

—

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

—

Referentenentwurf

eines

Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

vom 12. November 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil.....	5
Besonderer Teil	7
Artikel 1 Änderung des Fünften Bundes Sozialgesetzbuch.....	7
Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 27b SGB V) Ausweitung Zweitmeinungsverfahren	7
Zu Artikel 1 Nummern 12 (§ 39d SGB V) Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung.....	7
Zu Artikel 1 Nr. 25a) (§ 91 Abs. 2 Satz 13 SGB V) Antragsrecht des Vorsitzenden des G-BA.....	8
Zu Artikel 1 Nr. 28 (§ 110a SGB V) Stärkung der Qualitätsverträge	9
Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 118 SGB V) Anpassung der PIA und PsIA-Vereinbarung an G-BA-Vorgaben.....	12
Zu Artikel 1 Nr. 30 (§ 120 SGB V) Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus.....	13
Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 136a SGB V) Regelmäßige Information der Öffentlichkeit durch über die Einhaltung der Qualitätskriterien durch einrichtungsbezogene Vergleiche der Leistungserbringer	16
Zu Artikel 1 Nr. 35 a) aa) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB) Wegfall der Befugnisse für Ausnahmeregelungen bei den Mindestmengen	20
Zu Artikel 1 Nr. 35 a) bb) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V) Ausweitung der Leistungen oder Leistungsbereiche für die Qualitätsverträge	21
Zu Artikel 1 Nr. 35 a) cc) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V) Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	22
Zu Artikel 1 Nr. 35 b) (§ 136b Abs. 3 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	23
Zu Artikel 1 Nr. 35 c) (§ 136b Abs. 4 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	26
Zu Artikel 1 Nr. 35 d) aa) (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	27
Zu Artikel 1 Nr. 35 d) bb) (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	27
Zu Artikel 1 Nr. 35 d) cc) (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	29
Zu Artikel 1 Nr. 35 d) dd) (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	30
Zu Artikel 1 Nr. 35 e) (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung – Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung	31
Zu Artikel 1 Nