 SGB V)

Durch die vorgesehenen Änderungen zu den Qualitätsverträgen im Allgemeinen und der damit verbundenen Erweiterung des Erprobungszeitraums wird die Option zur Verlängerung der Vertragslaufzeit bestehender Qualitätsverträge, die stets zu befristen sind, eröffnet.

Zu Buchstabe b (§ 110a Abs. 2 Satz 1 SGB V)

Der GKV-SV und die DKG werden mit der Anpassung der bestehenden Rahmenvorgaben zu Qualitätsverträgen zwischen dem GKV-SV und der DKG in Bezug auf die nach § 136 b Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 neu zu beschließenden Leistungen und Leistungsbereiche beauftragt. Nach Beschlussfassung der Leistungen und Leistungsbereiche im G-BA können Anpassungen in den Rahmenvorgaben erforderlich werden. Hierfür ist ein Zeitraum von sechs Monaten vorgesehen.

Zu Buchstabe c (§ 110a Abs. 3 SGB V)

Der neue Absatz 3 legt ein konkretes jährliches Ausgabenvolumen für Qualitätsverträge für die Krankenkassen fest und bildet damit die finanzielle Grundlage für die Umsetzungsverpflichtung der Aufgaben nach Absatz 1. Erstmals sollen im Jahr 2022 die Ausgaben für jeden Versicherten einen Betrag (als Richtwert) in Höhe von 0,30 Euro umfassen. In den Folgejahren ist von 2023 bis einschließlich 2028 der Betrag entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach

§ 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Die Krankenkassen sind angehalten, die vorgesehenen Mittel in vollem Umfang für die Erprobung von Qualitätsverträgen aufzuwenden. Nicht zweckgebunden verausgabte Mittel sind in der Regel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen. In Ausnahmefällen kann ein längerer Abrechnungszeitraum von bis zu drei Jahren vereinbart werden. Als zweckgebunden verausgabte Mittel gelten sämtliche Ausgaben der Krankenkasse zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsabschluss sowie eine angemessene Pauschale für die Vertragsvorbereitungen. Der GKV-SV legt bis zum 31. Oktober 2021 angemessene Pauschalen für Vertragsvorbereitungen fest, die unterschiedliche Aufwände berücksichtigen und die einer abschließenden Zustimmung des BMG bedürfen. Der GKV-SV ist ab 2022 mit der Prüfung beauftragt, ob und in welchem Umfang die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur Teilnahme an der Erprobung von Qualitätsverträgen nachkommen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die erweiterten und klarstellenden Regelungen für Qualitätsverträge. Insbesondere bei Betrachtung der aktuell geringen Zahl abgeschlossener Qualitätsverträge wird der Ausbau der Möglichkeiten und der verlängerte zeitliche Rahmen für die Erprobung als sinnvoll erachtet. Das Ziel, über eine Ausweitung der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V und deren Evaluation Wissen zu Wirkzusammenhängen zwischen Anreizmodellen und dem Erreichen definierter Qualitätsziele im deutschen Versorgungskontext zu generieren, wird von den Krankenhäusern unterstützt.

Es ist jedoch wichtig, den Kontext der derzeit bestehenden und der mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Änderungen zu den Qualitätsverträgen auch bei zukünftiger Auslegung der Evaluationsergebnisse im Blick zu behalten. Freiwillige vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern (auf Basis der vom G-BA festgelegten Leistungen bzw. Leistungsbereiche und den vom IQTIG entwickelten Evaluationskennziffern aber auch in Berücksichtigung individueller Versorgungskonzepte) zur Erreichung formulierter Qualitätsziele unter Anwendung frei zu gestaltender Anreizmodelle, können keine Grundlage für eine eins zu eins Überführung in gesetzliche oder andere normative Vorgaben für alle an der Versorgung beteiligten stationären Leistungserbringer darstellen. Es wird positiv zur Kenntnis genommen, dass diese differenzierte Ansicht so auch in den ausführlichen Begründungen zu den Änderungen dargelegt wird.

Die Option zur Verlängerung bestehender befristeter Verträge (§ 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V) und die Anpassung der Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-SV und der DKG (§ 110a Absatz 2 Satz 1) werden im Sinne von Folgeanpassungen als sinnvoll bewertet.

Kritisch sehen die Krankenhäuser die mit dem Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3 eingebrachte Stärkung der Qualitätsverträge durch eine erhöhte Verbindlichkeit zum Abschluss von Qualitätsverträgen durch die Krankenkassen. Die einseitige Betrachtung lässt die Krankenhäuser gänzlich außen vor. Bisher galt die Freiwilligkeit für die Teilnahme an der Erprobung von Qualitätsverträgen, die sich

gemäß des vorgelegten Vorschlags des neuen Gesetzestextes auch weiterhin für Krankenhäuser so darstellt. Durch die neuen Maßnahmen zur Verbindlichkeit entsteht jedoch ein Druck zum Abschluss von Qualitätsverträgen auf die Krankenkassen, der sich negativ auf die Krankenhäuser auswirken könnte. In Verbindung mit den vorgesehenen Änderungen in § 136b Absatz 8 Satz 3 ff. und der darin neu einzuführenden Veröffentlichung von Informationen zu den Vertragspartnern wird ein Wettbewerb intendiert, der sich lediglich auf Maßnahmen eines Erprobungsprozesses mit bislang ungewissen Wirkungen bzw. Wechselwirkungen begründet. Dies widerspricht dem bisherigen Fokus des qualitätsfördernden Ansatzes der Qualitätsverträge. Eine derartige geplante flächendeckende Einführung des QS-Instruments der qualitätsabhängigen Vergütung über die Qualitätsverträge wird insbesondere aufgrund fehlender Evidenz für qualitätsverbessernde Wirkungen bei gleichzeitig vorhandener Evidenz für negative Auswirkungen von den Krankenhäusern kritisch gesehen.

Die verbindlichen Vorgaben zum Abschluss von Qualitätsverträgen sind aufzuheben. Die Krankenhäuser sehen die Gefahr von negativen Effekten, wenn die Krankenkassen Verträge schließen müssen, um Rückzahlungen zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung in § 110a Abs. 1 Satz 1 SGB V ist ersatzlos zu streichen und in der alten Fassung beizubehalten.

Zu Artikel 1 Nr. 32 (§ 118 SGB V)

Prüfung und Anpassung der Ermächtigung von PIA sowie der PIA- und PsIA-Vereinbarung an G-BA-Vorgaben

Beabsichtigte Neuregelung

Unter **Buchstabe a** wird vorgesehen, dass Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) gemäß § 118 Absatz 1 SGB V, die an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V teilnehmen wollen, einen Antrag auf Prüfung ihrer Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse stellen können. Die Zulassungsausschüsse werden verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten die jeweilige Ermächtigung zu prüfen und ggf. anzupassen, um eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V zu ermöglichen.

Mit **Buchstabe b** wird festgelegt, dass der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 92 Absatz 6b SGB V die „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V“ (PIA-Vereinbarung) zu überprüfen und bei Notwendigkeit an die Festlegungen der Richtlinie des G-BA dahingehend anzupassen haben, dass PIA auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ermöglicht wird.

Stellungnahme

In der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen sind PIA ein nicht wegzudenkender Baustein bedarfsgerechter und gemeindenaher Versorgung. Krankenhäuser stehen mit ihren jeweils dazugehörenden PIA 24 Stunden am Tag für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen zur Verfügung. Zudem befinden sich PIA direkt an der Schnittstelle zwischen stationärer, teilstationärer, stations-äquivalenter und ambulanter Versorgung, stehen in engem Kontakt mit allen ambulanten Leistungserbringern und üben schon heute durch ihre einzigartige Bündelung von Kompetenzen eine Schnittstellen- und Koordinierungsfunktion aus. Es wird positiv zur Kenntnis genommen, dass dies auch in der Gesetzesbegründung so dargestellt und betont wird, dass die bisherige Versorgung von den Neuregelungen unberührt bleibt.

Demnach sind die Überlegungen, PIA im Rahmen der neu zu regelnden Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V einzubeziehen und dass hierfür eine Anpassung der Ermächtigungen bzw. der „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V“ erforderlich sein könnte, zunächst nachvollziehbar.

Hierbei sind jedoch folgende Aspekte zu berücksichtigen: PIA sind kein eigenständiges Organisationskonstrukt. Gemäß § 118 SGB V sind psychiatrische und psychosomatische **Krankenhäuser** oder Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten **ermächtigt** (§ 118 Absatz 2 und 3 SGB V) oder vom Zulassungsausschuss **zu ermächtigen** (§ 118 Absatz 1 SGB V). Demnach sind PIA und ihre Mitarbeiter (z. B. Ärzte) keine gesondert zu adressierenden oder zu regelnden Leistungserbringer. Es ist immer die Einrichtung „Krankenhaus“ maßgeblich, welche für die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung ermächtigt ist. Daraus ergibt sich, dass PIA nicht als eigenständige Organisation und somit Leistungserbringer von der Richtlinie über eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V zu adressieren sind.

Auf Grundlage des § 118 SGB V haben PIA einen definierten gesetzlichen Versorgungsauftrag. Für PIA nach § 118 Absatz 2 und 3 SGB V sind auf dieser Basis weitere Rahmenbedingungen in der „PIA-Vereinbarung“ geregelt. Bisher ist völlig unklar und offen, wie die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ausgestaltet sein wird. Für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung soll für psychisch erkrankte Versicherte eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung geschaffen werden. Wie und welche Patienten und Leistungserbringer einbezogen werden, ist momentan noch nicht absehbar. Offen ist dabei auch, welche Auswirkungen die mögliche Integration verschiedener Leistungserbringer haben könnten. Würde man PIA - in welcher Form auch immer – integrieren, ist aktuell nicht absehbar, wie die Regelungen des § 92 Absatz 6b SGB V in Einklang mit dem eigentlichen gesetzlichen Auftrag der PIA nach § 118 SGB V zu bringen sind. Es ist zu erwarten, dass die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene vor dem Hintergrund der jeweiligen Partikularinteressen die Öffnung der PIA-Vereinbarung zur Durchsetzung weitreichender Anpassungen nutzen werden, mit dem Ziel die Handlungsfähigkeiten von PIA und somit Möglichkeiten zur Versorgung schwer kranker Menschen erheblich

einzu­schränken. Die bisherige Versorgung würde so von den Neuregelungen eben gerade nicht unberührt bleiben. Wenn PIA als unverzichtbare Bausteine bei der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen betrachtet werden, kann dies nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen des § 118 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V sind ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 33 b) (§120 Absatz 2 Satz 7 SGB V)

Anpassung der Vergütung in Psychiatrischen Institutsambulanzen bei Erbringung von Leistungen nach § 92 Absatz 6b SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Unter Buchstabe b erfolgt eine Klarstellung zur Vergütung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Demnach soll die Vergütung nach den entsprechenden Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) ausschließlich für Leistungen im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V erfolgen.

Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung des Satz 7 enthält eine wichtige und zwingend erforderliche Klarstellung, um den Fortbestand einer Versorgung durch PIA nicht zu gefährden. Die Änderung verhindert, dass die bisherige Gesetzesformulierung dahingehend interpretiert werden könnte, dass alle Leistungen der PIA auch unabhängig von der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V nach EBM zu vergüten sind. Die bisher vereinbarten Vergütungen berücksichtigen das besondere multiprofessionelle und multimodale Behandlungsangebot der PIA und insbesondere auch die Vorhaltekosten des zur Verfügung stehenden breiten diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebotes eines Krankenhauses. Eine dem EBM folgende Vergütungssystematik für eine sachgerechte Leistungsvergütung ist daher für die PIA nicht geeignet. Die Klarstellung wird deshalb ausdrücklich von den Krankenhäusern begrüßt. Dies trifft ebenso auf die Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu, die nachdrücklich das Festhalten des Gesetzgebers an den bestehenden Vergütungssystematiken für PIA bestätigt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 33 c) (§ 120 Abs. 3b SGB V)

Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung im neuen § 120 Abs. 3b SGB V sieht vor, dass der G-BA Vorgaben zur Durchführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens für Hilfesuchende, die sich auf Grundlage des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden, zu beschließen hat. Dabei sollen auch Vorgaben zur Qualifikation des zur Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, zu Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung sowie zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V vorliegt, getroffen werden.

Vorgesehen ist, dass die Vergütung am Krankenhaus ambulant erbrachter Notfallleistungen voraussetzt, dass – basierend auf der durchgeführten Ersteinschätzung – ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde.

Ferner wird geregelt, dass der um die DKG ergänzte Bewertungsausschuss auf Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss getroffenen Vorgaben die sich daraus ergebende erforderliche Anpassung zu beschließen hat.

Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung, dass allein der Gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren, das zugleich Abrechnungsvoraussetzung ist, für an Krankenhäusern erbrachte ambulante Notfallleistungen zu treffen hat, ist abzulehnen.

Der Gesetzentwurf verkennt völlig, dass ein Großteil der von den Krankenhäusern behandelten ambulanten Notfälle nur am Krankenhaus behandelt werden kann und nicht durch Vertragsärzte (MCK/DGINA 2015). Auch wird verkannt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser qualifiziert sind, jederzeit die Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungspriorität der Patientinnen und Patienten sachgerecht einschätzen zu können und entsprechende Einschätzungen bei allen Patientinnen und Patienten bereits jetzt tagtäglich vornehmen. Hierfür bedarf es keiner fachlich-inhaltlichen Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Insgesamt ist auch nicht nachvollziehbar, warum der Gemeinsame Bundesausschuss ein Ersteinschätzungsverfahren für die Krankenhäuser implementieren soll, wenn die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V bereits jetzt schon vorsehen, dass Krankenhäuser ab der Stufe der Basisnotversorgung ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme anwenden müssen, welches bei allen – d. h. ambulant als auch stationär zu behandelnden – Notfallpatienten des Krankenhauses zur Anwendung kommen soll. Das bedeutet, es gibt bereits Ersteinschätzungssysteme, die Anwendung finden, was auch in der

Begründung zum Gesetzentwurf festgestellt wird. Einer gesonderten, zusätzlichen Regelung für ambulante Notfallkonstellationen bedarf es damit nicht.

Auch hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Konkretisierung des § 136c Abs. 4 SGB V keine Notwendigkeit gesehen, die Systeme zur Behandlungspriorisierung näher einzugrenzen, so dass inhaltlich als auch softwaretechnisch unterschiedlich ausgestaltete Systeme Anwendung finden. Die Neuregelung des § 120 Abs. 3b SGB V (neu) sieht jedoch eine Vereinheitlichung anhand von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Eine Vereinheitlichung würde jedoch den getroffenen Regelungen des § 136c Abs. 4 SGB V entgegenstehen, ebenso würde dies auch einen Eingriff in den freien Software-Markt bedeuten.

Vollkommen außer Acht gelassen wird, dass die Patienten die Entscheidung treffen, die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufzusuchen, weil sie hier zu Recht Hilfe erwarten, aber auch, weil sie durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in die Notaufnahmen – etwa zur notwendigen weiterführenden Diagnostik – weitergeleitet wurden oder aber weil im Vertragsarztbereich keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die beabsichtigte Neuregelung führt dazu, dass wiederum eine Verweisung in den Vertragsarztbereich zu erfolgen hat, in welchem eine Versorgung offensichtlich nicht möglich war bzw. von diesem der Patient bewusst in die Notaufnahme weitergeleitet wurde. Die beabsichtigte Regelung kann damit nicht im Interesse eines patientenbezogenen Gesundheitssystems sein. Unklar bleibt, warum die Versorgungsdefizite im vertragsärztlichen Bereich aufgrund nicht vorhandener Behandlungsmöglichkeiten nicht aufgegriffen werden.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird dargelegt, dass die Erbringung und Vergütung einer ambulanten ärztlichen Notfallbehandlung durch Krankenhäuser unter der Bedingung erfolgen solle, dass das vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließende Ersteinschätzungsverfahren durchgeführt wurde. Die Neuregelung sieht damit vor, dass die Leistungsinhalte der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser erweitert werden, indem die Ersteinschätzung obligater, d. h. notwendiger Leistungsbestandteil nur für Krankenhäuser wird. Für Vertragsärzte bzw. im organisierten Bereitschaftsdienst tätige Vertragsärzte ist eine verpflichtende Ersteinschätzung nicht vorgesehen.

Unklar ist damit, ob eine verpflichtende Ersteinschätzung, welche Voraussetzung zur Leistungserbringung und -vergütung ist, auch dann zu erfolgen hat, wenn Krankenhäuser bzw. deren Notaufnahmen gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V vertraglich in den Notdienst der niedergelassenen Ärzte eingebunden sind. Es ist nicht nachvollziehbar, dass Vertragsärzte, die im organisierten Notdienst tätig sind, ohne Ersteinschätzung Notfalleistungen erbringen und abrechnen können, während eine vertragliche Einbindung der Krankenhäuser zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst demgegenüber zur Folge hat, dass Leistungen nur dann erbracht und berechnet werden dürfen, wenn zusätzlich eine Ersteinschätzung stattgefunden hat.

Ferner ist unklar, wie die weitere Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgen soll. Eine alternative Behandlung im organisierten Notdienst durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt kann dann nicht erfolgen, wenn die Ersteinschätzung zu dem Ergebnis kommt, dass eine vertragsärztliche Versorgung ausreichend sei. Sofern das Ergebnis einer Ersteinschätzung lautet, dass die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist, kann im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst kein abweichendes Ergebnis festgestellt werden. Jedoch sieht der Gesetzentwurf – im Gegensatz zu den Regelungen für die Krankenhäuser – hierfür keine Überprüfung oder einen Nachweis vor, da der Gemeinsame Bundesausschuss Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung allein für die Krankenhäuser festlegen soll.

Der Gesetzentwurf vernachlässigt zudem, dass auch im Rahmen der Ersteinschätzung haftungsrechtliche Probleme nicht behoben werden. Sofern Hilfesuchende keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, bleibt offen, wie im Einzelfall durch das Abfragesystem rechtssicher festgestellt werden soll, dass ein Patient keiner weiteren Behandlung bedarf. Denn sollte sich nach dem Wegschicken des Patienten eine Zustandsverschlechterung ergeben, wären die Krankenhäuser, als diejenigen, die den Patienten „abweisen“, damit per se nicht von einer etwaigen (Mit-)Haftung ausgenommen.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung in § 120 Abs. 3b SGB V ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 40 (§ 136a SGB V)

Regelmäßige Information der Öffentlichkeit auf Grundlage geeigneter Qualitätsdaten und durch einrichtungsbezogene Vergleiche aller Leistungserbringer

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Aufnahme eines neuen Absatzes 6 in § 136a SGB V werden einheitliche Anforderungen geschaffen, auf deren Grundlage die Öffentlichkeit allgemeinverständlich, regelmäßig, einrichtungsvergleichend und risikoadjustiert über die Erfüllung von geeigneten und erforderlichen Qualitätskriterien in ausgewählten Versorgungsbereichen informiert werden soll. Die Neuregelung ergänzt und berücksichtigt die bereits für zugelassene Krankenhäuser umgesetzte Qualitätsberichterstattung und bezieht sich erstmals auch auf vertragsärztliche Leistungserbringer. Es dürfen keine Versichertendaten und ausschließlich bereits gemäß § 299 SGB V erhobene Daten veröffentlicht werden. Zur Sicherstellung sachrichtiger und objektiver Vergleiche ist die Erforderlichkeit der zu verarbeitenden und veröffentlichenden Daten im Einzelnen zu prüfen und darzulegen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen, dass erstmals eine gesetzliche Grundlage für sektorenübergreifende einrichtungsvergleichende Qualitätsberichterstattung geschaffen wird und damit die bereits umfangreiche leistungserbringerbezogene Veröffentlichungen von Qualitätsdaten aus dem stationären Bereich auch um den ambulanten Bereich erweitert werden sollen. Qualitätssicherung und -transparenz muss bundesweit, sektorenübergreifend und patientenorientiert hergestellt werden. Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf Qualitätsinformationen und Transparenz, unabhängig davon, in welchem Sektor sie behandelt werden.

Neben der Stärkung der Patientenautonomie und des Vertrauens der Bevölkerung in das Gesundheitssystem durch Herstellung von Transparenz und Aufklärung über die veröffentlichten Daten, kann auch eine Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung erreicht werden, wenn Patienten auf Grundlage der veröffentlichten Qualitätsdaten eine Auswahlentscheidung für das aus ihrer Sicht geeignete Krankenhaus treffen. Für den letztgenannten Effekt gibt es jedoch bisher kaum Evidenz. Ferner kann dieser marktorientierte Mechanismus im Rahmen einer aktiven Krankenhausplanung nur begrenzt wirksam sein. Dies sollte in der Gesetzesbegründung noch deutlicher dargestellt werden. Wichtiger ist dagegen der Mechanismus, der durch eine sachgerechte Qualitätsberichterstattung Leistungserbringer durch den Wettbewerb um gute Qualität zu Qualitätsverbesserungen motiviert und so zur Verbesserung der Qualität der Versorgung führt. Dies wird korrekt in der Gesetzesbegründung ausgeführt. Wie in der Gesetzesbegründung ebenfalls richtig dargestellt, müssen hierzu grundlegende Anforderungen, wie etwa die Fokussierung auf relevante, sachrichtige und risikoadjustierte Informationen und die Umsetzung einer neutralen Darstellung, eingehalten werden.

In der Gesetzesbegründung wird dargelegt, dass mit der Neuregelung gemäß § 136a Absatz 6 SGB V eine Ergänzung der bestehenden Qualitätsberichterstattung zugelassener Krankenhäuser vorgenommen wird und dass die „Vorschriften über den Qualitätsbericht (...) von dieser Regelung zunächst unberührt (bleiben), damit das etablierte Verfahren weiterhin durchgeführt wird (...)“. Die Krankenhäuser begrüßen, dass ein späterer gesetzlicher Auftrag zur Überarbeitung bzw. Weiterentwicklung der Regelungen zu den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 i.V.m. Absatz 6 und 7 SGB V im Gesetzesentwurf nicht ausgeschlossen wird. Gleichzeitig trägt dieser Einschub nicht der in der Gesetzesbegründung und der von anderen geäußerten Kritik ausreichend Rechnung, dass die Regelungen zu den Qualitätsberichten „nicht ausreichen, um die Öffentlichkeit umfassender und gezielter auch unterjährig sowie einrichtungsvergleichend über Qualitätsunterschiede (...) anhand (...) weiterer wesentlichen Qualitätskriterien zu informieren.“ Die Krankenhäuser fordern, dass die unterschiedlichen Vorgaben zur Qualitätsberichterstattung aufeinander abgestimmt und insgesamt auf die Zielsetzung sachgerechter Qualitätsberichterstattung ausgerichtet werden. Die Regelungen zu den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 i.V.m. Absatz 6 und 7 SGB V müssen, sobald eine zentrale Qualitätsberichterstattung durch das o. g. G-BA-Qualitätsportal umgesetzt ist, neu geregelt werden. Dies sollte in der Gesetzesbegründung an geeigneter Stelle ergänzt werden. Eine über das G-BA

Qualitätsportal hinausgehende Veröffentlichung von Qualitätsinformationen oder ergänzende Aufarbeitungen in unterschiedlichen Krankenhaussuch- und -vergleichsportalen werden damit entbehrlich. Daher sollte die Verpflichtung der Krankenkassen zur Veröffentlichung der Daten aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 7 SGB V mit dem Vorliegen des G-BA Qualitätsportals entfallen. Diese Vorgabe ist zum einen nicht vereinbar mit dem Grundsatz der wirtschaftlichen Verwendung von Ressourcen und trägt zum anderen nicht dem für Patientinnen und Patienten überfordernden Überfluss an Informationen aus zahlreichen, unterschiedlichen Informationsquellen Rechnung.

Der Vorgabe, dass ausschließlich Daten bzw. Auswertungsergebnisse, die gemäß § 299 SGB V bereits verarbeitet werden dürfen und keine Befugnis geschaffen wird, weitere oder andere Daten zu erheben, damit für die Leistungserbringer kein weiterer Aufwand entsteht, wird uneingeschränkt zugestimmt. Durch die bereits etablierte Qualitätsberichterstattung im stationären Bereich und den umfassenden Berichts- und Dokumentationspflichten zahlreicher weiterer Qualitätssicherungsverfahren (bspw. dokumentationsaufwändige Nachweisverfahren und Strukturabfragen oder Dokumentationsverpflichtungen gemäß plan. QI-RL) entstehen Krankenhäusern jährlich enorme Aufwände und Bürokratiekosten; die hierfür verwendeten Ressourcen fehlen an anderer Stelle. Es ist zu berücksichtigen, dass trotz der Beschränkung auf bereits gemäß § 299 SGB V verarbeitete Daten, durch eventuelle neue unterjährige Berichtspflichten und ggf. neue Auswertungsschritte dennoch Mehraufwände für Leistungserbringer erzeugt werden könnten und auf die Einhaltung eines angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses zu achten ist. Die Ergänzung in der Gesetzesbegründung, dass bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegende „leistungserbringerbezogene Daten, die aggregiert und ohne Einrichtungsbezug an den G-BA oder das IQTIG übermittelt werden“, ebenfalls nicht verarbeitet werden sollen, ist schwer verständlich und gilt auch für den stationären Sektor. Selbstverständlich können Daten ohne Einrichtungsbezug nicht für einrichtungsbezogene Veröffentlichungen verwendet werden.

Mit der Neuregelung und der entsprechenden Gesetzesbegründung werden vier methodische Rahmenbedingungen für die vorgesehenen einrichtungsbezogenen Vergleiche über die Erfüllung von Qualitätskriterien stationärer und vertragsärztlicher Leistungserbringer gegeben:

Erstens sollen einheitliche Anforderungen für einrichtungsvergleichende Qualitätsinformationen festgelegt werden. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass der G-BA zu prüfen hat, ob die Anforderungen sektorenübergreifend oder sektorenbezogen einheitlich zu regeln sind. Dies wird von den Krankenhäusern begrüßt.

Zweitens soll der G-BA geeignete und erforderliche Qualitätskriterien festlegen, um die Öffentlichkeit durch einrichtungsbezogene Auswertungen und risikoadjustierte Vergleichsdaten zu informieren. Gemäß § 136a Absatz 6 Satz 3 SGB V wird in diesem Zuge der Überprüfung und Darlegung der Erforderlichkeit der zu verarbeitenden sowie der zu veröffentlichenden Daten eine große Bedeutung zugeschrieben. Laut Gesetzesbegründung soll der G-BA dabei einen hohen Maßstab anlegen, um risikoadjustierte, objektive und sachlich richtige Informationen sicherzustellen. Die

Krankenhäuser begrüßen diese Vorgabe ausdrücklich. In der Gesetzesbegründung wird richtigerweise darauf hingewiesen, dass die bereits gemäß § 299 SGB V verarbeiteten Daten durch die Neureglung und die damit verbundenen einrichtungsvergleichende Veröffentlichung eine neue Zweckverwendung erfahren und dass daher auch die Eignung der zu verarbeitenden und zu veröffentlichenden Daten in der Richtlinie zu bestimmen ist. Die Krankenhäuser begrüßen dies. Aufgrund der anderen Methodik und Zweckverwendung bestehen grundsätzlich andere Anforderungen an die Eignung. Für eine sachrichtige und objektive Qualitätsberichterstattung ist es erforderlich, dass Unterschiede in den Ergebnissen zwischen Krankenhäusern signifikant, relevant und wissenschaftlich nachvollziehbar und nicht durch Zufall oder ein unterschiedliches Risikoprofil der behandelten Patienten erklärbar sind. Ein fairer Vergleich von Leistungserbringern wird erst dann ermöglicht, wenn sichergestellt ist, dass Unterschiede in den Auswertungsergebnissen ausschließlich auf Faktoren zurückzuführen sind, die durch das Handeln der Leistungserbringer beeinflussbar sind. Demzufolge muss bspw. bei der datengestützten Qualitätssicherung für Ergebnisqualitätsergebnisse immer die bestmögliche Risikoadjustierung gegeben sein und immer eine abschließende Bewertung durch Fachexperten auf Augenhöhe (Peer-Review-artiges Verfahren) durchgeführt werden. Dies sollte zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden. Die mit der Gesetzesbegründung bereits vorgenommene Klarstellung, dass neben der Prüfung und Darlegung der Erforderlichkeit auch eine Eignungsprüfung vorgenommen werden muss, sollte aufgrund der besonderen Relevanz auch im Gesetzestext explizit aufgenommen werden. Die Ausführungen und Hinweise zum Umgang mit kleinen Fallzahlen und zur Messung der Ergebnisqualität sind korrekt und werden von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt.

Drittens sollen die einrichtungsbezogenen Vergleiche regelmäßig – mindestens jährlich – veröffentlicht und fortlaufend aktualisiert werden. Die Krankenhäuser begrüßen diese Vorgabe, mit der die Bevölkerung zeitnah über die Qualität der medizinischen Versorgung informiert werden kann und Krankenhäusern ein aktuelles, qualitätsorientiertes Benchmarking ermöglicht wird. Allerdings darf eine unterjährigere Veröffentlichung nicht zu zusätzlichen Aufwänden für die Leistungserbringer oder zu Einbußen der Sachrichtigkeit der Informationen führen. Dies sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Viertens soll laut Gesetzesbegründung den Leistungserbringern vor Veröffentlichung der sie betreffenden Auswertungsergebnisse die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt werden, die Teil der Veröffentlichung werden soll. Die Krankenhäuser begrüßen diese Vorgabe ausdrücklich. Aufgrund der potentiell bedeutsamen Auswirkung auf die Leistungserbringer ist die Möglichkeit zur Anhörung und Stellungnahme essentiell. In der Gesetzesbegründung wird auf „die Beteiligung der zuständigen Landesbehörden“ verwiesen. Es ist unklar, welche Landesbehörden für den stationären Sektor einbezogen werden sollten und welche Art von Beteiligung mit welchem Ziel hier gemeint ist. Die Angabe sollte gestrichen werden. Dagegen könnte der G-BA beauftragt werden, eine zentrale webbasierte Datenerfassung zu entwickeln, die Leistungserbringern das aufwandsarme Einfügen einer Stellungnahme oder sonstiger Informationen ermöglicht.

Gemäß § 136 Absatz 6 Satz 5 SGB V sollen auch die Entwicklungsleistungen des sogenannten G-BA-Qualitätsportals gemäß § 137 Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 SGB V berücksichtigt werden. Nach Vorliegen des Abschlussberichts zum G-BA-Qualitätsportal soll der G-BA auf Grundlage der Ergebnisse eine Richtlinie, in der einheitliche Anforderungen für eine allgemeinverständliche Information der Öffentlichkeit über die Qualität in der Versorgung festgelegt werden, beschließen. Das IQTIG hat jedoch bereits eine erste Verzögerung der Abgabe des Gesamtkonzepts um über zehn Monate, bis zum 15. November 2021, angekündigt. Der G-BA kann entsprechend erst nach Vorlage und Beratung des Gesamtkonzepts diese Aufgabe beginnen. Daher sollte die vorgesehene Frist für die Richtlinie bis zum 31. Dezember 2022 um ein Jahr verschoben werden.

Die mit Satz 6 vorgesehene zweijährige Evaluation der veröffentlichten einrichtungsvergleichenden Daten wird begrüßt. Insbesondere wird der in der Gesetzesbegründung genannten Vorgabe zugestimmt, Qualitäts- und Vergleichsdaten von der Veröffentlichung auszuschließen, wenn sie ihr Ziel nicht erreicht haben. Als Entscheidungskriterium für einen Ausschluss oder ein Beibehalten eines „Versorgungsbereichs“ soll laut Gesetzesbegründung geprüft werden, ob „die Veröffentlichung von Qualitätsdaten (...) zu einer verbesserten Transparenz über die Qualität der Versorgung beiträgt“. Es sollte jedoch auch untersucht werden, ob die veröffentlichten Daten eine Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung gefördert haben. In der Gesetzesbegründung sollte dieses zweite Kriterium ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 136a Absatz 6 SGB V wird wie folgt geändert:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie erstmals bis zum 31. Dezember **2023** ~~2022~~ einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der einrichtungsbezogenen Auswertungen nach Maßgabe des § 299 (Qualitätsdaten) fest. Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art, Umfang und Plausibilisierung der für diesen Zweck durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder einen von ihm beauftragten Dritten einrichtungsbezogen zu verarbeitenden Qualitätsdaten sowie zu Inhalt, Art, Umfang und Verfahren der Veröffentlichung der risikoadjustierten Vergleichsdaten in übersichtlicher, **objektiver und sachlich richtiger** Form und in allgemein verständlicher Sprache. Die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung **sowie die Eignung der zu veröffentlichenden Daten** für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche sind in der Richtlinie **im Einzelnen** darzulegen. Die Veröffentlichung der Vergleichsdaten **berücksichtigt die Stellungnahmen der betroffenen Leistungserbringer und** hat einrichtungsbezogen und mindestens jährlich auf Basis aktueller Daten zu erfolgen. Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 sollen in der Richtlinie nach Satz 1 berücksichtigt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert regelmäßig die in der Richtlinie

bestimmten Qualitätsdaten und Vergleichsdaten im Hinblick auf ihre Eignung und Erforderlichkeit zur Erreichung des festgelegten Ziels. Über die Ergebnisse hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember ~~2025~~ 2024, zu berichten. Mit der Evaluation nach Satz 6 kann der Gemeinsame Bundesausschuss das Institut nach § 137a beauftragen.“

Zu Artikel 1 Nr. 41 a) aa) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V)

Wegfall der Befugnisse für Ausnahmeregelungen bei den Mindestmengen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll die grundsätzliche Befugnis des G-BA, Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen, insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität, vorzusehen, aufgehoben werden. Gleichzeitig sollen gemäß Satz 3 des neuen Absatzes 3 des § 136b SGB V „Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen“ möglich bleiben.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen die Aufhebung der grundsätzlichen Befugnis des G-BA, Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen vorsehen zu können, ab.

Dass Ausnahmetatbestände zu den Mindestmengenregelungen erforderlich sind, zeigt bereits die mit dem Regierungsentwurf vorgebrachte Neuregelung in § 136b Absatz 3 SGB V, wonach „Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen“ weiterhin möglich bleiben sollen. § 136b Abs. 3 SGB V (neu) stünde mit § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (neu) insofern im Widerspruch. Im Übrigen hat der G-BA, der von seiner bis dato geltenden Befugnis aus § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (alt) Gebrauch gemacht hat, in § 6 Mm-R die erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung als sogenannten „Ausnahmetatbestand“ bezeichnet. Als „Ausnahmetatbestand“ gem. § 6 Mm-R hat er überdies eine nachgewiesene, hohe Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmengen festgelegt. Daneben hat der G-BA für Leistungen, die im Notfall erbracht wurden oder bei denen eine Verlegung des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war, Sonderbestimmungen in § 4 Abs. 4 Mm-R festgelegt. Das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss gelten in diesen Fällen nicht.

Die Sonderbestimmungen in § 4 Abs. 4 Mm-R sind für die medizinische Versorgung von Patienten in Notfällen unabdingbar, mit der Neuregelung des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V stünden sie aber nicht mehr im Einklang mit der genannten gesetzlichen Regelung, in § 136b Abs. 3 SGB V – neu – finden Sie keine Erwähnung. Die Krankenhäuser lehnen daher den Wegfall der Befugnisnorm für Ausnahmeregelungen

bei den Mindestmengen ab. Hingegen kann aus Sicht der Krankenhäuser die Abschaffung des konkreten Ausnahmetatbestands „hohe Qualität“ für Mindestmengen sinnvoll sein. Dies gilt jedoch nur für Mindestmengen, die dem Ausschluss von Gelegenheitsversorgung dienen. Der G-BA hat bis dato keinen Gebrauch von dieser Befugnisnorm gemacht. Er hat erkannt, dass ein Qualitätsnachweis bei unterhalb der bisher geregelten, zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung dienenden Mindestmengen methodisch nur sehr schwer erbracht werden kann. Die geltenden Mindestmengen sind zu niedrig, als dass eine Einrichtung, die eine Leistung unterhalb einer Mindestmenge erbringt, für diese eine hohe Qualität statistisch signifikant nachweisen könnte. Allerdings ist zu beachten, dass selbstverständlich qualitative methodische Ansätze zur Qualitätsbewertung bei kleinen Fallzahlen, z. B. durch peer-review-artige Verfahren entwickelt werden könnten (wie dies bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren derzeit vom G-BA versucht wird). Diese qualitativen Verfahren wären allerdings mit weiteren Schwierigkeiten und einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden. Die Formulierung in der Gesetzesbegründung sollte deutlich differenzierter dargestellt werden, um nicht angreifbar zu bleiben.

Angesichts der vorgeschlagenen Streichung des Ausnahmetatbestands „hohe Qualität“, der zur Verhinderung unbilliger Härten bei besonders hohen Mindestmengen seine Bedeutung gefunden hätte, wird davon ausgegangen, dass es dem Gesetzgeber bei der Festlegung von Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in erster Linie um den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung geht. Dies muss in der Begründung zum neuen Absatz 3 des § 136b SGB, wo explizit der Ausnahmetatbestand „hohe Qualität“ aufgeboben werden soll, aufgenommen werden. Bei Einführung hoher, deutlich über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehender Mindestmengen ist besonders gute Qualität des individuellen Krankenhauses als Ausnahmeregelung möglich und daher zu berücksichtigen.

Unabhängig von der mit dem Regierungsentwurf vorgebrachten Neuregelung zeigt sich vor dem Hintergrund des hier eingangs dargestellten Sachverhalts die Notwendigkeit nach einer Klarstellung der Begrifflichkeiten „Ausnahmetatbestand“, „Übergangsregelung“, „Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen“ sowie für die Situationen, in denen eine Leistung im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 41 a) bb) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)
Weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge

Beabsichtigte Neuregelung

Bis zum 31. Dezember 2023 sollen zusätzlich zu den bereits festgelegten vier Leistungen oder Leistungsbereichen für die Erprobung von Qualitätsverträge weitere vier geeignete Leistungen oder Leistungsbereiche durch den G-BA beschlossen werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Ausweitung der Möglichkeiten zur Erprobung der Qualitätsverträge als potentiell QS-Instrument durch Aufnahme weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche.

Der Hinweis in der Begründung zur Anpassung von Nummer 4, nach dem Fallzahlen maßgeblich für eine aussagefähige Evaluation sind, ist problematisch und sollte entfernt werden. Qualitätsverträge bieten sich insbesondere auch für Interventionen bei der Versorgung spezifischer z. B. vulnerabler Patientengruppen oder bei Versorgungsproblemen an. Wissenschaftler erachten gerade die Fokussierung auf eine ausgewählte Patientengruppe (z. B. Patienten mit Mehrfachbehinderungen, wie vom G-BA beschlossen) oder einen speziellen Versorgungsaspekt (z. B. Implementierung einer neuen Leitlinie) mit besonderem Qualitätsverbesserungsbedarf für eine qualitätsabhängige Vergütung als möglicherweise sinnvoll. Für die Untersuchung zur Ableitung von Empfehlungen nach § 136b Absatz 8 Satz 3 (neu) bedarf es nicht ausschließlich quantitativer statistischer Verfahren. Eine aussagekräftige Evaluation kann selbstverständlich ebenso auf Basis qualitativer Methoden durchgeführt werden. Prozessqualitätsindikatoren sind Indikatoren zur Ergebnisqualität im Rahmen dieses Instruments vorzuziehen.

Änderungsvorschlag

Die Begründung zu Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) GVWG (§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V) wird im letzten Satz wie folgt gefasst:

[...]Bei der Auswahl liegt es in der Verantwortung des G-BA im Hinblick auf seine Verpflichtung zur Evaluierung der Qualitätsverträge, auch die dafür notwendigen Voraussetzungen einer aussagefähigen Evaluation ~~z. B. in Bezug auf die Fallzahlen bei den zu bestimmenden Leistungen oder Leistungsbereichen~~ zu prüfen.

Zu Artikel 1 Nr. 41 a) cc) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V)

Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung erfolgt die Streichung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu Festlegungen für qualitätsabhängige Zu- und Abschläge. Ebenso werden alle weiteren bislang vorgesehenen Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen aus den Gesetzestexten gestrichen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene Streichung der Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen. Mit dieser Entscheidung des BMG sehen sich die Krankenhäuser in ihrer kritischen Sichtweise zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen bestätigt, da es keine Evidenz für eine qualitätsverbessernde Wirkung bei gleichzeitig vorhandener Evidenz für negative Auswirkungen gibt. Es wird angeregt, in den Begründungstexten an das Wort „qualitätsorientiert“ durch den korrekten Begriff „qualitätsabhängig“ zu ersetzen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 41 b) (§ 136b Abs. 3 und 4 SGB V)

Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Satz 1 des § 136b Abs. 3 SGB V wird der G-BA verpflichtet, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und damit die Legitimation von bereits bestehenden Mindestmengen sowie von möglichen neuen Mindestmengen zu überprüfen. Zur Beschleunigung des Beratungsverfahrens wird für die entsprechende Beschlussfassung zur (Nicht-) Festlegung einer neuen oder zur Anpassung oder Bestätigung einer bereits bestehenden Mindestmenge eine gesetzliche Frist von zwei Jahren ab Aufnahme der Beratungen gesetzt.

Mit dem neuen Satz 2 des § 136b Abs. 3 SGB V erhält der G-BA die Regelungsbefugnis, die Berechtigung zur Erbringung von mindestmengenrelevanten Leistungen neben der Erfüllung der Mindestmenge zusätzlich von weiteren Regelungen abhängig zu machen. Die Berechtigung zur Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung kann gemäß Nummer 1 von der gleichzeitigen Erfüllung von Mindestmengen auch für andere Leistungen und/oder gemäß Nummer 2 der Erfüllung von in die Mm-R aufzunehmende Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abhängig gemacht werden.

Mit dem neuen Satz 3 des § 136b Abs. 3 SGB V bleibt dem G-BA die Befugnis erhalten, bei Mindestmengenfestlegungen Übergangsregelungen bestimmen zu können (vgl. § 136b Abs. 3 Satz 1 a.F.). Darüber hinaus wird ihm gesetzlich nun ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen vorsehen zu können. Mit der Streichung des Satzes 1 des § 136b Abs. 3 SGB V a.F. geht einher, dass der Ausnahmetatbestand, „um unbillige Härten, insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge“, der Eingang in § 6 Mm-R gefunden hat, keine Anwendung mehr finden darf.

Der neue Satz 4 des § 136b Abs. 3 SGB V entspricht § 136b Absatz 3 Satz 3 a.F.

Mit dem neuen Satz 5 des § 136b Abs. 3 SGB V wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Antragsrecht dahingehend eingeräumt, dass der G-BA für einen bestimmten Leistungsbereich die Möglichkeit einer Mindestmengenfestlegung prüft.

Mit dem neuen Satz 6 des § 136b Abs. 3 SGB V wird klargestellt, dass für bereits laufende sowie zeitnah nach dieser Änderung des § 136b SGB V neu eröffnete Beratungsverfahren (d. h. Beratungsbeginn vor der Verkündung dieses Gesetzes und innerhalb des darauffolgenden Jahres) der § 136b SGB V a.F. und die Verfahrensordnung des G-BA in der bis zum Tag der Verkündung dieses Gesetzes Geltung haben, d. h. die Beratungen nach diesen Regelungen zu Ende geführt werden können.

Nach dem **neuen Absatz 4** des § 136b SGB V muss der G-BA in seiner Verfahrensordnung mit Wirkung bis spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung weitere Regelungen zum Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen definieren:

Die neue Nummer 1 des § 136b Abs. 4 SGB V entspricht § 136b Absatz 3 Satz 2 a.F.

Nach der neuen Nummer 2 des § 136b Absatz 4 SGB V muss der G-BA in seiner Verfahrensordnung verbindliche Vorgaben zur Art und Weise der Festlegungen der Operationalisierung zählbarer Leistungen (d. h. mittels ICD- oder OPS-Kodes) vornehmen.

Nach der neuen Nummer 3 des § 136b Absatz 4 SGB V muss der G-BA ein einheitliches Verfahren zur Beteiligung von Fachexperten und Fachgesellschaften im Rahmen des Beratungsverfahrens regeln. Hierbei sollen die Art und Weise, der Umfang der Beteiligung sowie der Umgang mit möglichen Interessenkonflikten umfasst sein.

Nach der neuen Nummer 4 des § 136b Absatz 4 SGB V muss der G-BA geeignete Regelungen zur Sicherstellung seines Auftrags zur Prüfung der Evidenz von bereits bestehenden und neuen Mindestmengen innerhalb der gesetzlichen Zweijahresfrist ab Aufnahme der Beratungen treffen.

Nach der neuen Nummer 5 des § 136b Absatz 4 SGB V muss der G-BA ein einheitliches Verfahren über die Anforderungen von gleichzeitig mit der Mindestmenge zu erfüllende Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festlegen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Neuregelung in § 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V. Der G-BA hat im 8. Kapitel, 2. Abschnitt, §§ 15 ff. seiner Verfahrensordnung das Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen geregelt und hierbei auch die (kontinuierliche) Prüfung der Evidenz von bereits bestehenden Mindestmengen sowie von möglichen neuen Mindestmengen geregelt. Der nunmehr auch gesetzlich ausdrücklich normierte kontinuierliche Prüfauftrag des G-BA zur Evidenz und Legitimation von Mindestmengen einzelner Leistungsbereiche wird befürwortet. Die Einführung von Mindestmengen aus medizinischen und qualitätssichernden Gründen, insbesondere zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung, ist wichtig und sinnvoll. Gleichzeitig stellt die Festlegung einer Mindestmenge eine einschneidende Maßnahme im Hinblick auf die wohnortnahe Versorgung, die Freiheit der Berufsausübung, den Umfang des krankenhauserplanerischen Versorgungsauftrags und die ärztliche Aus- und Weiterbildung dar. Vor diesem Hintergrund ist u. a. das Vorliegen einer Studienlage, die auf einen wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und Ergebnisqualität der Leistung hinweist, auf Basis einer umfassenden und systematischen Literaturrecherche durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) entscheidend. Die Krankenhäuser weisen klarstellend darauf hin, dass jedoch selbst bei einem nachgewiesenen Zusammenhang zwischen Fallzahl und Qualität die konkrete Einführung einer Mindestmenge nicht immer zur erwarteten Verbesserung der Qualität führt. Es sind stets auch die damit einhergehenden unerwünschten negativen Auswirkungen zu berücksichtigen. Vor der Einführung einer Mindestmenge bedarf es daher ergänzend einer umfassenden Folgenabschätzung.

Die Krankenhäuser begrüßen darüber hinaus die gesetzliche Frist von zwei Jahren für die Beratung und Beschlussfassung durch den G-BA. Die Frist entspricht in etwa der vom G-BA am 15. Oktober 2020 konsentierten „*Konkretisierung der Verfahrensfestlegung des G-BA zur Priorisierung der Beratungen von Mindestmengen (Prozessschema)*“ zur Förderung eines effizienten, strukturierten und zügigen Beratungsverfahrens von Mindestmengen (festgelegt ist dort eine Zeitdauer des Beratungsverfahrens von ca. 108 Wochen von Antragstellung bis Plenumsbeschluss).

Die Krankenhäuser begrüßen ebenfalls den Satz 2 des neu gefassten Absatz 3 des § 136b SGB V. In der Regel ist das Zusammenwirken verschiedener Qualitätsverbesserungsmaßnahmen effektiver als die alleinige Einführung einer neuen oder Erhöhung einer bestehenden Mindestmenge. Eine Verbesserung der Behandlungsqualität kann durch eine verknüpfende Regelung von Mindestmengen mit weiteren Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität allerdings nur dann erreicht werden, wenn die Qualitätsverbesserungsmaßnahmen inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind und eine gegenseitige negative Beeinflussung mit gleichermaßen negativen Auswirkungen auf die Versorgung von vornherein

ausgeschlossen ist. Ebenfalls befürworten die Krankenhäuser in bestimmten Konstellationen eine verknüpfende Regelung von Mindestmengen für verschiedene Leistungsbereiche, etwa für Kniegelenk-Totalendoprothesen, Revisionseingriffen bei Kniegelenk-Totalendoprothesen und unikondylären Schlittenprothesen zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung. In Krankenhäusern kann auf diese Weise effektiv die erforderliche Erfahrung und Routine im Umgang mit bestimmten Leistungen akkumuliert werden.

Die Krankenhäuser befürworten ferner den Satz 3 des neu gefassten § 136b Absatz 3 SGB V. Zur differenzierten und kritischen Bewertung der Streichung des Ausnahmetatbestands „hohe Qualität“ wird auf die Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 41 a) aa) verwiesen. Hierzu ist unbedingt der Ausnahmetatbestand „nachgewiesene hohe Qualität“ für Mindestmengen, die in ihrer Höhe über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehen, **oder** der Ausschluss von Mindestmengen in dieser Höhe aufzunehmen. Nur dann sind die grundrechtsrelevanten Interessen der Krankenhäuser und die Grundrechte der Patientinnen und Patienten ausgewogen berücksichtigt. Ausdrücklich begrüßt wird die Beibehaltung der Regelungsbefugnis des G-BA bzgl. der Festlegung von Übergangsregelungen bei neuen oder geänderten Mindestmengen, die zum Ausschluss einer Rückwirkung sowie zur Planungssicherheit der Krankenhäuser notwendig sind, sowie die nunmehr auch gesetzlich ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit, Sonderregelungen (vom G-BA in § 6 Mm-R als „Ausnahmetatbestände“ bezeichnet) für die erstmalige oder erneute Erbringung mindestmengenrelevanter Leistungen durch Krankenhäuser zu schaffen. Diese Regelungen entsprechen den Vorgaben, die der G-BA in seinen Mindestmengenregelungen bereits normiert hat.

Die Krankenhäuser begrüßen darüber hinaus den Satz 5 des neu gefassten Absatz 3 des § 136b SGB V. Im 8. Kapitel, 2. Abschnitt, § 15 Abs. 1 der Verfahrensordnung des G-BA könnte ein entsprechendes Antragsrecht des BMG zur Festlegung einer Mindestmenge Eingang finden. Klarstellend wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine parallele Beratung über mehrere Mindestmengen im G-BA zwar erfolgen kann, erfahrungsgemäß eine komprimierte und konzentrierte Beratung von gleichzeitig maximal zwei Leistungsbereichen aber effektiver ist und schlussendlich in kürzerer Zeit zum Abschluss gebracht werden kann. Der G-BA legt die Prozess- und Arbeitsschritte für die einzelnen, zu beratenden Leistungsbereiche in einer Jahresplanung mit definierten Zeitkontingenten fest und plant aktuell 5 bis 6 nacheinander zu beratende Leistungen im Jahr.

Abschließend halten die Krankenhäuser den Satz 6 des neu gefassten § 136b Absatz 3 SGB V für richtig und erforderlich. Mit der Übergangsregelung für bereits laufende sowie zeitnah nach Inkrafttreten der Änderung des § 136b SGB V neu eröffnete Beratungsverfahren ist eine Verzögerung der Beschlussfassungen im G-BA ausgeschlossen.

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich auch den **neuen Absatz 4** des § 136b SGB V. Mit einer weitergehenden Operationalisierung und Schaffung von Transparenz über das Verfahren zur Festlegung von Mindestmengen wird eine nachvollziehbare und gleichmäßige Umsetzung sichergestellt.

Im Einzelnen halten die Krankenhäuser die Beibehaltung von § 136b Absatz 3 Satz 2 a.F. und damit die neue Nummer 1 des § 136b Abs. 4 SGB V für richtig.

Auch die neue Nummer 2 des § 136b Absatz 4 SGB V ist sinnvoll. Während die Operationalisierung von Leistungen, für die eine Mindestmenge festgelegt werden soll, durch die bereits bestehenden Vorgaben im 8. Kapitel, 2. Abschnitt, § 16 Abs. 4 der Verfahrensordnung des G-BA und den betreffenden Tragenden Gründen ausreichend geregelt ist, fehlen formale Vorgaben dazu, wie der G-BA im Rahmen seiner Entscheidungsfindung zu möglicherweise mindestmengenrelevanten Diagnosen, Prozeduren oder einer Kombination aus beiden kommt. Hierbei wird die Einschätzung von Fachexperten eine maßgebliche Rolle spielen und deren Einbeziehung in die Beratungen des G-BA ab Beratungsbeginn entsprechend in der Verfahrensordnung zu regeln sein.

Die Krankenhäuser begrüßen die neue Nummer 3 des § 136b Absatz 4 SGB V, da hierdurch ein einheitliches Verfahren zur Beteiligung von Fachexperten und Fachgesellschaften sichergestellt werden kann. Die Einbeziehung von Fachexperten entspricht bereits jetzt der gängigen Praxis des G-BA im Rahmen des Verfahrens zur Festlegung von Mindestmengen und ist in der am 15. Oktober 2020 *konsentierten „Konkretisierung der Verfahrensfestlegung des G-BA zur Priorisierung der Beratungen von Mindestmengen (Prozessschema)“* geregelt. Eine darüber hinaus gehende Einbindung von weiteren „unabhängigen“ Fachexperten und insbesondere von Fachgesellschaften wird von den Krankenhäusern als hilfreich und sinnvoll erachtet, könnte aber dazu führen, dass sich die Beratungsdauer im G-BA verlängert.

Die Krankenhäuser begrüßen ebenfalls die Neuregelungen in § 136b Absatz 4 Nummern 4 und 5 SGB V aus den eingangs erwähnten Gründen.

Änderungsvorschlag

§ 136b Absatz 3 Satz 3 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bei den Mindestmengenfestlegungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Übergangsregelungen **sowie Regelungen und Ausnahmetatbestände** für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen **sowie für über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehende Mindestmengen** vorsehen, **um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden.**

Zu Artikel 1 Nr. 41 c) bb) (§ 136b Abs. 5 SGB V) **Widerlegung der Prognosen (Mindestmengenregelung)**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in Satz 6 des § 136b Abs. 5 SGB V wird ausdrücklich klargestellt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die seitens der Krankenhausträger übermittelten Prognosen im Falle von begründeten erheblichen Zweifeln an deren Richtigkeit durch Bescheid widerlegen müssen. Aus der ehemaligen „kann“-Vorschrift wird damit eine „muss“-Vorschrift. Die ausdrückliche Verpflichtung zur Widerlegung der Prognose gilt erstmalig für die in 2022 übermittelten Prognosen für eine Zulässigkeit der Leistungserbringung durch den Krankenhausträger im Jahr 2023. Mit dem neuen zweiten Halbsatz in Satz 6 des § 136b Abs. 5 SGB V wird der G-BA in diesem Zusammenhang verpflichtet, mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele in den Mm-R aufzunehmen, wann bei einer übermittelten Prognose „begründete erhebliche Zweifel“ bestehen. Als festzulegende Regelbeispiele sollen insbesondere häufig eintretende Fallkonstellationen in Betracht kommen. Nach der Übergangsregelung im neuen Satz 12 des § 136b Abs. 5 SGB V gelten für die Prognosen bis einschließlich für das Jahr 2022 die aktuell geltenden Regelungen zur Widerlegung der Prognosen.

Stellungnahme

Für die vorgesehene Klarstellung ist der neue zweite Halbsatz in Satz 6 des § 136b Abs. 5 SGB V erforderlich. Für eine bundesweit einheitliche Widerlegungs-Praxis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ist eine Festlegung von Regelbeispielen in den Mindestmengenregelungen dahingehend, wann von begründeten erheblichen Zweifeln an der Richtigkeit der Prognose auszugehen ist, geeignet und erforderlich. Die Regelungen werden hierbei zwingend gegenläufig zu den bereits bestehenden, positiv formulierten und nachfolgend genannten Vorgaben für ein voraussichtliches Erreichen der Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen nach § 4 Abs. 1 und 2 Mm-R festzulegen und inhaltlich aufeinander abzustimmen zu sein. Eine berechnete mengenmäßige Erwartung für das jeweils nächste Kalenderjahr kann auf unterschiedlichen Gründen basieren:

- Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge am Krankenhausstandort erreicht hat (§ 4 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 2 Nr. 1 Mm-R).
- Eine berechnete mengenmäßige Erwartung kann sich ferner daraus ergeben, dass das Krankenhaus in den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres die maßgebliche Mindestmenge am Krankenhausstandort erreicht hat (§ 4 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Mm-R).
- Eine berechnete mengenmäßige Erwartung kann sich aus personellen Veränderungen ergeben (§ 4 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 Mm-R).

- Eine berechnete mengenmäßige Erwartung kann sich aus strukturellen Veränderungen ergeben (§ 4 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 Mm-R).
- Der Krankenhausträger kann darüber hinaus weitere Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung heranziehen, wie beispielsweise die COVID-19-Pandemie (§ 4 Abs. 2 Satz 3 und 4 Mm-R). Unabhängig davon können nach der aktuellen Gesetzeslage ggf. die Ausnahmetatbestände nach §§ 6, 7 und 10 Abs. 2 Mm-R sowie § 136b Abs. 5 SGB V geltend gemacht werden.

Da jedoch nicht sämtliche Fallkonstellationen absehbar sind, halten die Krankenhäuser die Ausführungen in der Gesetzesbegründung, dass es den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen möglich bleibt, in begründeten Einzelfällen bei einem einschlägigen Regelbeispiel trotzdem von einer Widerlegung abzusehen, für richtig und besonders wichtig.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 41 c) cc) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen (Mindestmengenregelung)

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Satz 7 des § 136b Abs. 5 SGB V sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dem G-BA einrichtungsbezogene Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen übermitteln, soweit dies für die Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und in Beschlüssen nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V vorgesehen ist. Ferner sind nach dem neuen Satz 8 des § 136b Abs. 5 SGB V die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen vom G-BA zu informieren.

Der neue Satz 9 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Entscheidungen über die Prognose gemeinsam und einheitlich treffen und gleichermaßen die vorbenannten Übermittlungen der Entscheidungen zu erfolgen haben.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die neuen Sätze 7, 8 und 9 des § 136b Abs. 5 SGB V. Die Vorgehensweise entspricht grundsätzlich bereits jetzt der gängigen Verfahrenspraxis, geregelt in § 5 Abs. 7 und 8 Mm-R.

Bereits jetzt informieren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den G-BA standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. In Abweichung zu der Neuregelung sind es allerdings auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (und nicht der G-BA), die die zuständigen Landesbehörden über die Prüfergebnisse informieren. In der Gesetzesbegründung heißt es widersprüchlich zu dem vorgeschlagenen Gesetzeswortlaut: *„Entsprechend soll sichergestellt werden, dass die Krankenkassen und Ersatzkassen abgestimmt einheitliche Entscheidungen treffen und darüber den G-BA und die Planungsbehörden informieren.“* Vor diesem Hintergrund bitten die Krankenhäuser um einen klarstellenden Hinweis bzw. eine Korrektur in der Gesetzesbegründung, wer in den genannten Konstellationen jeweils Absender der Informationen sein soll. Eine Abänderung des Übermittlungsverfahrens erscheint aus Sicht der Krankenhäuser jedenfalls möglich.

Die Krankenhäuser bedanken sich für die Klarstellung in der gesetzlichen Neuregelung, dass die Übermittlung von „einrichtungsbezogenen Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen“ seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an den G-BA für die Zwecke der Qualitätssicherung und ihrer Weiterentwicklung erforderlich und die Inhalte dieser „einrichtungsbezogenen Informationen“ in Beschlüssen nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V vorgesehen sein müssen, wohingegen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ausschließlich über das „Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen“ (Prognose bestätigt oder widerlegt) zu informieren sind.

Änderungsvorschlag

Klarstellende Hinweise in der Gesetzesbegründung.

Zu Artikel 1 Nr. 41 c) dd) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Keine aufschiebende Wirkung einer Klage (Mindestmengenregelung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des neuen Halbsatzes in Satz 11 des § 136b Abs. 5 SGB V wird festgelegt, dass die Klage eines Krankenhausträgers gegen eine seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen widerlegte Prognose keine aufschiebende Wirkung hat. Das bedeutet, dass das Krankenhaus während des laufenden Klageverfahrens die mindestmengenrelevante Leistung nicht weiter erbringen darf. Dies soll erstmalig im Rahmen des Prognoseverfahrens in 2022 für eine Zulässigkeit der Leistungserbringung im Jahr 2023 gelten.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen das Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage eines Krankenhausträgers gegen eine seitens der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen widerlegte Prognose ab. Das Entfallen der aufschiebenden Wirkung

einer Klage hätte zur Folge, dass Krankenhäuser ab dem betreffenden Prognosejahr bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens die Leistung nicht erbringen könnten. Die Dauer des Klageverfahrens ist einzelfallabhängig und kann unter Umständen mehrere Jahre benötigen. Selbst wenn die Klage schlussendlich Erfolg hat, werden in der Zwischenzeit Umstände eingetreten sein, die perspektivisch der Zulässigkeit der Leistungserbringung mangels berechtigter mengenmäßiger Erwartungen in den Folgejahren entgegenstehen, z. B. weil das erforderliche Fachpersonal die betreffende Klinik verlassen hat, strukturelle Veränderungen erfolgt sind oder die erforderliche Leistungsmenge im vorausgegangenen Kalenderjahr und den letzten zwei Quartalen des vorausgegangenen Kalenderjahres und den ersten zwei Quartalen des laufenden Kalenderjahres aufgrund des Leistungserbringverbots nicht erreicht wurde. An diesem Umstand vermag im Wesentlichen auch die Tatsache nichts zu ändern, dass Krankenhausträger gemäß § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) mit Erhebung einer Klage die Anordnung einer aufschiebenden Wirkung beantragen können. Bis zum Abschluss eines vorläufigen Rechtsschutzverfahrens können teilweise mehrere Monate vergehen. In diesem Zeitraum wäre es den Krankenhäusern untersagt, weiterhin die betreffende Leistung zur Erreichung der Mindestmenge zu erbringen. Dies wiederum ist aber Voraussetzung dafür, dass das Krankenhaus die Leistung auch perspektivisch vornehmen darf.

Mit dem Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage wird der Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen trotz möglichen Erfolgs einer Klage (und ggf. Aufhebung der einstweiligen Verfügung) in jedem Fall Rechnung getragen und vollendete Tatsachen werden geschaffen. Der Rechtsweg wäre für die betroffenen Krankenhausträger nutzlos. Das Qualitätssicherungsinstrument Mindestmengen könnten von den Krankenkassen sehr leicht für Strukturbereinigungszwecke missbraucht werden. Im Übrigen wären die Entscheidungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen über die Prognosen der Krankenhausträger strategieanfällig, Krankenhäuser könnten mittels einer Ablehnung jedenfalls vorübergehend von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag

§ 136b Absatz 5 Satz 11 SGB V (neu) ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 41 c) ee) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Übergangsregelung (Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Satz 12 in § 136b Abs. 5 SGB V soll eine Übergangsregelung festgelegt werden, wonach das Verfahren der Prognosedarlegung bis einschließlich für das Jahr 2022 nach den bislang geltenden Regelungen geführt werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Übergangsregelung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 41 d) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung (Mindestmengenregelung)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 5 des § 136b SGB V soll gestrichen und damit der Ausnahmetatbestand zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung abgeschafft werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen die Streichung des bisherigen § 136b Absatz 5 SGB V ab. Struktur und Angebot an Krankenhausleistungen müssen auf den Bedarf der Bevölkerung abgestimmt sein. Die Ziele des Krankenhausplanungsrechts, Versorgungssicherheit und Bedarfsdeckung zu schaffen, sind mit den Zielen der Qualitätssicherung in Einklang zu bringen. Mit der krankenhauserplanerischen Ausnahmeregelung in § 136b Abs. 5 SGB V – alt – war dies gewährleistet. Auf diese Weise war ein unzulässiger Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder durch den Bundesgesetzgeber ausgeschlossen.

Im Übrigen hat der Ausnahmetatbestand nach § 136b Abs. 5 SGB V – alt – im Rahmen der Entscheidungsfindung der Krankenhauseite bzw. der DKG im G-BA zur Festlegung oder Anpassung von bereits bestehenden Mindestmengen Eingang und bei etwaigen Entscheidungen entsprechend Berücksichtigung gefunden. Einer Gefahr für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung durch das Qualitätssicherungsinstrument Mindestmengen muss mithilfe von Ausnahmeregelungen zu Mindestmengen von vornherein entgegengewirkt werden. Die Einschätzung der Gefährdung muss hierbei in der spezifischen Versorgungssituation des Landes begründet sein und kann nicht auf allgemeinen, vom G-BA vorgenommenen Erwägungen basieren. Vielmehr muss das Land eine das individuelle Krankenhaus betreffende Abwägung zwischen den positiven Effekten und den negativen Auswirkungen einer strikten Umsetzung der festgelegten Mindestmenge vornehmen können. So ist es im Falle einer über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehenden Mindestmenge wahrscheinlich, dass durch ein Krankenhaus in einem Flächenland, das die Mindestmenge zwar geringfügig unterschreitet aber eine hohe Qualität nachweist, keine negativen Effekte sondern vor allem positive Effekte auf die Versorgung erreicht werden können.

Keinen Ersatz für § 136b Abs. 5 SGB V – alt – bietet die in der Gesetzesbegründung erwähnte Folgenabschätzung durch den G-BA. Zwar werden in diesem Rahmen etwaige Standortschließungen, Umverteilungen von Patienten sowie geänderte Entfernungen und Fahrzeiten zu den verbleibenden Standorten betrachtet, allerdings handelt es sich hierbei nur um Näherungswerte auf Grundlage einer Datenlage, die grundsätzlich ca. zwei Jahre zurückliegt. Auch kann im Rahmen der Beratungen im G-BA nicht auf einzelne Krankenhausstandorte eingegangen und für diese pauschal eine grundsätzliche Ausnahme von der Mindestmenge geschaffen werden. Der G-BA setzt in dieser Hinsicht regelmäßig und ganz bewusst auf die Möglichkeit der Länder zur Feststellung eines Ausnahmetatbestand zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, da nur die Länder im Einzelfall das aktuelle und regionale Versorgungsgeschehen umfassend abschätzen können.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung in § 136b Abs. 5 SGB V ist ersatzlos zu streichen und in der alten Fassung beizubehalten.

Zu Artikel 1 Nr. 41 e) (§ 136b Abs. 6 Satz 5 SGB V) **Streichung des Patientenkapitels in den Qualitätsberichten**

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung von § 136b Absatz 6 Satz 5 SGB V soll die Vorgabe zur Erstellung eines Patientenkapitels in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser entfallen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Änderung. Es ist sachgerecht, vor dem Hintergrund der geplanten Veröffentlichung einrichtungsbezogener, vergleichender, risikoadjustierter Übersichten über die Qualität maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 SGB V (G-BA-Qualitätsportal), auf ein spezielles Patientenkapitel in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu verzichten. Gleichzeitig wird an der Vorgabe festgehalten, dass patientenrelevante Informationen in den Qualitätsberichten enthalten sein sollen. Dies wird von den Krankenhäusern unterstützt. Allerdings darf das Bestreben, die Qualitätsberichte patientenrelevanter zu gestalten, nicht zu einer bloßen Anreicherung der darin enthaltenen Informationen führen. Zahlreiche in der Gesetzesbegründung adressierte Informationen sind in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser bereits enthalten. Unter anderem finden sich ausführliche Informationen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, zum Risiko- und Fehlermanagement, zu Hygienestandards und zur Personalausstattung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 41 f) (§ 136b Abs. 8 SGB V)

Weiterentwicklung der Qualitätsverträge – Evaluierung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird festgelegt, dass die neu zu beschließenden Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge auch im Rahmen der Evaluation durch das IQTIG zu berücksichtigen sind. Des Weiteren wird vorgesehen, dass die Evaluation bereits während der laufenden Erprobungsphase und nicht erst nach deren Abschluss erfolgen soll.

Die Ergebnisse aus der vom IQTIG durchzuführenden Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität im Rahmen der Erprobung sollen bis zum 31. Dezember 2028 vorgelegt werden. Auf deren Basis beschließt der G-BA zum 31. Oktober 2029 Empfehlungen zum Nutzen und zur weiteren Anwendung von Qualitätsverträgen, u. a. auch, ob eine Überführung in die Regelversorgung erfolgen soll.

In den vorgesehenen Ergänzungen des Absatzes 8 wird die verpflichtende Veröffentlichung einer Übersicht ab dem Jahre 2021 vorgesehen, in der die Krankenkassen und Krankenhäuser aufgeführt werden, die Qualitätsverträge geschlossen haben.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den differenziert formulierten Anspruch an die Qualitätsverträge. Es wird deutlich, dass die Einführung bzw. Erweiterung im Rahmen einer ausdrücklichen Erprobungsphase erfolgt. Vorfestlegungen zu den aus der Erprobung zu ziehenden Schlussfolgerungen werden vermieden und stattdessen wird auf die Ergebnisse der bevorstehenden Evaluation und die anschließenden Beratungen und Empfehlungen verwiesen.

Nach Kritik am Referentenentwurf zum GVWG hinsichtlich des vorgesehenen Zeithorizonts zur Evaluation der Qualitätsverträge begrüßen die Krankenhäuser die Verlängerung um ein halbes Jahr, sehen allerdings die Durchführung der (Abschluss-)Evaluation bis zum 31. Dezember 2028 als Grundlage einer abschließenden Empfehlung bis zum 31. Oktober 2029 weiterhin kritisch. In diesem Zusammenhang ist auf die Begründung zu Nummer 31 zu Buchstabe a zu Doppelbuchstabe bb (§ 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V) zu verweisen: „...weil sich nach der Kritik aus der Selbstverwaltung der hohe Aufwand einer Entwicklung und Umsetzung eines Qualitätsvertrags für den bisher sehr begrenzten Zeitraum von z. B. drei Jahren nur im Ausnahmefall lohnt.“ Der Kritik wird mit dieser neuen Zeitvorgabe

weiterhin nicht begegnet. Nach Beschlussfassung neuer Leistungen und Leistungsbereiche zum 31. Dezember 2023 und der anschließenden Anpassung der Rahmenvorgaben zwischen dem GKV-SV und der DKG bedarf es einiger Zeit, bis die Vertragspartner erste Qualitätsverträge verhandeln und beschließen. Das IQTIG wird ebenfalls Zeit für die Ausarbeitung des Evaluationsberichts benötigen. Es verbleiben somit wieder nur wenige Jahre, in denen die Qualitätsverträge ihre Anwendung finden und Informationen für die Evaluation generiert werden können.

Die Krankenhäuser begrüßen prinzipiell eine Veröffentlichung von Informationen zu Vertragspartnern und betroffenen Leistungen und Leistungsbereichen. Jedoch ist der derzeit formulierte verpflichtende Ansatz abzulehnen. Zu bedenken ist, dass die Qualitätsverträge zunächst im Rahmen der Erprobung geschlossen werden. Sollte mit dieser Veröffentlichung Wettbewerb intendiert werden, ist hierfür nicht der richtige Zeitpunkt. Es sollten die Erkenntnisse aus dem Evaluationsverfahren abgewartet werden, bevor eine verpflichtende Veröffentlichung vorgesehen wird. Die Evaluation wird erst zeigen, ob tatsächlich durch Qualitätsverträge eine verbesserte Verhandlungsqualität erzielt wird. Im schlimmsten Fall könnten Qualitätsverträge ggf. auch Nachteile für die Patienten haben. Es wird vorgeschlagen, die Regelung zur Veröffentlichung der Informationen dahingehend zu modifizieren, dass die Vertragspartner ihre Zustimmung zur Veröffentlichung gemeinsam, z. B. im Rahmen der Vertragsverhandlungen, festlegen können. Alternativ wäre eine Art „Kontaktbörse“ in Betracht zu ziehen, in der Interessensbekundungen und Angebote zu Qualitätsverträgen und Beschreibungen von Versorgungskonzepten inseriert werden könnten.

Änderungsvorschlag

§ 136b Abs. 8 SGB V wird wie folgt geändert:

bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 30. Juni ~~2028~~ 2029 vorliegen, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember ~~2028~~ 2029 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie Empfehlungen zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. In dem Beschluss über die Empfehlungen nach Satz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss darzustellen, inwieweit auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss auf seiner Internetseite regelmäßig eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen und der Zusammenschlüsse von Krankenkassen, die Qualitätsverträge nach § 110a geschlossen haben, einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden. In der Übersicht werden ausschließlich Vertragspartner geführt, die der Veröffentlichung der Daten zugestimmt haben. Das Institut nach § 137a übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die hierfür erforderlichen Informationen.“

Zu Artikel 1 Nr. 42 (§ 137 Abs. 2 SGB V)

100 % Dokumentationsverpflichtung auch für ambulante Leistungserbringer

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird die 100-prozentige Dokumentationspflicht im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf alle Leistungserbringer ausgeweitet.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Gleichlauf der Regelungen für die Leistungserbringer im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Die Vollständigkeit der übermittelten Daten stellt einen wichtigen Aspekt der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung dar.

Allerdings muss die Ermittlung der Dokumentationsrate fair und valide erfolgen. Die Umsetzung der softwaretechnischen Vorgaben und Datenflüsse für die Datenerhebung erfolgt erst im Regelbetrieb und unterliegt jährlichen Anpassungen, die vorher nicht erprobt werden können. Es sind demnach sowohl Unter- als auch Überdokumentationen zu beobachten, die vom Leistungserbringer nicht immer beeinflussbar sind und auch nicht nachträglich korrigiert werden können. Dennoch müssen Leistungserbringer bei Unterschreitung der 100-prozentigen Dokumentationspflicht auch in diesen Fällen ihr „Unverschulden“ nachweisen. Vor diesem Hintergrund erscheint die 100-prozentige Dokumentationspflicht als unverhältnismäßig und die Krankenhäuser schlagen vor, diese durch eine Vollständigkeit von 98 % zu ersetzen. Für den Umgang mit nicht gelieferten Datensätzen soll der G-BA Regelungen festlegen, um den Gründen für die Nichtlieferung nachgehen zu können.

Änderungsvorschlag

§ 137 Abs. 2 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von ~~100~~**98** Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der Leistungserbringer fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge vorzusehen, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt Regelungen für den Umgang mit nicht gelieferten Datensätzen fest.**

Zu Artikel 1 Nr. 43 a) (§ 137a Abs. 3 SGB V)

Weiterentwicklung der Patientenbefragung (digitale Formate)

Beabsichtigte Neuregelung

Dem G-BA wird die Möglichkeit gegeben, Patientenbefragungen, die sich digitale Formate nutzbar machen, gegenüber dem IQTIG zu beauftragen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen diese ergänzende Regelung, zu den bisher entwickelten papierbasierten Patientenbefragungen auch digitale Befragungsinstrumente für die Qualitätssicherung nutzbar machen zu können.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 43 b) (§ 137a Abs. 3 SGB V)

Anerkannte Befragungsinstrumente für Patientenbefragungen berücksichtigen

Beabsichtigte Neuregelung

Dem IQTIG wird explizit aufgegeben, bei der Entwicklung von Patientenbefragungen national oder international anerkannte Befragungsinstrumente zu berücksichtigen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen diese Aufforderung an das IQTIG. Hierdurch werden die knappen Ressourcen des IQTIG geschont und Patientenbefragungen rascher entwickelt. Fraglich ist allerdings, ob tatsächlich solche Instrumente, die frei von Rechten Dritter sind, in hinreichender Zahl zur Verfügung stehen, sodass sie durch den G-BA nutzbar gemacht werden können.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 44 (§ 137b Abs. 1 SGB V) **Barrierefreie Durchführung von Patientenbefragungen**

Beabsichtigte Neuregelung

Dem G-BA wird explizit aufgegeben, bei Aufträgen zur Entwicklung von Patientenbefragungen ab dem 1. Januar 2022 eine barrierefreie Durchführung vorzusehen. Für bereits erarbeitete Patientenbefragungen soll die Entwicklung der barrierefreien Durchführung bis zum 31. Dezember 2025 nachträglich durch den G-BA beauftragt werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene Änderung, da die Intention des Gesetzgebers nachvollziehbar begründet ist, Menschen mit Behinderungen nicht von Patientenbefragungen im Rahmen von Verfahren der Qualitätssicherung auszuschließen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 137e Abs. 4 SGB V) **Regelungen zur Abrechnung und zu Verordnungen im Rahmen von Erprobungen**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung werden Aspekte zur Umsetzung der Erprobungen nach § 137e SGB V näher spezifiziert. Diese betreffen das Verfahren der Abrechnung von Leistungen und den Bereich der Verordnungen (Verordnungsvordrucke). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben das Nähere dazu in einer Vereinbarung zu regeln.

Stellungnahme

Da sich für den Bereich der Verordnungen, insbesondere im Hinblick auf den Aspekt der Verordnungsvordrucke, zuletzt vermehrt Probleme im Zuge des Umsetzungsprozesses von Erprobungen abzeichneten, wird die hierfür nun vorgesehene gesetzliche Lösung begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 47 (§ 137f Abs. 1 SGB V)

Einführung eines DMP Adipositas

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird der G-BA verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren eine Richtlinie zu den Anforderungen an ein Disease-Management-Programm Adipositas zu erlassen. Damit sollen Verbesserungspotenziale in der nicht selten anspruchsvollen Versorgung dieser chronischen Erkrankung realisiert werden.

Stellungnahme

Die Schaffung eines Versorgungsangebotes in Form eines Disease-Management-Programmes stellt eine geeignete Maßnahme dar, die häufig langwierige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas zu verbessern.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 48 (§ 137i Abs. 1 Satz 6 SGB V)

Klarstellung zur Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Ergänzung in § 137i Absatz 1 Satz 6 SGB V soll klargestellt werden, dass die Pflegepersonaluntergrenzen, die bisher bereits für nicht stationäre Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung galten, auch in denjenigen Regelungsbereichen keine Anwendung finden, in denen der G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bzw. § 136a Absatz 5 SGB V Mindestanforderungen an das Pflegepersonal normiert.

Stellungnahme

Die DKG sieht die Pflegepersonaluntergrenzen als ein nicht zielführendes Instrument an und fordert stattdessen zusammen mit dem Deutschen Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di die zeitnahe Einführung eines Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes gemäß dem Auftrag der Konzertierte(n) Aktion Pflege (siehe Kapitel „weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“). Hierfür steht mit der PPR 2.0 ein erprobtes, wissenschaftlich begleitetes Interimsinstrument zur Verfügung. Ungeachtet der Grundsatzkritik an den Pflegepersonaluntergrenzen ist die vorliegende Ergänzung positiv zu bewerten, da sie das Verhältnis zwischen den Pflegepersonaluntergrenzen und den Mindestanforderungen an das Pflegepersonal gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bzw. § 136a Absatz 5 SGB V klarstellt. Um die aus der Begründung des Gesetzentwurfs hervorgehende Vorrangigkeit der Mindest-

anforderungen an das Pflegepersonal gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V gegenüber den Pflegepersonaluntergrenzen auch im Gesetz noch deutlicher abzubilden, schlagen die Krankenhäuser die nachstehende Änderung in § 137i Absatz 1 Satz 6 SGB V vor.

Änderungsvorschlag

§ 137i Absatz 1 Satz 6 SGB V wird wie folgt geändert:

Die Regelungsbereiche, in denen Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 2 normiert sind, bleiben unberührt.

Zu Artikel 1 Nr. 49 (§ 137j Abs. 1 Satz 5 SGB V)

Klarstellungen zur Anwendung des Pflegepersonalquotienten

Allgemeine Stellungnahme

Der Pflegepersonalquotient soll das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der Pflege zum Pflegeaufwand für jeden Standort eines Krankenhauses berechnen. Der Pflegeaufwand wird mittels des sogenannten „Pflegebelastkatalogs“, eines vom InEK anhand der in die Fallkosten einkalkulierten Pflegepersonalkosten erstellten Katalogs, berechnet. Der „Pflegebelastkatalog“ sollte ursprünglich dazu dienen, das Pflegekräfte-zu-Patienten-Verhältnis in pflegesensitiven Bereichen durch Risiko-adjustierung zu differenzieren. Bis jetzt konnte seine Eignung dafür nicht nachgewiesen werden. Im Pflegepersonalquotienten würde durch ihn das Verhältnis von beschäftigtem Pflegepersonal zu kalkulierten Pflegepersonalkosten zwischen den Krankenhäusern abgebildet. Nachdem die Pflegepersonalkosten nicht mehr über die Fallpauschalen, sondern unabhängig davon anhand der vom einzelnen Krankenhaus nachgewiesenen Kosten finanziert werden, entbehrt der Pflegepersonalquotient jeglicher Grundlage zur Bewertung einer angemessenen Pflegepersonalausstattung von Krankenhäusern. Krankenhäusern würden zusätzlich zu den Pflegepersonaluntergrenzen anhand einer willkürlich gezogenen Untergrenze Strafzahlungen aufgebürdet, weil sie Pflegepersonal nicht beschäftigen, welches sie über das Pflegebudget auch gar nicht finanziert bekommen. Deshalb lehnen die Krankenhäuser den Pflegepersonalquotienten in Gänze ab. Sollte die Bundesregierung trotz aller Kritik an diesem Instrument festhalten, bewerten die Krankenhäuser die geplanten Regelungen wie folgt:

Zu Artikel 1 Nr. 49 a) aa) (§ 137j Abs. 1 Satz 5 SGB V)
Klarstellung zur Anrechnung des Pflegehilfspersonals

Beabsichtigte Neuregelung

Nicht dreijährig examiniertes Pflegepersonal soll nur noch anteilig nach dem Quartilsansatz in Anlehnung an das Verfahren zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nach § 137i SGB V in die Anzahl der Vollkräfte im Zähler des Pflegepersonalquotienten einbezogen werden.

Stellungnahme

Die vorgesehene Einschränkung der Anrechnung des Pflegehilfspersonals nach dem Quartilsansatz – mit Verweis auf die Pflegepersonaluntergrenzen - ist an dieser Stelle nicht zielführend. Während die PpUG Mindestbesetzungsvorgaben für einzelne pflegesensitive Bereiche bzw. Stationen macht, soll der Pflegepersonalquotient im Sinne eines Ganzhausansatzes das gesamte Pflegepersonal im Verhältnis zum Pflegeaufwand darstellen. Zudem ist im Pflegeaufwand, der auf der Grundlage der Pflegepersonalkosten ermittelt wurde, sämtliches Pflegepersonal ohne Kappung des Pflegehilfspersonals enthalten. Wenn nunmehr im Nenner des Quotienten das Pflegehilfspersonal an der Quartilsgrenze gekappt wird, führt dies zu Verzerrungen. Im Übrigen ist der Quartilswert ein rein willkürlich gesetzter, wissenschaftlich nicht belegter Wert.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung in § 137i Abs. 1 Satz 5 SGB V ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 a) bb) (§ 137j Abs.1 Satz 9 und 10 SGB V)
Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten

Beabsichtigte Neuregelung

Der Pflegepersonalquotient und der Qualifikationsmix des Pflegepersonals aus den Daten nach § 21 KHEntgG sollen vom InEK erstmals bis zum 31. August 2021 für jeden Standort eines Krankenhauses veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Auf Grund der methodischen Schwächen und des damit verbundenen eingeschränkten Informationsgehalts des Pflegepersonalquotienten führt aus Sicht der Krankenhäuser eine Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten zu keinem Mehrwert für die Patienten.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 137i Abs. 1 Sätze 9 und 10 SGB V sind ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 b), c) (§ 137j Abs. 2 und 2a SGB V)

Anpassung der Sanktionierungsregelung bei Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnungsermächtigung zum Pflegepersonalquotienten bezieht sich nicht mehr auf die Veröffentlichung der Ergebnisse der Berechnungen des InEK, die jetzt gesetzlich geregelt ist, sondern auf den Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung. Eine Sanktionierung im Budgetjahr 2020 findet nicht statt. Die Krankenhäuser sollen zunächst über ihre Position innerhalb der Verteilung der Pflegepersonalquotienten informiert werden, bevor eine Sanktionierung in Kraft tritt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen, dass angesichts der außergewöhnlichen Lage eine Sanktionierung von Krankenhäusern wegen einer Unterschreitung der Untergrenze des Pflegepersonalquotienten unterbleibt. Auch ist es allein sachgerecht, dass die Krankenhäuser zunächst über die Ergebnisse der Auswertungen zum Pflegepersonalquotienten informiert werden, um sich darauf einstellen zu können, bevor eine Sanktionierung greift.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 66 (§§ 277 SGB V)

Weiterentwicklung des MD-Gutachterverfahrens - Mitteilungspflichten

Beabsichtigte Neuregelung

In § 277 Absatz 1 SGB V werden die Sätze 1 bis 3 dahingehend neu gefasst, dass der Medizinische Dienst ausschließlich der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen hat. Die bislang obligatorische Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung an den geprüften Leistungserbringer wird beschränkt, da diesem das Ergebnis der Begutachtung lediglich in den Fällen zu übermitteln ist, in denen es von der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung durch den Leistungserbringer abweicht. Weiterhin soll zudem eine Ausnahme von

dieser Übermittlungspflicht für die Fälle gelten, in denen die MD-Begutachtung eine Prüfung hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers durch den Leistungserbringer zum Gegenstand hat. In diesen Fällen ist dem geprüften Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung nur nach vorheriger Einwilligung des betroffenen Versicherten zu übermitteln.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung führt im Ergebnis zu einer Schlechterstellung der Krankenhäuser in der Praxis. Während die Krankenkasse über sämtliche Befunde sowie sämtliche Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes vollumfänglich informiert wird und damit Klarheit über den Begutachtungsfall hat, wird den geprüften Krankenhäusern diese Klarheit verwehrt, indem sie nur in den Fällen einer Abweichung des Begutachtungsergebnisses des Medizinischen Dienstes von der gestellten Abrechnung informiert werden und ihnen dann auch lediglich das Ergebnis der Begutachtung übermittelt wird.

In vielen Fällen wird den Krankenhäusern in der Praxis aktuell nach Ermessen des Medizinischen Dienstes das gesamte Gutachten zur Verfügung gestellt. Dies ist konsequent und auch unabdingbar, denn für geprüfte Krankenhäuser ist es nicht ausreichend, lediglich das Begutachtungsergebnis zu erhalten, sie müssen auch Kenntnis von den wesentlichen Gründen des Medizinischen Dienstes, wie er zu diesem Begutachtungsergebnis kommt, erhalten. Die Krankenhäuser müssen nachvollziehen können, aus welchen Gründen der Medizinische Dienst zu einem von den Angaben des Krankenhauses abweichenden Ergebnis kommt, um die Plausibilität des Begutachtungsergebnisses bewerten zu können.

Bedeutsam ist die Kenntnis des Begutachtungsergebnisses und der wesentlichen Gründe dafür auch vor dem Hintergrund, dass die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse vom Gutachten des Medizinischen Dienstes abweichen kann. Ohne Kenntnis des Begutachtungsergebnisses und der wesentlichen Gründe dafür kann das Krankenhaus weder erkennen, ob die Krankenkasse von der Einschätzung des Medizinischen Dienstes abgewichen ist, noch – falls ja – aus welchen Beweggründen. Diese Kenntnis ist für das Krankenhaus jedoch von großer Bedeutung, da es nur in Kenntnis dieser Umstände für sich prüfen kann, ob es die leistungsrechtliche Entscheidung akzeptiert oder ob plausible Gründe vorliegen, die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse anzuzweifeln. Dies umso mehr, als zukünftig verpflichtend ein einzelfallbezogenes Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b KHG durchzuführen ist, wenn eine Ungewissheit über die Abrechnung besteht. Eine sinnvolle Vorbereitung auf dieses verpflichtende Verfahren ist nur dann möglich, wenn auch das Krankenhaus vollumfängliche Kenntnis sämtlicher Erwägungen des Medizinischen Dienstes hat. Dies ist auch der Grund, warum die DKG auf Bundesebene aktuell strittig mit dem GKV-SV verhandelt, dass das Krankenhaus zum frühest möglichen Zeitpunkt das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes in jedem Fall zu erhalten hat. Die beabsichtigte Regelung konterkariert die laufenden Verhandlungen und verschlechtert die ohnehin ungünstige aktuelle Situation, was letztlich das bestehende Wissensgefälle zu Lasten der Krankenhäuser noch verstärkt, das der Intention eines

transparenten Prüfverfahrens und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller an einer Prüfung Beteiligten widerspricht.

Anzumerken ist zudem, dass der geprüfte Leistungserbringer keinesfalls lediglich dann Interesse an einer Mitteilung des Begutachtungsergebnisses habe, wenn dieses von seiner Darstellung des Behandlungsfalles abweicht. Auch die Kenntnis der Bestätigung der Darstellung des Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst oder einer Abweichung zu Gunsten des Krankenhauses ist für das Krankenhaus wichtig, um nachhalten zu können, ob die Krankenkasse von der Bewertung des Medizinischen Dienstes abweicht. Ohne Kenntnis des Begutachtungsergebnisses sowie der wesentlichen Gründe dafür bleibt es dem Krankenhaus unbekannt, ob die Krankenkasse für das Krankenhaus positive Begutachtungsergebnisse ignoriert. In Fällen eines für das Krankenhaus positiven Begutachtungsergebnisses durch den Medizinischen Dienst ist eine vollumfängliche Mitteilung des Begutachtungsergebnisses auch deshalb erforderlich, damit das Krankenhaus frühzeitig erkennen kann, ob das Prüfverfahren beendet ist oder nicht. Sonst müsste es den kompletten Fristablauf des Prüfverfahrens – aktuell 16 Monate nach Beauftragung des Medizinischen Dienstes – abwarten, was zu bilanziellen Belastungen führen kann.

Die weiterhin vorgesehene Begrenzung der Verpflichtung des Medizinischen Dienstes, aus Gründen des Datenschutzes dem Krankenhaus nachteilige Begutachtungsergebnisse in den Fällen, in denen das Vorliegen eines Behandlungsfehlers Gegenstand der Begutachtung gewesen ist, nur mit Zustimmung des betroffenen Patienten übermitteln zu dürfen, ist nicht erforderlich. Das betroffene Krankenhaus hat sämtliche Behandlungsdaten im Rahmen des Prüfverfahrens mitgeteilt, sämtliche Daten wären in einem späteren Gerichtsverfahren zudem ohnehin offenzulegen. Aus diesen Gründen ist es fair und transparent, dem Krankenhaus das Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Gründe des Medizinischen Dienstes mitzuteilen, insbesondere auch um die Möglichkeit einer außergerichtlichen Einigung nicht von vorneherein zu vereiteln, weil das Krankenhaus keine genaue Kenntnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes hat.

Änderungsvorschlag

§ 277 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 werden gestrichen und durch folgenden Satz 1 ersetzt:

~~„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung~~

~~dieser Gründe verpflichtet. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch vollständig zu übermitteln.“~~

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse und dem geprüften Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis zeitgleich mitzuteilen; dies gilt auch bei Prüfungen nach § 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4.“

§ 277 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 werden zu Sätzen 2 bis 4.

Zu Artikel 1 Nr. 69 (§ 299 Abs. 4 SGB V)

Verlängerung der Löschfrist und Verarbeitung von Daten bei Patientenbefragungen

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die bisherige Bedingung an die Versendestelle geändert, die vorsah, dass die Versendestelle über die Patientendaten aus den Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA hinaus keine weiteren Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten verarbeiten darf. Eine derartige Verarbeitung wird nunmehr ermöglicht, solange andere Vorschriften für sonstige Aufgaben im System der Gesundheitsversorgung hierfür die Grundlage bilden.

Es wird im Rahmen des allgemeinen datenschutzrechtlichen Grundsatzes der Erforderlichkeit die Befugnis für den G-BA geregelt, die gesetzliche Löschfrist von Daten insbesondere für Patientenbefragungen bis auf 24 Monate ausweiten zu können, bei denen methodische Erwägungen einen langen, regelmäßigen Befragungsturnus notwendig erscheinen lassen.

Des Weiteren wird klargestellt, dass die Regelungen aus § 299 Abs. 4 SGB V auch für Patientenbefragungen in digitaler Form gelten.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die geänderte Bedingung zur Datenverarbeitung in der Versendestelle, da somit ein Unternehmen als Versendestelle beauftragt werden kann, welches bereits auch anderweitige Aufgaben im System der Gesundheitsversorgung wahrnimmt. Die Krankenhäuser erwarten mit dieser Änderung, dass ein Unternehmen mit Vorerfahrung im Umgang mit besonders schützenswerten Gesundheitsdaten im Rahmen der Ausschreibung gefunden werden kann und begrüßen den baldigen Start der ersten Patientenbefragung als ergänzendes Qualitätssicherungsinstrument im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung.

Die Krankenhäuser begrüßen den Vorschlag zur Ausweitung der Löschfrist auf 24 Monate, da er wiederholte Datenlieferungen von patientenbezogenen Daten und damit Aufwände auf Seiten der Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und -ärzte vermeiden hilft.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 8 Abs. 1b KHG)

Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge. § 8 Abs. 1b KHG sah u. a. vor, dass Plankrankenhäuser, welche drei Jahre in Folge von Qualitätsabschlägen betroffen waren, aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind. Aufgrund des Wegfalls der Qualitätszu- und -abschläge wird der entsprechende Halbsatz gestrichen und nunmehr sind nur die Plankrankenhäuser aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, welche von unzureichender Qualität in einem erheblichen Maß bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betroffen sind.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge und somit auch diese Folgeänderung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 5 Nr. 2 b) (§ 17b Abs. 1a Nr. 3 KHG)

Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung des § 17b Abs. 1a Nr. 3 KHG entfallen die Vorgaben für die Vertragsparteien auf der Bundesebene, Regelungen für Zu- und Abschläge für die vom G-BA festgelegten Leistungen oder Leistungen mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge und somit auch diese Folgeänderung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 5 Nr. 3 a) (§ 17d KHG) **Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe a sollen auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtet werden, die Daten zum insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und zum unmittelbaren in der Patientenversorgung beschäftigten Pflegepersonals („Pflege am Bett“) gemäß § 21 Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe e KHEntgG zu erfassen und an das InEK zu übermitteln.

Stellungnahme

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Daten zum Pflegepersonal, insbesondere für die „Pflege am Bett“ erfassen und an das InEK übermitteln sollen, da diese Daten weder für die Absicherung der Personalausstattung im Rahmen der Qualitätssicherung noch zur Weiterentwicklung des PEPP-Kataloges erforderlich sind. Die Daten nach § 21 Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe e KHEntgG umfassen die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals („Pflege am Bett“). Diese Daten werden vom InEK für die Ermittlung des Pflegepersonalquotienten gemäß § 137j SGB V erfasst. Die Vorschriften zur Umsetzung des Pflegepersonalquotienten in § 137j Absatz 1 Sätze 8 und 9 SGB V lassen erkennen, dass sich der Quotient ausschließlich auf den Geltungsbereich des KHEntgG bzw. die Somatik bezieht. Die Personalausstattung für psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV wird dagegen gemäß § 136a Absatz 2 SGB V umfassend für alle therapeutisch und pflegerisch tätigen Berufsgruppen durch die Personalmindestanforderungen des G-BA geregelt: Die vom G-BA beschlossenen Mindestanforderungen umfassen fünf Berufsgruppen, darunter auch die Pflege. Die Anwendung eines zusätzlichen Pflegepersonalquotienten wäre systemfremd und ist daher sinnvollerweise nicht vorgesehen. Zudem ist im Geltungsbereich der BPfIV eine Abgrenzung der „Pflege am Bett“, wie für das Pflegebudget gemäß KHEntgG, nicht erforderlich und auch nicht durch die Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf der Bundesebene geregelt. Eine Erfassung dieser Daten wäre für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen somit auch faktisch nicht möglich. Zu der Erläuterung in der Begründung, dass die Daten zum Pflegepersonal anstelle der Psych-PV-Einstufung zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems genutzt werden sollen, ist anzumerken, dass die Übermittlung der Psych-PV-Einstufung ursprünglich mit den Vorgaben in § 17d Absatz 3 KHG, wonach bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems auch „von den Behandlungsbereichen nach der Psych-PV auszugehen“ ist, begründet war. Dieser Anwendungszweck der Psych-PV kann durch die Daten zum Pflegepersonal nicht erfüllt werden. Auch im Übrigen ist nicht erkennbar, welchen Nutzen diese Daten für die Weiterentwicklung des PEPP-Kataloges haben sollen.

Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe a GVWG ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 5 Nr. 3 b) (§ 17d KHG)

Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung des zweiten Satzes in § 17d Absatz 9 KHG soll klargestellt werden, dass die OPS-Codes 9-980 ff., 9-981 ff., 9-982 ff. und 9-983 ff. aufgrund des Wegfalls der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) aus der OPS-Version 2021 entfernt wurden und damit nicht mehr zu übermitteln sind.

Stellungnahme

Diese Klarstellung wird ausdrücklich begrüßt. Bei der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems sollte anhand der Einstufung in die Psych-PV überprüft werden, ob diese als Grundlage für die Kalkulation bei der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nutzbar wären. Die Inhalte der nicht-abrechnungsrelevanten OPS-Codes 9-980 ff., 9-981 ff., 9-982 ff. und 9-983 ff wichen vor dem Hintergrund dieser Zielstellung von den Einstufungskriterien der Psych-PV ab. Bei der Entwicklung des PEPP hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) jedoch festgestellt, dass die generierten Informationen aus diesen sogenannten Pseudo-OPS-Codes nicht als Grundlage für eine Kalkulation nutzbar sind. Dennoch wurden die OPS-Codes nicht abgeschafft und verursachten unnötige bürokratische Aufwände in den Krankenhäusern. Mit dem Inkrafttreten der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) wurden zudem die Behandlungsbereiche der Psych-PV verändert und ergänzt, so dass eine Anwendung der OPS-Codes nicht mehr adäquat umsetzbar war. Zusätzlich ist die Grundlage für die Ermittlung der OPS-Codes – die Psych-PV – außer Kraft getreten. Darüber hinaus wurde in der PPP-RL ein umfangreiches Nachweisverfahren etabliert, welches auch die Übermittlung der Einstufung der Patienten gemäß der Behandlungsbereiche und -kategorien der PPP-RL umfasst. Eine zusätzliche Übermittlung in Form von OPS-Codes ist damit obsolet.

Änderungsvorschlag

Entfällt

Artikel 6

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 6 Nr. 2 a) (§ 5 Abs. 3a KHEntgG)

Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung des § 5 Abs. 3a KHEntgG entfallen die Vorgaben für die Vertragsparteien auf der Ortsebene zur Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge und somit auch diese Folgeänderung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nr. 2 b) (§ 5 Abs. 3b KHEntgG)

Weiterentwicklung des Zuschlags für klinische Sektionen

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ermittlung des je Krankenhaus durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrags für klinische Sektionen, die zu Zwecken der Qualitätssicherung durchgeführt werden, haben die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG die durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für den jeweils maßgeblichen Zeitraum kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.

Stellungnahme

Die Regelung, die eine angemessene Refinanzierung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die regelmäßige Anpassung an die aktuellen Kalkulationsergebnisse des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Ziel hat, wird von den Krankenhäusern grundsätzlich begrüßt. Durch den Änderungsvorschlag der DKG zu Artikel 6 Nr. 4a (§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG) muss in § 5 Abs. 3b KHEntgG eine Folgeänderung dahingehend erfolgen, dass die, zwischen den Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene vereinbarten durchschnittlichen Kosten einer Sektion in voller Höhe zugrunde gelegt werden.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3b KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Ermittlung des durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrages sind die für den Vereinbarungszeitraum ~~vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 kalkulierten Kosten~~ von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1a Nummer 3 vereinbarten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.“

Zu Artikel 6 Nr. 3 (§ 8 Abs.4 Satz 2 KHEntgG)

Folgeänderung aufgrund der Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Änderung des Satzes 2 des § 8 Abs. 4 KHEntgG handelt es sich um eine mit der anvisierten Streichung der Ausnahmetatbestände nach § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und 5 SGB V a.F. sowie der anvisierten Aufhebung der Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V (a. F.) einhergehenden Folgeanpassung.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen aus den unter Artikel 1 Nr. 41 a) aa) und Nr. 41 d) genannten Gründen die Neuregelung des § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V und die Streichung des § 136b Abs. 5 SGB V a.F. ab und halten u. a. aus diesem Grund eine entsprechende Ergänzung in Satz 2 des § 8 Abs. 4 KHEntgG – neu – für erforderlich.

Entgelte für eine Leistung dürfen dann nicht berechnet werden, wenn ein Krankenhaus zur Leistungserbringung nicht berechtigt war. Die Leistungsberechtigung selbst hängt von den Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ab. Hierzu zählen einerseits die gesetzlichen Regelungen in § 136b Abs. 3 bis 5 SGB V und andererseits die Mindestmengenregelungen des G-BA. Auch nach § 136b Absatz 5 Satz 3 SGB V n.F. sind Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige und für die auf eine Unterbrechung folgende erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen denkbar. Die aktuell gültigen Mm-R sehen hierzu in § 7 Abs. 3 Satz 3 vor, dass das Krankenhaus im Falle einer erstmaligen oder erneuten Erbringung einer Leistung in den ersten 12 Monaten der Leistungserbringung (nur) mindestens 50 Prozent der Mindestmenge erfüllen müssen. Nur in dem Fall, dass das Krankenhaus die 50 Prozent der festgesetzten Mindestmenge in den ersten 12 Monaten nicht erfüllt, besteht mit Beginn des 13. Monats nach Beginn der Leistungserbringung ein Leistungserbungsverbot und Vergütungsausschluss.

Gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 Mm-R gilt ein Vergütungsausschluss im Übrigen auch dann nicht, wenn die betreffende Leistung im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.

Wie zuvor bereits erläutert, sprechen sich die Krankenhäuser für die Beibehaltung der Ausnahmetatbestände und der Sondergenehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung im Rahmen der Mindestmengenregelungen aus. Vor diesem Hintergrund ist auch der § 8 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG mit einer inhaltlichen Korrektur in seiner aktuell gültigen Fassung beizubehalten und redaktionell um den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge anzupassen. Die inhaltliche Korrektur ist erforderlich, da ein Vergütungsanspruch nicht nur in dem Fall besteht, dass eine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 5 SGB V - neu - nachgewiesen wird. Ein Vergütungsanspruch besteht z. B. auch bei den besonderen Fallkonstellationen einer erstmaligen oder erneuten Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung (bei der vor der Leistungsaufnahme gar keine Prognose abgegeben wird) nach § 136b Abs. 3 Satz 3 SGB V - neu - (die Krankenhäuser subsumieren diese Fallkonstellationen in ihrem gesetzlichen Änderungsvorschlag zusammenfassend unter § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V; sollte sich die Neuregelung des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V allerdings durchsetzen, wäre ersatzweise auf § 136b Abs. 3 Satz 3 SGB V - neu - zu verweisen) oder bei Notfalleistungen nach § 4 Abs. 4 Satz 3 Mm-R. Eine gesetzliche Klarstellung ist aus diesen Gründen erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn ~~ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit keine Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltend gemacht werden können oder~~ keine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 4~~5~~ des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird, Ausnahmetatbestände nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht geltend gemacht werden können oder eine Notfalleistung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht vorliegt.“

Zu Artikel 6 Nr. 4 a) (§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG)

Beauftragung des InEK zur Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion

Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene vereinbaren die Anforderungen an die Durchführung klinische Sektionen, insbesondere Mindestanforderungen für die Qualitätssicherung und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags. Das InEK wird mit der jährlichen Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion beauftragt.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) den Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Absatz 3b eingeführt und die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, insbesondere auch eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle. Eigentlich sollte dadurch ein finanzieller Anreiz zur Erhöhung der Anzahl der klinischen Sektionen gesetzt werden – vor allem im Sinne der Qualitätsverbesserung. Durch die – von den Kostenträgern eingeforderte - restriktive Gestaltung in der Vereinbarung (z. B. begrenzende Liste an Indikationen zur Sektion, dauerhafte Unterfinanzierung) ist dieser Anreiz jedoch ins Leere gelaufen. Daher begrüßen die Krankenhäuser vollumfänglich die im vorliegenden Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung enthaltenen Änderungsvorschläge für § 9 KHEntgG, die eine Abschaffung der Sektionsrate und der Indikationsliste vorsehen. Diese beiden Elemente haben sich aus Sicht der Krankenhäuser nicht bewährt und am Ende zu noch weniger Obduktionen geführt. Mit der vorgesehenen Anpassung der gesetzlichen Grundlage wird für die Krankenhäuser endlich Planungssicherheit bei klinischen Sektionen geschaffen.

Die Krankenhäuser begrüßen ebenfalls, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung eine klare Finanzierungsregelung schafft. Die jährliche Kalkulation der Obduktionskosten durch das InEK bietet eine valide Basis zur Vereinbarung der Durchschnittskosten auf der Bundesebene. Hierbei ist zu beachten, dass ggf. nach Art der Obduktion differenzierte Durchschnittskosten resultieren können. Eine analoge Vorgehensweise wird seit dem Jahr 2012 für die Ermittlung der Aufwandspauschalen für die Leistungen der Entnahmekrankenhäuser im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung nach dem Transplantationsgesetz angewandt. Hierbei bilden die Kalkulationsergebnisse des InEK die Ausgangsbasis für die Vereinbarung der Aufwandspauschalen durch die TPG-Vertragspartner. Bewährt hat sich in diesem Verfahren auch der Ausgleich des zeitlichen Verzugs zwischen der Ermittlung der Kostendaten und der Gültigkeit der Aufwandspauschalen. Dieser Ausgleich wird bei der Vereinbarung durch Einbeziehung der Kostenentwicklungen von zwei Jahren berücksichtigt. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, dieses bewährte Verfahren bei der Vereinbarung der Durchschnittskosten einer Sektion zu übernehmen.

Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

- „3. bis zum [Datum einsetzen: letzter Tag des dritten Monats nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie für die Qualitätssicherung erforderliche Mindestanforderungen fest, vereinbaren die jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Kosten klinischer Sektionen inklusive der Kostenentwicklung zwischen Kalkulationsjahr und Vereinbarungszeitraum als die Höhe der Durchschnittskosten klinischer Sektionen und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist mit der jährlichen Kalkulation der Kosten ~~einer klinischen Sektion~~ klinischer Sektionen zu beauftragen, wobei die für die Kalkulation entstehenden Kosten aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren sind;“

Zu Artikel 6 Nr. 4 b) (§ 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG)

Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung des § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG entfallen die Vorgaben für die Vertragsparteien auf der Bundesebene, die Höhe sowie die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und -abschlägen zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge und somit auch diese Folgeänderung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nr. 7 (§ 15 Abs. 3 KHEntgG)

Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei NUB-Entgelten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17), nach der auch bei erstmalig vereinbarten Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein Ausgleichsanspruch nach § 15 Abs. 3 KHEntgG besteht, wird gesetzlich nachvollzogen.

Stellungnahme

Mit der Anpassung wird im Einklang mit der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts Klarheit hinsichtlich der Einbeziehung erstmalig vereinbarter Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Liquiditätsausgleich geschaffen. Die Anpassung wird daher ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 10

Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Zu Artikel 10 Nr. 1 (Artikel 1 des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende bzw. §§ 2 und 2a TPG)

Anpassungen des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende

Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Anpassungen und der Korrektur fehlerhafter Verweise sollen die vorgeschlagenen Ergänzungen bei der Erhebung und Speicherung von personenbezogenen Daten im Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende dazu beitragen, dass Fehlzusammenhänge bei Doppelungen persönlicher Daten unterschiedlicher Personen im Abfragefall vermieden werden. Es wird klargestellt, dass neben Ärzten auch pflegerisches Fachpersonal im Rahmen seiner Tätigkeit als Transplantationsbeauftragte Zugriff auf den Abruf von Erklärungen zur Organ- oder Gewebespende im Register erhält. Des Weiteren wird das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte damit beauftragt, einmal jährlich einen anonymisierten Bericht zu veröffentlichen, in dem die im Register gespeicherten personenbezogenen Daten zu den dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ihrer Änderung und ihres Widerrufs nach Anzahl, Geschlecht, Geburtsjahr und Bundesland, in dem die erklärende Person ihren Wohnsitz ausgewertet werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgeschlagenen Änderungen. Insbesondere die Schaffung einer Berichtspflicht zur Veröffentlichung anonymer, belastbarer Daten zu Art und Anzahl der im Register hinterlegten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende ist ein wichtiger Schritt für die Identifikation von Verbesserungspotentialen im gesamten Organspendeprozess und der Weiterentwicklung der Aufklärungsarbeit in der öffentlichen Kommunikation.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 14

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 14 Nr. 2 und Nr. 4 (§ 5 Abs. 3 und § 9 Abs. 1 Nr. 3 BPfIV) Folgeänderung durch den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen durch den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge für den BPfIV-Bereich.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge und somit auch diese Folgeänderung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 15

Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG)

Zu Artikel 15 (§§ 1-9 GAPStatG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhebungen für die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals werden als Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine rechtliche Absicherung bestehender Statistiken, die durch systematische Zusammenführung und strukturierte Aufbereitung von entsprechenden sekundärstatistischen Angaben einen Informationsmehrwert erzeugen. Sie dienen zudem der Erfüllung europäischer und internationaler Lieferverpflichtungen der Bundesrepublik Deutschland.

Das regionale Gesundheitspersonalmonitoring wird als neue Bundestatistik mit Auskunftspflicht umgesetzt, die das Angebot und die Nachfrage des Personals in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens abbildet, um darüber zu informieren, für welche Berufsgruppen ein regionalspezifischer Mangel oder Überschuss besteht bzw. perspektivisch bestehen kann. Im ersten Schritt soll hier u. a. auch die Situation der Krankenhäuser abgebildet werden.

Die Gesundheitsausgabenstatistik, die Krankheitskostenstatistik sowie die Gesundheitspersonalstatistik werden auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen erstellt. Zusätzliche Erhebungen erfolgen u. a. bei Institutionen des Bundes und der Selbstverwaltung. Weitere Erhebungen bei Krankenhäusern sind nicht vorgesehen.

Auch das regionale Gesundheitspersonalmonitoring wird auf Grundlage von Bundesstatistiken sowie Daten aus allgemein zugänglichen Quellen erstellt. Es sollen u. a. die „Grunddaten der Krankenhäuser“ regional differenziert aufbereitet und ausgewertet werden. Weitere Erhebungen sind ggf. bei der Bundesagentur für Arbeit, bei Behörden und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie bei den Landesgesundheitsministerien, jedoch nicht bei den Krankenhäusern vorgesehen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen insbesondere den Aufbau eines regionalen Gesundheitspersonalmonitorings. Die Gewinnung hochqualifizierten Personals ist für Krankenhäuser elementar. Ein Überblick über den regionalspezifischen Mangel oder Überschuss von Pflege- und anderen Fachkräften hilft sowohl bei der Akquise neuer Mitarbeiter als auch bei der Beurteilung von Fragen der Personalbemessung.

Um jedoch ein umfassendes Bild des Personals – gerade auch im ambulant tätigen Bereich – zu erhalten, ist es zweckmäßig und notwendig, die Aufzählung der zu erhebenden Daten um Angaben zu Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich zu ergänzen.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 1 (neu) GAPStatG wird wie folgt ergänzt:

(1) Die Statistik nach § 1 Absatz 2 Nummer 4 erfasst folgende Sachverhalte:

1. das Personal als Beschäftigungsverhältnisse pro Kreis oder kreisfreier Stadt in ambulanten und stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst nach Berufsabschluss, ausgeübtem Beruf, Tätigkeits- oder Funktionsbereich, Geschlecht, Geburtsjahr und Beschäftigungsart,
2. das Personal als Vollzeitäquivalente pro Kreis oder kreisfreier Stadt in ambulanten und stationären sowie teilstationären Pflegeeinrichtungen, nach Einrichtungsart, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Arbeitsanteil für die Pflegeeinrichtung sowie Geschlecht und Geburtsjahr.

Darüber hinaus dürfen folgende Sachverhalte erfasst werden:

1. das Personal zum Erhebungsstichtag in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie im öffentlichen Gesundheitsdienst pro Kreis oder kreisfreier Stadt nach Arbeitsstunden, Beschäftigungsart, ausgeübtem Beruf, Funktionsbereich, Geschlecht und Geburtsjahr,
2. Anzahl der Pflegebedürftige pro Kreis oder kreisfreier Stadt nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Sitz und Art der Einrichtung, Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung und Grad der Pflegebedürftigkeit sowie
3. Anzahl der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Kreis oder kreisfreier Stadt des Behandlungsortes, Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie nach Geschlecht, Geburtsjahr, Hauptdiagnose und Verweildauer.
4. **Anzahl der Patientinnen und Patienten im niedergelassenen Bereich nach Kreis oder kreisfreier Stadt des Behandlungsortes, Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie nach Geschlecht, Geburtsjahr, Hauptdiagnose und Behandlungsdauer.**

Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen (Ausschussdrucksache 19(14)310)

Zu Änderungsantrag 3 (§§ 64d, 295 SGB V und § 3 Datentransparenzverordnung) Modellvorhaben zur Genomsequenzierung bei seltenen Erkrankungen und Krebserkrankungen

Beabsichtigte Neuregelung

Gegenstand der vorgesehenen Regelungen in § 64d SGB V (neu) ist ein groß angelegtes Modellvorhaben zur Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung in der Onkologie und bei seltenen Erkrankungen.

Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben berechnigte Leistungserbringer sind gemäß § 64d Absatz 3 SGB V (neu) Krankenhäuser, insbesondere Hochschulkliniken, die über ein Zentrum für seltene Erkrankungen oder über ein Zentrum für onkologische Erkrankungen, welches die Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V erfüllt, verfügen. Ebenfalls teilnahmeberechnigt sind Zusammenschlüsse mehrerer Krankenhäuser, ein Krankenhaus, das aus mehreren Fakultäten besteht, oder sonstige ärztliche Leistungserbringer der Humangenetik, die die Aufgabe nach Absatz 2 (Leistungserbringung in Rahmen des Modellvorhabens) wahrnehmen können.

Zur Durchführung des Modellvorhabens schließt der GKV-SV mit Leistungserbringern, die hierfür geeignet sind, einen Vertrag mit bindender Wirkung für die Krankenkassen. Der GKV-SV soll demnach die Vertragsverhandlungen unmittelbar mit den geeigneten Leistungserbringern führen. Die geeigneten Leistungserbringer sollen die Verhandlungen als Arbeitsgemeinschaft führen, zu der sie sich zusammenschließen.

Der Vertrag soll u. a. die umfassten Indikationen, die Voraussetzungen zur Teilnahme der Versicherten, Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, Koordination und Struktur der Abläufe, Möglichkeiten der Kooperation sowie die Vergütung beinhalten.

Vor Abschluss des Vertrages ist der KBV und der DKG Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vorgesehen ist, dass der Vertrag bis zum 1. Januar 2022 zu schließen ist. Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht bis zum 1. Januar 2022 zustande, soll der Vertragsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt werden.

Als weiteren wichtigen Aspekt dieses Modellvorhabens sieht die Regelung eine Zusammenführung und Analyse der aus der Genomsequenzierung gewonnenen Daten vor, die dem Zweck der Verbesserung der Diagnostik und personalisierten Therapiefindung auf Grundlage versorgungs- und forschungsrelevanter Daten dienen soll.

In einer gemeinsamen Dateninfrastruktur sollen dazu die Daten zusammengeführt und mittels künstlicher Intelligenz analysiert werden. Für die „Ausgestaltung“ der Dateninfrastruktur soll vom BMG bis zum 15. November 2021 ein Vertrag mit einem „geeigneten“ Entwickler abgeschlossen werden. Die Dateninfrastruktur soll nach Absatz 9 Satz 1 den Zugang sowie die Nutzung von Daten, die Datenerhebung, -zusammenführung und -auswertung der im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung nach Absatz 2 gewonnenen Daten ermöglichen. Die im Rahmen der Leistungserbringung erhobenen Daten sind gemäß Absatz 2 Satz 6 innerhalb von drei Monaten in eine gemeinsame Dateninfrastruktur nach Absatz 9 einzupflegen. Die Nutzung der Daten aus der Dateninfrastruktur steht gemäß Absatz 9 Satz 2 unter dem Vorbehalt der Einwilligung durch den Versicherten. Technisch muss die Dateninfrastruktur sicherstellen, dass Datenanalysen im Rahmen von nationalen, europäischen und internationalen Forschungsvorhaben vorgenommen werden können. Die rechtliche Grundlage dafür muss laut Gesetzesbegründung außerhalb des Modellvorhabens bundesweit einheitlich geregelt werden.

Das Modellvorhaben ist schließlich einer Evaluation zu unterziehen, die auch darauf ausgerichtet sein soll, einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung zu unterbreiten.

Stellungnahme

Die Intention der Regelung, die Genommedizin in Deutschland zu befördern und nachhaltig zu implementieren, wird ausdrücklich begrüßt. Die internationalen Entwicklungen in diesem wichtigen Segment des medizinischen Fortschrittes ließen befürchten, dass Deutschland ohne ein baldiges Handeln Gefahr liefe, den Anschluss zu verpassen. Insofern ist auch der Ansatz folgerichtig, die gewonnenen Daten unter versorgungs- und forschungsrelevanten Gesichtspunkten zusammenzuführen und zu analysieren sowie den Blick in eine mögliche Überführung dieser Leistungen in die Regelversorgung zu richten.

Abzulehnen ist demgegenüber die gesetzliche Ausgestaltung eines direkten Vertragsschlusses zwischen GKV-SV und den geeigneten Leistungserbringern als Arbeitsgemeinschaft. Diese Aufgabe muss vielmehr den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene zustehen. Nur durch Inanspruchnahme der bestehenden und bewährten Strukturen in der Selbstverwaltung können die Interessen auf Seiten der Leistungserbringer ausreichend gebündelt werden. Dies kann keinesfalls erreicht werden, indem KBV und DKG lediglich eine Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt wird. Zudem wäre es systemwidrig, eine neue Zwischenebene einzuführen und für den hier vorgesehenen Teilbereich einen unmittelbaren Vertragsschluss zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern auf der Bundesebene vorzusehen. Nach der bisherigen Systematik hat der Gesetzgeber derartige Aufgaben immer den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene übertragen. Als Beispiel seien die Verträge über die Leistungserbringung der Hochschulambulanzen in § 117 SGB V zu nennen. Konstrukte in Form dreiseitiger Vereinbarungen auf Bundesebene gibt es auch zum ambulanten Operieren (115b SGB V), zu den psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) oder den geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118a SGB V). Diese Systematik sollte unbedingt beibehalten werden. Die Einbeziehung der geeigneten

Leistungserbringer in die Vertragsstrukturen auf der Bundesebene kann über eine Beitrittslösung erfolgen. Im Falle eines Scheiterns der dreiseitigen Verhandlungen auf der Bundesebene steht mit dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V zudem ein erprobter Mechanismus für die Konfliktlösung zur Verfügung. Die notwendige Expertise für die vorgesehenen Vertragsinhalte wird über die bewährten Verbands- und Selbstverwaltungsstrukturen sichergestellt.

Abgesehen davon erscheinen aber auch bestimmte Regelungen in dem vorliegenden Entwurf nicht normenklar oder lassen Zweifel an deren Umsetzbarkeit aufkommen. So kann laut Zentrums-Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 5 SGB V nur ein singulärer Standort ein Zentrum bilden, außer es sind abweichende Regelungen getroffen worden. Absatz 5 der vorgesehenen Regelung sieht zusätzlich vor, Zusammenschlüsse mehrerer Krankenhäuser oder eines Krankenhauses mit Fakultäten zu berücksichtigen. Auch in der Begründung ist dieser Zusammenschluss nicht näher erläutert. Hier wird lediglich von „unterschiedlichen Zusammenschlüssen“ gesprochen. Die Anforderungen widersprechen sich somit, weshalb es einer Klarstellung bedürfte, dass mehrere Krankenhäuser oder Fakultäten diese Zentren bilden können. Zudem ist zu beachten, dass sich die Zentrums-Regelungen des G-BA derzeit regelhaft noch in der krankenhauserplanerischen Umsetzung in den verschiedenen Ländern befinden. Eine Benachteiligung von Krankenhäusern, die eine Teilnahme am Modellvorhaben beabsichtigen, allerdings planerisch noch nicht als Zentrum ausgewiesen sind, darf nicht entstehen. Auch erscheint es zweckmäßig, bereits bestehende Aktivitäten auf Initiative einzelner Bundesländer in diesem Versorgungsbereich dahingehend zu berücksichtigen, dass daran beteiligten Einrichtungen unabhängig von einer Bezugnahme auf die Zentrums-Regelungen des G-BA die Möglichkeit zur Teilnahme eröffnet wird.

Des Weiteren sind der Neuregelung keine funktionalen und sicherheitstechnischen Anforderungen an die Dateninfrastruktur zu entnehmen. Dies darf zum einen nicht dazu führen, dass Parallelstrukturen bzw. weitere Insellösungen geschaffen werden. Zum anderen muss bei der Definition der Anforderungen die Expertise der Beteiligten einbezogen werden.

Daher muss zunächst ausgeführt werden, in welchem Verhältnis die Dateninfrastruktur zur Telematikinfrastuktur steht. Der Aufbau der Telematikinfrastuktur und die Anbindung an die Telematikinfrastuktur verursachen sehr hohe Kosten und Aufwände bei den Krankenhäusern. Die Dateninfrastruktur darf keine zusätzlichen Anforderungen an die an dem Modellvorhaben teilnehmenden Krankenhäuser stellen. Die Komponenten und Dienste der Telematikinfrastuktur mit ihren Sicherheitsmechanismen sind für den Zugriff auf die „Dateninfrastruktur“ zu nutzen. Die Anforderungen an die Datensicherheit haben sich an den Anforderungen für die Telematikinfrastuktur zu orientieren. Zudem muss geregelt werden, wie darüber hinaus die Selbstverwaltungspartner, das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und die/der Bundesbeauftragte(n) für den Datenschutz und die Informationsfreiheit bei der Definition der Anforderungen für die Dateninfrastruktur berücksichtigt werden. Auch diese Verfahren sind im Rahmen des Aufbaus und des Betriebs der Telematikinfrastuktur etabliert.

Es muss klargestellt werden, in wessen Hoheit die Dateninfrastruktur betrieben wird. Das BMG hat eine Dateninfrastruktur zu entwickeln und über die Ausgestaltung einen Vertrag zu schließen. Der Neuregelung ist aber nicht zu entnehmen, wer die Daten in der Dateninfrastruktur bereitstellt. Insbesondere aus Datenschutzsicht muss klar sein, wer Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Regelungen zur Dateninfrastruktur nur rudimentär sind. Es entsteht der Eindruck, dass die Dateninfrastruktur insbesondere für Analysen mittels künstlicher Intelligenz in künftigen Forschungsvorhaben genutzt werden soll. Während die rechtlichen Grundlagen hierfür außerhalb des Modellvorhabens geschaffen werden sollen, müssen die technischen Festlegungen für die Dateninfrastruktur aber bereits im Modellvorhaben getroffen werden. Ein Verweis darauf, dass das BMG entwickelt und ein Entwickler ausgestaltet, ist insbesondere mit Blick auf die Sensibilität der Daten nicht ausreichend – auch nicht innerhalb eines Modellvorhabens.

Schließlich erscheint der Zeitplan der Umsetzung mit einem Inkrafttreten des Vertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringern zum 1. Januar 2022 außerordentlich ambitioniert. Diese Frist würde bereits bei der vorgeschlagenen Vertragslösung auf Selbstverwaltungsebene eine große Herausforderung darstellen. In der vorliegenden, mit vielen organisatorischen Teilschritten und bislang nicht etablierten Strukturen versehenen Regelung erscheint diese Frist jedoch illusorisch.

Änderungsvorschlag

Aufgrund der Komplexität des Regelungsentwurfes, der grundsätzlichen Kritik am Vertragskonstrukt sowie der kurzen Stellungnahmefrist zu diesem Änderungsantrag unterbleiben an dieser Stelle die zumeist üblichen Vorschläge für dezidiert veränderte Regelungstexte. Zusammenfassend sind insbesondere folgende strukturelle Änderungen für die gesetzliche Ausgestaltung des vorgesehenen Modellvorhabens notwendig:

- Die Ausgestaltung des Vertrages zur Durchführung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels einer Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen erfolgt als dreiseitige Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner GKV-SV, KBV und DKG auf der Bundesebene.
- Inhalte dieser dreiseitigen Vereinbarung auf der Bundesebene sind die bereits im vorliegenden Regelungsentwurf unter Absatz 7 aufgeführten Aspekte.
- Die Einbeziehung der geeigneten Leistungserbringer in die Vertragsstrukturen auf der Bundesebene erfolgt über eine Beitrittslösung.
- Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande oder wird eine bestehende Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a SGB V.

Außerdem bedarf es im Hinblick auf eine zügige und möglichst unstrittige Umsetzung der Regelung in der Versorgungsrealität bereits auf Gesetzesebene hinreichend normenklarer Vorgaben, welche Leistungserbringer zur Teilnahme am Modellvorhaben berechtigt sind.

Darüber hinaus ergibt sich ein relevanter Bedarf der Spezifizierung in den Regelungen zur Dateninfrastruktur.

Zu Änderungsantrag 9 (§ 21 KHG)

Klarstellung zur Berücksichtigung der besonderen Einrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass nicht nur die Krankenhäuser, welche in der Anlage der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung – AusglZAV gelistet sind, einen Anspruch auf Ausgleichszahlungen haben, sondern alle dem KHEntgG unterliegenden Einrichtungen, insbesondere auch besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG oder Krankenhäuser, für die eine Ermittlung des Casemixindex und der durchschnittlichen Verweildauer nicht möglich ist. Für Kliniken, die sowohl nach dem KHEntgG als auch nach der BPfIV abrechnen, wird zugleich klargestellt, dass nur der Leistungsbereich des KHEntgG von der Anspruchsberechtigung erfasst ist.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Klarstellung, dass auch besondere Einrichtungen einen Anspruch auf Ausgleichszahlungen haben. Dies ist jedoch nicht ausreichend. In der derzeitigen Lage zeigt sich, dass pandemiebedingte Erlösausfälle nur zu einem geringen Anteil durch „aktives Freihalten“ entstehen. Vielmehr ist den Krankenhäusern in massivem Umfang Liquidität dadurch entzogen, dass unter anderem durch die notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes (Abstandsregeln etc.), die erforderlichen Personalkonzentrationsmaßnahmen aufgrund von Personalausfällen und die nach wie vor starke Zurückhaltung elektiver Patienten die regulären Leistungen nicht erbracht und damit Erlöse nicht erzielt werden können. Die beschriebenen Erlösausfälle betreffen somatische und psychiatrische bzw. psychosomatische Kliniken gleichermaßen, weshalb auch Krankenhäuser im Leistungsbereich der BPfIV einen Anspruch auf Ausgleichszahlungen erhalten sollten.

Änderungsvorschlag

§ 21 Absatz 2a Satz 1 KHG (neu) wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „in der Anlage zur COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungsverordnung“ durch die Wörter „nach § 1 Absatz 1 Nummer 2, **Nummer 3 oder Absatz 2** der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungsverordnung oder in der

Anlage zu dieser Verordnung“ ersetzt ~~und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Ermittlung hat nur für den Leistungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes zu erfolgen“ eingefügt.~~

Zu Änderungsantrag 10 (§ 295 SGB V)

Erhöhung der Transparenz bei der Weiterentwicklung der Kodiervorgaben durch die KBV

Beabsichtigte Neuregelung

In § 295 Abs. 4 SGB V wird am Ende von Satz 4 ergänzt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Regelungen und Prüfmaßstäbe zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren nachvollziehbar und transparent zu begründen sowie Anforderungen für die Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten darzulegen und die entsprechenden Erläuterungen auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen hat. Diese Änderung verfolgt das Ziel, die Transparenz über die hier vorgesehenen jährlichen Aktualisierungen zu erhöhen. Schriftliche Begründungen werden gefordert, sofern Anmerkungen aus Stellungnahmen nicht oder nur teilweise berücksichtigt wurden.

Stellungnahme

Da die Krankenhäuser von den Vorgaben und verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüsseln im ambulanten Bereich gleichermaßen betroffen sind und zudem zahlreiche Kodierrichtlinien seit vielen Jahren für den stationären Bereich gelten, wird die Regelung von den Krankenhäusern begrüßt. Die Anpassung kann widersprüchliche Regeln zur Kodierung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sowie Bürokratie vermeiden und eine einheitliche Kodierung fördern.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 14 (§ 17b und §§ 31 bis 35 KHG)

Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den in Änderungsantrag 14 enthaltenen Neuregelungen der §§ 31 bis 35 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG ist die Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beabsichtigt. Außerdem sollen Regelungen eingeführt werden,

dessen Eignung zur Aufgabenwahrung zu gewährleisten sowie zu dessen Aufsicht und Haftung sowie dessen Finanzierung. Hierzu werden in § 31 KHG der Aufgabenkreis des InEK und dessen Funktionen festgelegt. Des Weiteren soll § 32 KHG die Eignung des InEK zur Aufgabenwahrung sicherstellen und gewährt dem BMG in diesem Kontext im Wesentlichen folgende umfassende Möglichkeiten zur Einflussnahme auf auch gesellschaftsinterne Vorgänge innerhalb des InEK:

- Erweiterung des Gesellschaftszwecks des InEK bedarf der Zustimmung des BMG,
- Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers oder der Geschäftsführer des InEK können vom BMG durch Widerspruch verhindert werden,
- Verpflichtung des InEK, beabsichtigte Änderungen des Gesellschaftsvertrages dem BMG mitzuteilen sowie dem BMG den Jahresabschluss nach § 264 HGB, den Lagebericht nach § 289 HGB und den Prüfungsbericht nach § 321 HGB zur Kenntnis zu geben,
- Auflösung des InEK durch die Gesellschafter bedarf der Zustimmung des BMG und
- Rechtsaufsicht über das InEK liegt beim BMG.

Stellungnahme

Sämtliche der in den §§ 31 – 35 KHG beabsichtigten Neuregelungen sind abzulehnen.

Das InEK wird von den Selbstverwaltungspartnern (Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung) gemeinsam als Gesellschafter getragen und in der Rechtsform einer GmbH betrieben. Beim InEK handelt es sich somit um ein Institut der Selbstverwaltungspartner.

Das InEK wurde von den Selbstverwaltungspartnern seinerzeit gegründet, um den Auftrag der Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems in der Somatik (DRG-Fallpauschalensystem) umzusetzen. Seitdem wurden dem InEK von den Selbstverwaltungspartnern weitere Aufgaben im Kontext der Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems und der Einführung und Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems übertragen. Auch wenn der Gesetzgeber dem InEK in den zurückliegenden Jahren unter Duldung der Gesellschafter weitere Aufgaben übertragen hat, blieb das Institut stets ein Institut der Selbstverwaltungspartner und damit eine Plattform, welche den Selbstverwaltungspartnern einen offenen und vertrauensvollen Diskurs zu sämtlichen Fragen der Systementwicklung ermöglichte. Dieser Umstand trägt auch zur Akzeptanz der Vergütungssysteme in der Praxis bei, insbesondere weil Krankenhäuser und Kostenträger sich gleichermaßen darauf verlassen können, dass die jeweiligen – oftmals wiederstreitenden – Interessen sich im inhaltlichen Diskurs und der Gesellschafterstruktur des InEK wiederfinden.

Echte Selbstverwaltungsentscheidungen können nur in einer Selbstverwaltungsinstitution getroffen werden, die frei von äußeren Eingriffen agieren kann. Die mit den Neuregelungen der §§ 31 – 35 KHG beabsichtigten Einflussnahmemöglichkeiten des BMG und vor allem die vorgesehene Beleihung des InEK untergraben jedoch diesen Grundsatz.

Das InEK ist von den Selbstverwaltungspartnern seinerzeit ausdrücklich als „Verwaltungshelfer“ gegründet worden, sodass die maßgeblichen Entscheidungen im Kontext mit der Entwicklung und Weiterentwicklung der Vergütungssysteme im Krankenhaus immer Entscheidungen der Selbstverwaltungspartner sind, welche ja ihrerseits gerade als gesetzlich beauftragt gelten.

Die mit § 32 KHG beabsichtigten Folgeregelungen, insbesondere das Zustimmungserfordernis des BMG zur Erweiterung des Gesellschaftszwecks sowie das Widerspruchsrecht des BMG bei Bestellung und Abberufung der Geschäftsführung als auch die Mitteilungspflicht des InEK dem BMG gegenüber betreffend beabsichtigter Änderungen des Gesellschaftsvertrages und die umfassende Vorlagepflicht von Unterlagen bis hin zum Zustimmungserfordernis des BMG zur Auflösung des InEK, greifen in nicht notwendiger und nicht nachvollziehbarer Weise in die inneren Angelegenheiten des Instituts ein.

Das BMG ist kein Gesellschafter des InEK. Ausweislich der vorliegenden Neuregelungen möchte es zwar auch keine Gesellschafterposition einnehmen, behält sich in den voranstehenden ureigenen Gesellschaftsangelegenheiten aber dennoch ein überschießendes Mitspracherecht vor, welches nicht akzeptiert werden kann. Es bestimmen ausschließlich die Gesellschafter des InEK über seine Ausgestaltung. Personelle Entscheidungen hinsichtlich der Geschäftsführung des InEK sind von den Gesellschaftern zu treffen, wie auch Beschlüsse über die Auflösung der Gesellschaft. Da das BMG nicht zum Gesellschafterkreis zählt und diesem auch nicht angehören möchte, kommen die in den §§ 31-35 KHG beabsichtigten Neuregelungen ihrem Wesen nach einem enteignungsgleichen Eingriff nahe.

Je stärker das BMG Einfluss auf die Entscheidungsprozesse des InEK, seine gesellschaftsrechtliche Ausrichtung und seine innere Struktur nimmt, desto weniger sind die Arbeitsergebnisse des InEK auf die Selbstverwaltungspartner zurückzuführen und desto mehr nimmt das Selbstverwaltungsprimat betreffend der Vergütungssysteme in Krankenhäusern Schaden. Das InEK fungiert dann wie eine nachgeordnete Behörde des BMG.

Änderungsvorschlag

Die in den §§ 31-35 KHG beabsichtigten Neuregelungen sind ersatzlos zu streichen.

Zu Änderungsantrag 15 (§ 4 KHEntgG) **Ausnahmeregelung zum Fixkostendegressionsabschlag**

Beabsichtigte Neuregelung

Für den ab dem Jahr 2022 anzuwendenden Fixkostendegressionsabschlag (FDA) sollen grundsätzlich die für das Jahr 2019 vereinbarten, mit Fallpauschalen bewerteten

Leistungen als Ausgangsgrundlage herangezogen werden. Die Regelung gilt solange, bis ein Krankenhaus mehr Leistungen vereinbart als für das Jahr 2019.

Stellungnahme

Mit der Anpassung wird der Tatsache Rechnung getragen, dass bei den meisten Krankenhäusern auch für das Jahr 2021 pandemiebedingt nicht von einem normalen Leistungsgeschehen ausgegangen werden kann und insofern weniger Leistungen als vor der Pandemie vereinbart werden. Richtigerweise führt die Gesetzesbegründung hierzu aus, dass eine Bezugnahme auf die für das Jahr 2021 vereinbarten Leistungen bei der Vereinbarung des FDA für das Jahr 2022 daher nicht sachgerecht erscheint. Dies würde zu ungerechtfertigt hohen Abschlagsbeträgen führen. Im Unterschied zu der für den FDA 2021 vorgesehenen Regelung in § 4 Abs. 2a Satz 8 Nr. 4 KHEntgG, wonach das Jahr 2019 immer als Ausgangsgrundlage heranzuziehen ist, gilt die Regelung jedoch nur solange, wie für das jeweilige Vorjahr weniger Leistungen, die mit Fallpauschalen bewertet wurden, im Erlösbudget vereinbart wurden als für das Jahr 2019.

Damit wird bei vereinbarten Mehrleistungen für das Jahr 2022 zumindest ein dreifacher Abschlag für die gleichen Mehrleistungen vermieden. Es bleibt aber die Problematik eines möglichen doppelten Abschlags bei vereinbarten Mehrleistungen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019, wenn die entsprechenden Leistungen für das Jahr 2021 erneut vereinbart werden. Betroffene Krankenhäuser müssten nach aktueller Rechtslage im Vereinbarungszeitraum 2021 für die vereinbarten Mehrleistungen sowohl den FDA 2020 gemäß § 4 Abs. 2a Satz 8 Nr. 3 KHEntgG als auch den FDA 2021 gemäß § 4 Abs. 2a Satz 8 Nr. 4 KHEntgG in Kauf nehmen. Sofern das Leistungsniveau nicht vermindert wird, würde für die vereinbarten Mehrleistungen 2020 nochmals ein doppelter FDA im Vereinbarungszeitraum 2022 (3. Rate FDA 2020 und 2. Rate FDA 2021) zur Anwendung kommen. Über die mit dem GVWG vorgesehene Neuregelung des § 4 Abs. 2a Satz 9 KHEntgG wird nunmehr lediglich verhindert, dass die vereinbarten Mehrleistungen des Jahres 2020 noch ein drittes Mal mit einem FDA versehen werden, weil als Ausgangsgrundlage hiernach nicht das Jahr 2019, sondern das Vorjahr (2021) maßgeblich ist. Für die Ausgestaltung der Vorgaben zum FDA 2020 und FDA 2021, die im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) angepasst wurden, sehen die Krankenhäuser allerdings mit Blick auf die zuvor dargestellte Problematik weiterhin gesetzlichen Anpassungsbedarf.

Änderungsvorschlag

In § 4 Abs. 2a Satz 8 Nr. 4 KHEntgG wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter **„abweichend davon ist bei Krankenhäusern, die für das Jahr 2020 gemäß Satz 8 Nummer 3 einen Fixkostendegressionsabschlag erheben, der Fixkostendegressionsabschlag für das Jahr 2021 nur auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen zu erheben, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2020 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden“** eingefügt.

Zu Änderungsantrag 16 (§ 5 KHEntgG) **Erhöhung der Kappungsgrenze in 2022 auf 30%**

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kappungsgrenze wird auch für das Jahr 2022 auf 30 % festgelegt.

Stellungnahme

Die Beibehaltung der bereits für die Jahre 2020 und 2021 von 15 % auf 30 % angehobenen Kappungsgrenze ist aus Liquiditätssicht dringend geboten und wird daher ausdrücklich begrüßt. Es ergibt sich die Notwendigkeit dafür auch infolge der zunehmenden Bedeutung der Verrechnung von Ausgleichsbeträgen über den Zuschlag für Erlösausgleiche, insbesondere bedingt durch die erheblichen Verzögerungen beim Abschluss der Budgetverhandlungen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 17 (§ 24 KHG und § 21 Abs. 3b KHEntgG) **Verstetigung der unterjährigen Datenlieferung an das InEK**

Beabsichtigte Neuregelung

Die zusätzlichen Datenlieferungen nach § 24 Absätze 2 bis 4 KHG im Rahmen der Ausgleichsregelungen aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 sollen verstetigt und künftig in § 21 Absatz 3b KHEntgG geregelt werden.

Stellungnahme

Die Ausnahmesituation einer Pandemie erforderte ein schnell verfügbares Steuerungsinstrument, um zeitnah und bei einer nicht auf Basis von Erfahrungswerten vorhersagbaren Entwicklung des Geschehens in den Kliniken Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung umzusetzen.

Schon die jährlichen Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG sind Momentaufnahmen, deren spätere Korrekturen aber im Verhältnis zu der Gesamtmenge der Daten als tolerabel bewertet werden. Bei der unterjährigen Datenextraktion bewirkt der verkürzte Erfassungszeiträumen jedoch eine höhere Datenverzerrung, weil der Anteil noch veränderlicher Erlöse prozentual höher ist als bei den mit zeitlichem Abstand erfolgenden jährlichen Datenlieferungen.

Datenlieferungen dieser Art verursachen bei geringer Aussagekraft einen beträchtlichen bürokratischen Aufwand. Diese Datenlieferungen bestehen nicht nur aus einem

automatisierbaren Extraktionsprozess, sondern müssen händisch kontrolliert, mit umfangreichen Zusatzinformationen ergänzt und im Kontext erneut plausibilisiert werden. Darüber hinaus müssen diese an sich ändernde Prüfroutinen angepasst werden und im Falle von Abweisungen muss das Haus ermitteln, ob den beanstandeten Daten ein Fehler des Softwareherstellers, eine ungewöhnliche Konstellation der Stammdaten oder ein Missverständnis bei der Interpretation der Vorgaben zugrunde liegt. Diese Aufgaben können nur von den Mitarbeitern im Krankenhaus erbracht werden, die auch die Digitalisierung des Krankenhauses vorantreiben sollen. Sie sind das Fachpersonal, das sowohl mit den Daten und den Prozessen auf der Station inhaltlich vertraut ist als auch mit den IT-Systemen sowie den Spezifikationen der Datenlieferung.

Die künftigen Datenlieferungen sollten grundlegend auf Automatisierung ausgelegt und die Datensätze in ihrer Genese und Entwicklung nachvollziehbar sein. Beide Anforderungen erfüllen die bisherigen Datenlieferungen systembedingt nicht: Zum einen ist die Datenermittlung, wie oben ausgeführt, nicht aufwandsarm, schon weil sie in ihrer Historie bereits für einen nur einmaligen Aufwand pro Jahr konzipiert wurde. Zum anderen ist die Datenextraktion eine Momentaufnahme, die nicht abbilden kann, wann und warum sich Datensätze geändert haben. Gerade bei redundanten Datenlieferungen kann dieses systembedingte Manko zu hohem Nachverfolgungsaufwand führen, wenn unterschiedliche Ausleitungen von Daten später gegeneinander plausibilisiert werden.

Anstatt die systembedingten Unzulänglichkeiten der Datenlieferungen auf Dauer fortzuschreiben, sollten grundlegend neue Spezifikationen, die auf Techniken des Process Minings beruhen und auf Automatisierung ausgelegt sind, angestrebt werden. Ausleitungen dieser Art wären durchaus geeignet, auch im Sinne der Krankenhäuser neue Steuerungsinstrumente zu erschließen. Diese Spezifikation muss das Ergebnis einer Diskussion mit den Beteiligten sein. Auf dieser Basis sollten dann entsprechend die gesetzlichen Anpassungen erfolgen.

Mit der geplanten Fortschreibung der derzeit praktizierten Lieferung der Leistungsdaten wird das Ziel, das Entgeltsystem mit dauerhaft ergänzenden Analysen weiterzuentwickeln, wegen der Ungenauigkeit der Daten nicht erreicht. Das Verfahren ist entgegen der Ausführungen in der Begründung auch nicht aufwandsarm. Der Änderungsantrag sollte daher nicht angenommen werden.

Die unterjährig zur Verfügung stehenden Leistungsdaten sollen zum Zweck der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme übermittelt werden. Es ist davon auszugehen, dass die derzeit praktizierte Lieferung der Leistungsdaten diesen Zweck mangels Aussagekraft der Datenlieferung nicht erfüllen. Hält der Gesetzgeber hingegen weiterhin an der unterjährigen Datenlieferung fest, sind diese Daten zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme auch den Vereinbarungspartnern nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG zur Verfügung zu stellen. Eine gesetzliche Regelung zur Übermittlung der Daten von der Datenstelle des InEK an das InEK selbst ist hingegen nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

Die geplanten Neuregelungen in § 21 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen.

Alternativ

§ 21 Abs. 3b Satz 5 KHEntgG –neu wird wie folgt geändert:

„Die Datenstelle übermittelt die geprüften Daten ~~an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus an die Vereinbarungspartner nach § 17b Abs. 2 Satz 1~~ innerhalb von zwei Wochen nach Ablauf der jeweiligen Frist nach Satz 1 Nummer 1 bis 3.“

Zu Änderungsantrag 18 (Artikel 15 b – neu – GVWG)

Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Qualitätssicherung bei der Anwerbung von internationalen Pflegekräften, die nicht durch die Arbeitsagenturen erfolgt, wird für Arbeitsvermittler ein Gütesiegel eingeführt. Durch entsprechende Vorgaben soll eine ethisch hochwertige Anwerbung von Pflegekräften erreicht werden. Für die Herausgabe des Gütesiegels wird das Kuratorium der Deutschen Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. beauftragt.

Darüber hinaus ist für aufnehmende Einrichtungen ein Zuschuss zu den Anwerbekosten für internationale Pflegekräfte in Höhe von bis zu 6.000 Euro je angeworbener Pflegekraft vorgesehen. Die Kriterien für die Bezuschussung, der Kreis der Anspruchsberechtigten und das Antragsverfahren werden definiert.

Stellungnahme

Die AG 4 „Pflegekräfte aus dem Ausland“ der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) hat sich in Handlungsfeld I „Gezielte Gewinnung von Fachkräften und verbesserte Öffentlichkeitsarbeit im Ausland“ auf die Maßnahme „Qualitätssicherung für private Vermittler“ dahingehend geeinigt, dass für private Vermittler unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit die Einführung eines Gütesiegels oder wirkungsgleiche Qualitätssicherungsinstrumente angestrebt werden. Private Vermittler könnten auch Arbeitgeber in der Pflege sein, die eine größere Zahl von Pflegefachpersonen im Ausland anwerben.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass es zukünftig ein Gütesiegel für private Personalvermittler geben soll, das auch interessierte Arbeitgeber erwerben können. Der Fokus sollte primär bei den privaten Personalvermittlern liegen.

Änderungsvorschlag

§ 1 Abs. 3 Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland – neu wird wie folgt geändert:

Das Gütesiegel nach Absatz 1 kann **an Unternehmen der privaten Personalvermittlung für die Gewinnung von Pflegekräften aus Drittstaaten, aber auch** an anwerbende Leistungserbringer nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und dem Siebten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch **sowie an Unternehmen der privaten Personalvermittlung für die Gewinnung von Pflegekräften aus Drittstaaten** verliehen werden.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen und Einführung eines (Interims-)Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes

Gemäß ihrem Auftrag aus der Konzentrierte Aktion Pflege haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutscher Pflegerat und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft fristgerecht Ende 2019 ein Interimsinstrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs, die aktualisierte Pflegepersonalregelung (PPR 2.0), entwickelt und dem Bundesministerium für Gesundheit zur vereinbarten, ergebnisoffenen Prüfung übergeben. Im Jahr 2020 wurden die geltenden Pflegepersonaluntergrenzen weitestgehend ausgesetzt, um die Krankenhäuser von den Vorgaben zum Pflegepersonaleinsatz in pflegesensitiven Bereichen vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie zu entlasten. Die Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen sind indes weiterhin im Krankenhaus anzuwenden und wurden zudem ausgeweitet, obgleich Befragungen (z. B. Krankenhaus Barometer) auf deren negative Auswirkungen, wie z. B. kurzfristige Dienstplanänderungen und Bettensperrungen, um Pflegepersonaluntergrenzen einhalten zu können, hinweisen und das Pandemiegeschehen nach wie vor ein bestimmender Faktor ist. Von einem Regelbetrieb in den Krankenhäusern kann weiterhin noch nicht ausgegangen werden. Somit besteht die Notwendigkeit, die Pflegepersonaluntergrenzen erneut kurzfristig bis auf weiteres auszusetzen. Darüber hinaus schlagen die Krankenhäuser eine zeitnahe Ablösung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die PPR 2.0 vor.

Die Allianz aus Deutscher Krankenhausgesellschaft, Deutschem Pflegerat und Vereinter Dienstleistungsgewerkschaft hat das Interimsinstrument PPR 2.0 unterdessen um Anwendungsvorschriften sowie Lösungen für die Bereiche Intensivmedizin und Pädiatrie ergänzt. Es ist somit - wie der Pre-Test zeigte - mit wenig zusätzlichem Aufwand in den deutschen Krankenhäusern, welche die PPR oftmals noch für die Pflegepersonalbemessung heranziehen, einsetzbar.

Die Krankenhäuser fordern daher den Gesetzgeber zur zeitnahen Einführung der PPR 2.0 als Interimsinstrument zum 1.1.2022 auf. Mit der verbindlichen Einführung der PPR 2.0 sind die Pflegepersonaluntergrenzen obsolet und können in Gänze durch das Interimsinstrument ab 1.1.2022 abgelöst werden.

Zusammengefasst fordern die Krankenhäuser

- ein sofortiges pandemiebedingtes Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzen sowie
- die zeitnahe Einführung der PPR 2.0 als Interimsinstrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung zum 1.1.2022 bei gleichzeitiger Ablösung der PpUGV.

II. Absenkung der Prüfquote für das Jahr 2021 auf 5 % (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V) und Verschiebung der Einführung des variablen Prüfquotensystems um ein Jahr

Das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz) vom 27.03.2020 hat die für 2020 eigentlich vorgesehene, feste quartalsbezogene Prüfquote von 12,5 % auf 5 % abgesenkt. Die Intention des Gesetzgebers war es, vor dem Hintergrund eines möglichen massenhaften Anfalls stationär behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten aufgrund von Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) durch eine Reduzierung der maximal zulässigen Prüfquote für das Jahr 2020 eine deutliche Entlastung der Krankenhäuser bei den Prüfungen, die durch die Krankenkassen eingeleitet und von den Medizinischen Diensten durchgeführt werden, zu erreichen. Um eine umfassende Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen, galt die reduzierte Prüfquote von 5 % rückwirkend bereits für das erste Quartal 2020.

Flankiert wurde diese Maßnahme durch die Verschiebung der festen quartalsabhängigen Prüfquote in Höhe von 12,5 % auf das Jahr 2021 sowie der Einführung der variablen, quartalsabhängigen Prüfquote auf das Jahr 2022 durch das zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020. Beweggrund der vorgenommenen Verschiebung war, dass der Gesetzgeber es aufgrund der COVID-19-Pandemie entstandenen Ausnahmesituation als nicht sachgerecht angesehen hat, auf der Basis des Jahres 2020 ein Prüfquotensystem aufzubauen, in dem die Höhe der Prüfquote eines Krankenhauses im Jahr 2021 von dem Anteil seiner beanstandeten Abrechnungen im Jahr 2020 abhängt. Daher wurden die geplanten Regelungen für die Einführung eines variablen Prüfquotensystems um ein Jahr verschoben.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Absenkung der Prüfquote von 12,5 % auf 5 % im Jahre 2020 zu einer deutlichen Entlastung der Krankenhäuser geführt hat. Leider leiden die Krankenhäuser im Jahre 2021 nach wie vor unter extremen Belastungen aufgrund der mittlerweile dritten Infektionswelle der COVID-19-Pandemie, ohne dass ein Ende absehbar wäre. Eine Erhöhung der Prüfquote um das 2,5-fache sorgt für eine rapide Vergrößerung des bürokratischen Aufwandes im Krankenhaus und vernichtet damit nicht nur den im Jahr 2020 erreichten positiven Effekt, sondern bindet zur Bewältigung des bürokratischen Aufwandes auch für die Versorgung von Patientinnen und Patienten dringend benötigte (Personal-)Ressourcen des Krankenhauses. Vor dem Hintergrund der fortdauernden Pandemiesituation und der sich daraus für die Krankenhäuser – auch im Abrechnungsbereich – ergebenden vielfältigen Herausforderungen muss der durch die Absenkung der Prüfquote auf 5 % erwiesenermaßen erzielte positive Effekt auf die Ressourcenbindung des Krankenhauses aufrechterhalten werden. Dadurch können sowohl Ärzte und Mitarbeiter des Krankenhauses als auch Mitarbeiter der Medizinischen Dienste für die Durchführung anderer, im Zusammenhang mit der Pandemie stehender Aufgaben – insbesondere in der Patientenversorgung und ggfs. in der Umsetzung von Impfkonzepthen – eingesetzt werden.

Dies rechtfertigt eine erneute – rückwirkend auf den 1. Januar 2021 in Kraft tretende – Begrenzung der zulässigen Prüfquote auf 5 % der prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen im Jahre 2021. Auf Grundlage der gleichen Überlegungen wie im Jahr 2020 ist daher auch die Einführung des Systems der variablen Prüfquoten entsprechend um ein Jahr zu verschieben, d. h., im Jahr 2022 erfolgt eine Erhöhung der festen, quartalsbezogenen Prüfquoten, bevor im Jahr 2023 die variablen, quartalsbezogenen Prüfquoten Anwendung finden. Insbesondere sorgen der umfassende Verzicht der Krankenhäuser auf die Erbringung elektiver Leistungen sowie die Fokussierung auf die Behandlung von COVID-19-Patienten für eine Verzerrung der Daten, die spätestens der Bestimmung der quartalsbezogenen Prüfquoten zugrunde zu legen sind, so dass eine Verschiebung der Einführung des Systems der quartalsbezogenen Prüfquoten sinnvoll ist.

Hinsichtlich der Höhe der ab 2022 geltenden, festen quartalsbezogenen Prüfquote weisen die Krankenhäuser nochmals darauf hin, dass die vorgesehene Quote von 12,5 %, die erst am Ende der Beratungen zum MDK-Reformgesetz durch den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages Eingang in das MDK-Reformgesetz gefunden und die ursprünglich vorgesehene feste Prüfquote von 10 % pro Quartal erhöht hat, nicht systemgerecht und daher auf die ursprünglich von der Bundesregierung intendierte Prüfquote von 10 % zurückzuführen ist. Die Systematik der quartalsbezogenen Prüfquoten geht grundsätzlich davon aus, dass Prüfquoten in Höhe von 5 %, 10 % sowie 15 % der pro Quartal bei der jeweiligen Krankenkasse eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung Anwendung finden. Das rechnerische Mittel dieser Prüfquotentrias sind 10 %, die sich als Wert für die Einführung der Prüfquotensystematik daher ideal eignen.

Änderungsvorschlag

1. § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Im Jahr ~~2020–2021~~ darf eine Krankenkasse in jedem Quartal von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zu 5 Prozent der Anzahl der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr ~~2021~~ 2022 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu ~~12,5~~ 10 Prozent.

2. In § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

III. Verschiebung des Beginns der Durchführung der Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2023 (§ 275d Abs. 3 und 4 SGB V)

Ebenfalls durch das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz) vom 27.03.2020 wurde der Beginn der Durchführung von Prüfungen von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2022 verschoben. Beweggrund des Gesetzgebers für diese Verschiebung war die Erkenntnis, dass die durch den Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachte Pandemie und die damit einhergehenden Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Beteiligten eine Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr rechtfertigen.

An dieser Erkenntnis hat sich bislang nichts geändert, da die Krankenhäuser im Jahr 2021 wegen der andauernden Pandemiesituation nach wie vor erheblichen Belastungen ausgesetzt sind, deren Ende aktuell noch nicht abzusehen ist. Die an der Belastungsgrenze operierenden Krankenhäuser können aktuell nicht noch weitere Aufgaben wahrnehmen, die zu einer enormen Bindung von (Personal-)Ressourcen führt. Die beabsichtigten Strukturprüfungen werden zu einer erheblichen Ressourcenbindung führen, da sie für zahlreiche Leistungsbereiche im Krankenhaus vorgesehen sind. Nach den bislang bekannten Entwürfen des MDS sollen 53 OPS-Kodes auf dem Wege einer Prüfung nach § 275d SGB V kontrolliert werden können, u. a. wird die gesamte intensivmedizinische Leistungserbringung von diesen Kontrollen umfasst. Für diese Prüfungen stehen in der aktuellen Pandemiesituation keine ausreichenden (Personal-)Ressourcen der Krankenhäuser zur Verfügung, wenn sie nicht aus der Patientenversorgung abgezogen werden. Auch die Leistungsfähigkeit der intensivmedizinischen Versorgung kann wegen der Einbindung in den Prüfkatalog beeinträchtigt werden.

Um eine sachgerechte Prüfung des Vorliegens von Strukturmerkmalen zu gewährleisten und die erforderliche Patientenversorgung aufrecht zu erhalten, darf die Durchführung der Strukturprüfungen frühestens im Jahr 2022 für das Jahr 2023 erfolgen. Eine Verschiebung der Strukturprüfung schafft die notwendige Flexibilität des Krankenhauses, um einen dem bislang nicht absehbaren Verlauf der Pandemie Rechnung tragenden, zweckmäßigen und von administrativen Zwängen befreiten Personaleinsatz für die stationäre Versorgung von an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Positiver Nebeneffekt ist, dass das BfArM zusätzlich Zeit erhält, um weitere streitbehaftete und interpretationsanfällige Formulierungen in den OPS-Kodes zu präzisieren und somit zukünftige Streitigkeiten zu vermeiden.

Ergänzend ist zu regeln, dass die Bescheinigung erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2023 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln ist. Die Frist für die erste Übermittlung wird somit auf den 31. Dezember 2022 verschoben

Änderungsvorschlag

1. § 275d Absatz 3 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für die Vereinbarung für das Jahr ~~2022~~ 2023 ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember ~~2024~~ 2022 zu übermitteln.“

2. In § 275d Absatz 4 Satz 1 SGB V wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

3. In § 275d Absatz 4 Satz 2 SGB V wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

IV Ausgestaltung der Vorgaben zum Corona-Mehrkostenzuschlag

Die zunächst im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im weiteren Verlauf per Rechtsverordnung angepassten Zuschläge je voll- und teilstationären Fall für coronabedingte Mehrkosten sind zum 30.09.2020 ausgelaufen. Mit dem Krankenhaus-zukunftsgesetz (KHZG) wurde eine Anschlusslösung in § 5 Abs. 3i KHEntgG vorgegeben, nach der krankenhausespezifische Zuschläge für nicht anderweitig finanzierte coronabedingte Mehrkosten bei vom 01. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 aufgenommenen Patientinnen und Patienten erhoben werden können. Für die Vereinbarung der krankenhausespezifischen Zuschläge sind die Vorgaben der durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu schließenden Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG zu beachten. Diese sind beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 Vorgaben für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten zu vereinbaren, die den Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen.

Nach dem gesetzlichen Auftrag sind insbesondere folgende Vorgaben in der Vereinbarung zu treffen:

1. Festlegung der Kosten, die durch den Zuschlag zu finanzieren sind
2. Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Kosten
3. Empfehlungen für die Kalkulation der Kosten

Diese Vereinbarung konnte zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene bisher nicht abgeschlossen werden. Die hierzu aufgenommenen Verhandlungen stellten die Vertragsparteien angesichts zahlreicher Kostenabgrenzungsfragen vor enorme Herausforderungen. Im Verlauf der Verhandlungen wurde daher eine möglichst weitgehende Pauschalierung der Mehrkosten als geeignetere Herangehensweise für die Abgeltung coronabedingter Mehrkosten gesehen, mit der gleichzeitig auch das Konfliktpotenzial

bei der Verhandlung der Zuschlagsbeträge durch die Vertragsparteien vor Ort deutlich reduziert werden könnte. Dabei bestand Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien, dass sich eine solche Lösung nur unter Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen umsetzen ließe.

Nachdem die Vertragsparteien die Möglichkeit einer Pauschalierung als zielführenden Weg einschätzten, haben sie sich in mehreren Verhandlungsrunden auf einen gemeinsam getragenen Vorschlag für eine dazu erforderliche Gesetzesanpassung (s. weiter unten) verständigen können. Der Gesetzesvorschlag sieht die Aufhebung der aktuellen gesetzlichen Vorgaben der §§ 5 Abs. 3i und 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG und die Einführung eines neuen § 21a KHG vor. Darüber hinaus erfolgte eine Einigung auf Eckpunkte zur Finanzierung von coronabedingten Mehrkosten, mit denen bereits weitere Vorfestlegungen für die auf der vorgeschlagenen neuen Gesetzesgrundlage zu führenden Verhandlungen getroffen wurden. Hierauf wird nachfolgend im Rahmen der ausführlichen Erläuterungen zum Gesetzesvorschlag an den relevanten Stellen noch näher eingegangen.

Der vorgeschlagene neue § 21a Absatz 1 KHG sieht für die nicht anderweitig finanzierten coronabedingten Mehrkosten auch weiterhin einen Zuschlagsanspruch des Krankenhauses vor. Im Unterschied zu der bestehenden gesetzlichen Regelung des § 5 Abs. 3i KHEntgG wird hier jedoch nur das Kalenderjahr 2021 adressiert. Für das vierte Quartal 2020, für das nach aktueller Rechtslage ebenfalls ein krankenhaushausindividueller Zuschlagsanspruch besteht, haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene mit den o. g. Eckpunkten darauf verständigt, den Vertragsparteien vor Ort im Rahmen einer Bundesvereinbarung zu empfehlen, die zwischen diesen abgeschlossene Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung 2020 für das vierte Quartal 2020 abschließend gelten zu lassen. Sofern die Vertragsparteien vor Ort dieser Empfehlung folgen, würden die in dieser Vereinbarung vorgegebenen Zuschlagsbeträge in Höhe von 50 Euro (Nicht-Covid-Fall) bzw. 100 Euro (Covid-Fall) abschließend gelten, ohne dass darüber neu verhandelt werden müsste. Nicht zuschlagsfähig sind nach Absatz 1 Satz 2 Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und Investitionskosten, da hierfür anderweitige Finanzierungswege gesetzlich vorgesehen sind. Für das Jahr 2021 soll sich der Zuschlagsanspruch des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 3 grundsätzlich auf Grundlage der durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten pauschalen Zuschlagsbeträge bestimmen. Ein krankenhaushausindividueller Kostennachweis ist somit grundsätzlich nicht mehr erforderlich. Die Vereinbarung über den Zuschlagsanspruch ist frühzeitig nach Ablauf des Kalenderjahres 2021 durch die Vertragsparteien vor Ort spätestens im Rahmen der nächstmöglichen Budgetvereinbarung zu treffen. Die Vereinbarung zu einem früheren Zeitpunkt, beispielsweise im Rahmen einer vorgelagerten Vereinbarung von Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG, ist insofern ebenfalls möglich. Im Konfliktfall entscheidet nach Absatz 1 Satz 4 die Schiedsstelle auf Landesebene auf Antrag einer der Vertragsparteien. Zur Sicherung der Liquidität sieht Absatz 1 Satz 5 die Abrechnung vorläufiger Zuschlagsbeträge für das zweite Halbjahr 2021 vor. Dazu ist eine weitere Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 21a Abs. 5 KHG zu schließen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben für den

Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.06.2021 bereits Vereinbarungen abgeschlossen, mit denen die Abrechnung vorläufiger Zuschlagsbeträge ermöglicht wurde.

Mit Absatz 2 wird zur pauschalen Abgeltung nicht anderweitig finanzierter coronabedingter Mehrkosten die Festlegung pauschaler Zuschlagsbeträge vorgegeben. Die Höhe der pauschalen Zuschlagsbeträge soll innerhalb einer noch zu schließenden Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegeben werden. Innerhalb der zuvor genannten Eckpunkte haben sich die Vertragsparteien auf Bundesebene auf zwei Kategorien von Pauschalen festgelegt. Mit nach Zuschlagsgruppen differenzierten Pauschalen sollen bis auf die Mehrkosten für epidemiebedingte Einlasskontrollen/Registrierung oder zusätzliches Sicherheitsdienstpersonal alle Mehrkosten abgegolten sein. Die Mehrkosten für epidemiebedingte Einlasskontrollen/Registrierung oder zusätzliches Sicherheitsdienstpersonal werden mit einer gesonderten Pauschale abgegolten, die den Krankenhäusern zusteht, wenn sie während der Pandemie hierfür Personal eingestellt oder ein externes Unternehmen beauftragt haben. Der Zeitpunkt, bis zu dem die Vereinbarung zu schließen ist, wurde im Gesetzesvorschlag noch offen gelassen, um noch Spielraum für das BMG bzw. das parlamentarische Verfahren zu belassen. Denkbar wäre hier z. B. der 30.09.2021. Sofern keine Einigung über die pauschalen Zuschlagsbeträge erzielt werden kann, entscheidet nach Absatz 2 Satz 2 die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung.

Nach Absatz 3 Satz 1 wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) damit beauftragt, auf der Basis der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach Absatz 2 die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Zuschlagsgruppen auszuweisen. Darüber hinaus kann es bei der Ermittlung pauschaler Zuschlagsbeträge unterstützend einbezogen werden. In diesem Zusammenhang sehen die abgestimmten Eckpunkte der Selbstverwaltungspartner vor, dass das InEK nach vorheriger Abstimmung mit der zeitnahen Erhebung coronabedingter Mehrkosten beauftragt werden kann. Die Datenerhebung und -auswertung durch das InEK kann als Grundlage für eine angemessene Definition von Zuschlagsgruppen und der Festlegung pauschaler Zuschlagshöhen herangezogen werden.

Nach Absatz 3 Satz 2 veröffentlicht das InEK auf Basis der Datenlieferungen nach § 24 Absatz 2 KHG und bei Bedarf nach § 21 KHEntgG für jedes Quartal eine Zuordnung zu den Zuschlagsgruppen, die auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und des Institutionskennzeichens des jeweiligen Krankenhauses und soweit möglich für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert ausgewiesen werden.

Nicht in allen Fällen kann mit der Festlegung pauschaler Zuschlagsbeträge eine sachgerechte Refinanzierung nicht anderweitig finanzierter coronabedingter Mehrkosten sichergestellt werden. Daher wird mit Absatz 4 eine Öffnungsklausel vorgegeben, mit der die Vereinbarung eines höheren oder niedrigeren Zuschlagsanspruchs ermöglicht wird, wenn die nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten nachweislich erheblich über oder unter den nach den Vorgaben der Vereinbarung nach Absatz 2 ermittelten Summe der pauschalen Zuschlagsbeträge liegen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich im Rahmen der Eckpunkte auf die Zielsetzung

verständnis, mit den Pauschalen die coronabedingten Mehrkosten von mindestens 85 % der Krankenhäuser treffend abzubilden, so dass max. 15 % der Krankenhäuser in die Einzelverhandlung vor Ort gehen können. Das Krankenhaus hat nach Absatz 4 Satz 2 auf Verlangen der anderen Vertragsparteien vor Ort die nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten anhand geeigneter Nachweise darzulegen. Eine Präzisierung dazu erfolgt in der Vereinbarung nach Absatz 2 durch die Vertragsparteien auf Bundesebene, in der neben der Festlegung der pauschalen Zuschlagsbeträge auch nähere Vorgaben dazu zu treffen sind, wann eine davon abweichende Vereinbarung in Betracht kommt und welche Anforderungen an den Nachweis zu stellen sind.

Mit Absatz 5 geht der Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene einher, wie bereits für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis zum 30.06.2021 praktiziert, auch für das zweite Halbjahr 2021 vorläufige Zuschlagsbeträge zur Sicherung der Liquidität zu vereinbaren. Abweichungen zwischen den vorläufig abgerechneten Zuschlagsbeträgen und dem sich ergebenden Zuschlagsanspruch des Krankenhauses, der regelhaft über die pauschalen Zuschlagsbeträge bestimmt wird, werden nach Satz 2 vollständig im Rahmen der nächstmöglichen Budgetvereinbarung ausgeglichen.

Der vollständige, zuvor erläuterte Gesetzesvorschlag ist nachfolgend dargestellt.

Änderungsvorschlag

Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ist wie folgt zu ändern:

1. § 5 Absatz 3i wird aufgehoben.
2. § 9 Absatz 1a Nummer 9 wird aufgehoben.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist wie folgt zu ändern:

Nach § 21 KHG wird folgender § 21a KHG neu eingefügt:

(1) Für die Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die vom 1. Januar 2021 bis einschließlich 31. Dezember 2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden, erhalten zugelassene Krankenhäuser einen Zuschlag. Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und Investitionskosten sind bei der Ermittlung der Zuschläge nicht zu berücksichtigen. Die Höhe des Zuschlagsanspruchs des Krankenhauses für die Finanzierung nicht anderweitig finanzierter Mehrkosten nach Satz 1 wird nach den Vorgaben der Absätze 2 und 3 frühzeitig nach Ablauf des Kalenderjahres 2021 durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 spätestens im Rahmen der nächstmöglichen Budgetvereinbarung vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer der Vertragsparteien

-
- nach § 18 Absatz 2. Die Krankenhäuser rechnen in dem nach Absatz 1 Satz 1 vorgegebenen Zeitraum vorläufige Zuschlagsbeträge entsprechend den Vorgaben der Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 in den Vereinbarungen nach Absatz 5 ab.**
- (2) Zur pauschalen Abgeltung nicht anderweitig finanzierter Mehrkosten vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 bis zum XX.XX.2021 für definierte Zuschlagsgruppen pauschale Zuschlagsbeträge. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen.**
- (3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus weist auf der Basis der Vereinbarung nach Absatz 2 die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Zuschlagsgruppen aus und kann bei der Ermittlung pauschaler Zuschlagsbeträge unterstützend einbezogen werden. Es veröffentlicht auf Basis der Datenlieferungen nach § 24 Absatz 2 und bei Bedarf nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz für jedes Quartal eine Zuordnung zu den Zuschlagsgruppen, die auf seiner Internetseite für jedes Krankenhaus unter Nennung des Namens und des Institutionskennzeichens des jeweiligen Krankenhauses und soweit möglich für jeden Standort eines Krankenhauses gesondert ausgewiesen werden.**
- (4) Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 können einen höheren oder niedrigeren Zuschlagsanspruch nach Absatz 1 Satz 3 vereinbaren, wenn die nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten nach Absatz 1 nachweislich erheblich über oder unter den nach den Vorgaben der Vereinbarung nach Absatz 2 ermittelten Summe der pauschalen Zuschlagsbeträge liegen. Das Krankenhaus hat auf Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten anhand geeigneter Nachweise darzulegen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene treffen in der Vereinbarung nach Absatz 2 nähere Vorgaben dazu, wann eine von den pauschalen Zuschlagsbeträgen abweichende Vereinbarung in Betracht kommt und welche Anforderungen an den Nachweis zu stellen sind.**
- (5) Zur Sicherung der Liquidität vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vorläufige Zuschlagsbeträge. Weicht die Summe der nach Absatz 1 Satz 5 abgerechneten vorläufigen Zuschlagsbeträge von dem Zuschlagsanspruch des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig im Rahmen der nächstmöglichen Budgetvereinbarung ausgeglichen.**

V. Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (§ 10 KHEntgG)

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus dem Jahr 2015 wurde eine neue Systematik zur Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts (Bundesbasisfallwerts) mit Wirkung ab dem Jahr 2021 vorgegeben, nach der der Bundesbasisfallwert nachgehend zu den verhandelten Landesbasisfallwerten ermittelt wird. In Verbindung mit dieser neuen Systematik wurden auch die Regularien zum Schiedsstellenverfahren bezüglich der Landesbasisfallwerte angepasst.

Danach wird die Schiedsstelle nicht mehr wie zuvor auf Antrag einer Vertragspartei tätig, sondern hat den Landesbasisfallwert innerhalb von sechs Wochen ohne Antrag einer Vertragspartei festzusetzen, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt (Schiedsstellenautomatismus). Damit soll Verzögerungen bei der Vereinbarung bzw. Festsetzung der Landesbasisfallwerte, die für den bis zum 31. März zu vereinbarenden Bundesbasisfallwert zugrunde zu legen sind, entgegengewirkt werden. Bei der erstmaligen Umsetzung in der Praxis führte diese Neuregelung im Saarland dazu, dass der Landesbasisfallwert für das Jahr 2021 durch die Schiedsstelle festgesetzt wurde, obwohl vor Ablauf der Sechs-Wochen-Frist eine Einigung zwischen den Vertragsparteien erzielt werden konnte.

Vor diesem Hintergrund ist die Erforderlichkeit eines Schiedsstellenautomatismus noch einmal zu überdenken. Im Übrigen dürfte auch ohne den vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus ein hohes Interesse an einer zeitnahen Festlegung der Landesbasisfallwerte bestehen. Sollte nämlich der Landesbasisfallwert nicht fristgerecht durch die Landeskrankenhausgesellschaft an das InEK gemeldet worden sein, ist das InEK aufgefordert, für die Berechnung des Bundesbasisfallwerts den Landesbasisfallwert des Vorjahres heranzuziehen. Dies dürfte in aller Regel einen geringeren Bundesbasisfallwert nach sich ziehen, woran auf Krankenseite kein Interesse bestehen dürfte.

Die DKG schlägt daher vor, § 10 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG wieder aufzuheben.

Weiterer Anpassungsbedarf wird für das Jahr 2022 mit Blick auf die Ermittlung der Höhe des Landesbasisfallwerts gesehen. Auch nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Vergütungssystem werden die den Krankenhäusern zustehenden Erlöse für allgemeine Krankenhausleistungen maßgeblich über die Höhe des Landesbasisfallwerts bestimmt. Die maximale Erhöhung des Landesbasisfallwerts im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch grundsätzlich auf die Höhe des Veränderungswerts begrenzt (vgl. § 10 Abs. 4 KHEntgG).

Dieser wird durch einen Abgleich zwischen der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Abs. 3 SGB V und dem Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG ermittelt. Sofern der Orientierungswert die Veränderungsrate unterschreitet, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate, kann der Veränderungswert bis maximal ein Drittel der Differenz zwischen Veränderungsrate und Orientierungswert angehoben werden.

Für das Jahr 2022 zeichnet sich ab, dass die Veränderungsrate pandemiebedingt deutlich niedriger als in den Vorjahren ausfallen wird. Dies würde den Spielraum für Erhöhungen beim Landesbasisfallwert, selbst wenn der Orientierungswert höher ausfallen sollte, deutlich begrenzen. Es ist daher gesetzlich sicherzustellen, dass die voraussichtlichen Kostenentwicklungen im Jahr 2022 bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts vollumfänglich berücksichtigt werden können. Bei der derzeitigen Begrenzung der Erhöhung der Landesbasisfallwerte ist dies jedoch nicht gegeben. Die voraussichtlich deutlich niedriger ausfallende Veränderungsrate als in den Vorjahren dürfte den Erhöhungsspielraum beim Landesbasisfallwert erheblich beschneiden und damit auch eine ausreichende Personalkostenfinanzierung gefährden, zumal eine vollständige Tarifkostenrefinanzierung gesetzlich bisher nicht vorgegeben ist.

Um die Gefahr einer unzureichenden Finanzierung der Personal- und Sachkostensteigerungen im Jahr 2022 zu vermeiden, erscheinen daher gesetzliche Anpassungen, beispielsweise in Form einer befristeten Aussetzung der Deckelung des Landesbasisfallwerts durch den Veränderungswert, dringend geboten.

VI. Möglichkeit einer Rechnungskorrektur (§ 17c Abs. 2a KHG)

Das MDK-Reformgesetz hat § 17c KHG um einen neuen Absatz 2a ergänzt, demzufolge nach Übermittlung der Abrechnung des Krankenhauses an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Rechnung durch das Krankenhaus künftig nicht mehr möglich ist, es sei denn, diese Korrektur ist zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich.

Die Frage, ob es dem Krankenhaus noch möglich sein soll, eine Abrechnung zumindest einmalig zu korrigieren, kann durchaus differenziert beurteilt werden. Einerseits ist es nachvollziehbar, dass erwartet wird, dass eine Abrechnung erst dann gestellt wird, wenn alle abrechnungsrelevanten Unterlagen und Informationen vorliegen. Andererseits dürfen auch die Gegebenheiten der Praxis nicht unberücksichtigt bleiben. Krankenhäuser haben es mitnichten vollumfänglich in der Hand, in jedem Fall einen zeitnahen Eingang sämtlicher abrechnungsrelevanter Unterlagen sicherzustellen, da teilweise diesbezügliche Zulieferungen externer Dritter erforderlich sind, auf deren Zeitlauf das Krankenhaus keinen Einfluss hat. Ein vollständiges Warten auf das komplette Vorliegen sämtlicher abrechnungsrelevanter Unterlagen verlagert daher den Zeitpunkt der Rechnungsstellung erheblich nach hinten, was zum einen zu Liquiditätsengpässen bei den Krankenhäusern und zum anderen zu einem Widerspruch zu Regelungen in Landesverträgen nach § 112 SGB V zur Erstellung der Abrechnung führt. Betroffen davon sind insbesondere Maximalversorger, wie Universitätskliniken und große kommunale Krankenhäuser, die hochkomplexe Behandlungsfälle teilweise unter Einbeziehung vieler unterschiedlicher interner Abteilungen und auch externer Dritter abzurechnen haben. Der dafür erforderliche Datenfluss ist selbst außerhalb von Pandemiezeiten nur schwer zu koordinieren oder zu beeinflussen. Zudem haben die Selbstverwaltungspartner in der DKR D002 festgelegt, dass für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung des Patienten eingehen, für die Kodierung

heranzuziehen sind. Das durch das MDK-Reformgesetz eingeführte Korrekturverbot hebt somit Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner aus und dient nicht der Förderung der Korrektheit des Abrechnungssystems.

Um einen sachgerechten Ausgleich zwischen dem Interesse des Vorliegens einer vollständigen Rechnung und dem der eventuell erforderlichen Rechnungskorrektur zu finden, sollte Krankenhäusern **zumindest eine einmalige Möglichkeit** zur Rechnungskorrektur eingeräumt werden. Zu einem sachgerechten Ausgleich gehört auch, dass diese Korrekturmöglichkeit zeitlich nicht unbegrenzt bis zum Ablauf der Verjährungsfrist besteht, sondern auf sechs Monate nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse begrenzt ist. Dieser Zeitraum ermöglicht es dem Krankenhaus, erforderliche Rechnungskorrekturen, die letztlich auch dazu dienen, die Korrektheit des Abrechnungssystems zu fördern, umzusetzen.

Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur ~~dieser Abrechnung~~ durch das Krankenhaus **ausgeschlossen, es sei denn, dass einmalig innerhalb von sechs Monaten nach Eingang dieser Abrechnung bei der Krankenkasse möglich; sie hat in jedem Fall dann zu erfolgen, wenn** die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist.“

§ 17c Absatz 2a Satz 3 ist ersatzlos zu streichen.

VII. Ergänzung einer Erforderlichkeits- und Eignungsprüfung für Themen der Qualitätsberichte

Die derzeit in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen sind insgesamt zu wenig patientenorientiert. Patienten können die veröffentlichten Informationen bisher nicht oder kaum nutzen. Gleichzeitig nehmen die Zahl der Themen und die Komplexität der Qualitätsberichte seit Jahren zu, wodurch der Aufwand, der den Krankenhäusern bei der Erstellung der Qualitätsberichte entsteht, sowie die Informationsüberflutung der Nutzer kontinuierlich steigen. Die Krankenhäuser fordern daher, dass eine gesetzliche Verpflichtung geschaffen wird, mit der die Erforderlichkeit und die Eignung der Inhalte der Qualitätsberichte im Einzelnen anhand geeigneter Kriterien geprüft und begründet werden müssen. Die Eignungsprüfung sollte auf den mit der Neuregelung gemäß § 136a Absatz 6 SGB V definierten Zielen geeigneter Qualitätsberichterstattung basieren. Demzufolge können weitere Themen nur dann aufgenommen werden, wenn die Informationen zum einen nachgewiesenermaßen als patientenrelevant erachtet werden und auf eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung abzielen. Zum anderen müssen bestehende Inhalte der Qualitätsberichte, für die kein Nutzen für Patienten identifiziert wurde, aus der Qualitätsberichterstattung entfernt

werden, um die Lesbarkeit der Qualitätsberichte zu verbessern und um Fehlanreize zu ineffizienter Ressourcenallokation bei den Krankenhäusern zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Nach § 136b Absatz 6 Satz 6 SGB V wird folgender Satz 7 eingefügt:

Die Erforderlichkeit und die Eignung der im Bericht zu veröffentlichenden Informationen sind im Einzelnen in den Beschlüssen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzulegen.

VIII. Verschiebung der Frist zur Vereinbarung des AOP-Katalogs und einer einheitlichen Vergütung nach § 115 b Abs. 1 Satz 1 SGB V

In § 115b Abs.1 Satz 1 SGB V *Ambulantes Operieren am Krankenhaus* wird die Frist zur Vereinbarung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie einer einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte bis zum 31. Dezember 2022 verlängert.

Gemäß § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 31. Januar 2022 auf der Grundlage eines gemeinsam beauftragten Gutachtens nach § 115b Abs. 1a SGB V einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren.

Die Frist zur Einleitung des Verfahrens für die Vergabe des gemeinsamen Gutachtens wurde durch das *Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite* angepasst. Gleichzeitig wurde die Frist zur Vereinbarung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie der einheitlichen Vergütung auf den 31. Januar 2022 verschoben. Nicht beachtet wurde dabei allerdings die zeitliche Verzögerung, die aus der zwingend vorgesehenen Einhaltung der vergaberechtlich festgelegten Mindestfristen bis zur Zuschlagserteilung und zum Leistungsbeginn des Gutachtens resultiert. Leistungsbeginn des Gutachtens ist der 04. Januar 2021. Das Gutachten ist unter Beachtung der gesetzlich vorgesehenen Laufzeit von einem Jahr bis zum 04. Januar 2022 fertigzustellen.

Nach Abschluss des Gutachtens muss zumindest eine Prüfung und Bewertung der Ergebnisse des Gutachtens durch die Vereinbarungspartner erfolgen können und insbesondere auch die einheitliche Vergütung – die nicht Teil des Gutachtens ist – verhandelt werden. Dies schließt u. a. die Übertragung des vom Gutachter zu identifizierenden, geeigneten Modells zur Schweregraddifferenzierung in konkrete Vergütungskomponenten ein. Die Vereinbarung des Katalogs ambulant durchführbarer

Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie einer einheitlichen Vergütung ist bis zum 31. Januar 2022 praktisch nicht umsetzbar. Zudem sind unterjährige Umstellungen in der Vergütungssystematik aufgrund vielfältiger Probleme nicht zu leisten. Die in § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgesehene Frist zur Vereinbarung des Katalogs und der Vergütung ist daher anzupassen und entsprechend zu verlängern.

Änderungsvorschlag

§ 115b Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a **bis zum 31. Dezember 2022**

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

IX. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

In § 116b SGB V *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung* wird klargestellt, dass für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nicht entsprechend gelten.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist ein wichtiger Bestandteil der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen sowie der Erbringung hochspezialisierter Leistungen. Ein wesentlicher Vorteil der ASV ist die sektorenübergreifende Versorgung und die Möglichkeit für die Patienten, i. V. m. seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf die Fachexpertise der Ärzte stationärer Einrichtungen für die ambulante Versorgung in Anspruch nehmen zu können.

Der allgemeine Teil der ASV-Richtlinie nach § 116b SGB V (ASV-RL) gibt den formalen Rahmen für den Versorgungsbereich vor und regelt grundlegende Anforderungen u. a. an die Teamzusammensetzung, an personelle, sächliche und organisatorische Voraussetzungen, Mindestmengen und den Behandlungsumfang. Die hiermit verbundenen Anforderungen gelten grundsätzlich für alle in den Anlagen konkretisierten Erkrankungen.

In der ASV-RL ist in den §§ 3 Abs. 5, 4 Abs. 2 und 12 vorgegeben, dass die ausschließlich für den vertragsärztlichen Bereich entwickelten Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V in der ASV für die Krankenhäuser solange „entsprechend“ gelten, bis der G-BA diese durch eine „QS-Anlage zur entsprechenden Übertragung der Anforderungen der Regularien des § 135 Abs. 2 SGB V“ zu der ASV-

RL ersetzt, ohne dies weiter zu konkretisieren. Grundlage für diese Regelung bildeten Vorgaben in früheren Versionen des § 116b SGB V, die vom Gesetzgeber mit der Umstellung von der *Ambulanten Behandlung im Krankenhaus (ABK)* auf die *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)* und der Einbeziehung der Vertragsärzte nicht weiter in den neuen § 116b SGB V übernommen wurden. Die entsprechende Übertragung der Qualitätssicherungsvereinbarungen aus dem vertragsärztlichen Bereich auf den Krankenhausbereich hatte sich zuvor in der konkreten Umsetzung als sehr schwierig bis untauglich erwiesen. Zudem nutzt der G-BA im Rahmen der Richtlinienausgestaltung bereits vorhandenen Spielraum für die Vorgabe von Qualitätsanforderungen. Trotz der ausdrücklichen Abkehr des Gesetzgebers von der entsprechenden Geltung der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V hat der G-BA mit Mehrheitsbeschluss vom 17.12.2015 die entsprechende Geltung der Qualitätssicherungsvereinbarungen dennoch weiter in die neue ASV-RL übernommen.

In der Folge hat sich hierzu eine immense Nachweisbürokratie entwickelt, welche die Teambildung erheblich behindert. Darüber hinaus variieren die Art und die Anzahl von den Krankenhäusern beizubringender Nachweise zwischen den einzelnen Bundesländern ganz erheblich (dies reicht bis zu vielen Aktenordnern für die Anzeigenden eines Teams). Seit Jahren ist der G-BA darum bemüht zu konkretisieren, was unter einer „entsprechenden Geltung“ für den Krankenhausbereich zu verstehen ist. Ein Konsens konnte nicht erzielt werden. Der letzte diesbezügliche (dissente) Entwurf wurde im Sinne eines Schlichtungsversuches den Vorsitzenden der erweiterten Landesausschüsse (eLA) zur Prüfung vorgelegt. Der Entwurf wurde von den eLA-Vorsitzenden mehrheitlich abgelehnt, da die Regelungen nicht nur zu viel Nachweisbürokratie erzeugen, sondern gleichermaßen völlig unverhältnismäßig sind, wenn beispielsweise weiterbildungsermächtigte Chefärzte eines Fachgebietes umfassende Nachweise beibringen müssen, um zu belegen, dass sie eine einfache Leistung (z. B. EKG, Koloskopie, Ultraschall), die sie in den ersten Jahren ihrer Facharztausbildung erlernt haben, aktuell noch beherrschen, obwohl sie diese Leistung in deutlich komplizierteren Fallkonstellationen bei stationären Patienten vielfach erbringen. Nach nochmaligen 5 Jahren Diskussion bestehen diesbezüglich weiterhin erhebliche Kontroversen, sowohl innerhalb des G-BA als auch zwischen den eLA-Vorsitzenden der einzelnen Länder (siehe hierzu auch den Artikel von Habermann, KrV 2021).

Auch die Gesundheitsministerkonferenz hat in ihrer Sitzung am 30.09.2020 Folgendes festgestellt:

„Inzwischen hat sich gezeigt, dass die Umsetzung durch den G-BA leider das tatsächliche Versorgungspotential ausbremst. Neben Teilnehmern an der ASV bestätigen dies auch die Herren Dr. Knorr und Prof. Erbguth in ihrer Eigenschaft als Vorsitzender zweier erweiterter Landesausschüsse (Bayern und Brandenburg) in einem Erfahrungsbericht vom 09.12.2019 zum Stand der ASV. Danach bleibt die bisherige Entwicklung der ASV aus unterschiedlichen Gründen hinter dem erwarteten Potential zurück. So insbesondere wegen der teilweise sehr hohen Anforderungen an die Nachweise der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des Zulassungsverfahrens sowie der Ausgestaltung des Antragsverfahrens zu einem neuen

Zulassungsverfahrens in einigen Landesausschüssen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kommt in seinem Gutachten 2018 zu einem ähnlichen Ergebnis...“

Das bisherige Fazit lautet:

„Gut konzipiert, aber nicht adäquat umgesetzt“.

Während die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V möglicherweise für den vertragsärztlichen Bereich ein sinnvolles Instrument zur Qualitätssicherung darstellen, weil hierdurch sichergestellt wird, dass sie sich neue Leistungen, die sie in ihrer Facharztausbildung noch nicht am Krankenhaus erlernt haben, vor der Anwendung am Patienten zunächst aneignen müssen, ist die entsprechende Übertragung auf den Krankenhaussektor, für den es sich primär um einfache Routineleistungen handelt, keinesfalls zielführend.

Bedauerlicherweise blieben auch Bemühungen zur Verständigung auf Vorschläge der eLA-Vorsitzenden in leicht modifizierter Form innerhalb des G-BA erfolglos. Nach vielen Jahren unnötiger Bürokratie, zahlreicher Unsicherheiten auf Seiten der Anzeigenden und mangelnder Einigung innerhalb des G-BA erscheint es nunmehr angezeigt, den ursprünglichen Wunsch des Gesetzgebers aus 2015 nochmals unmissverständlich im Gesetz zum Ausdruck zu bringen. Aus diesem Grund soll der Satz, dass die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V nicht für die Krankenhäuser „entsprechend“ gelten, aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

§ 116b Abs. 1 SGB V ist nach Satz 3 folgender Satz 4 anzufügen:

Die Qualitätsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 gelten nicht für die ambulante Leistungserbringung der Krankenhäuser.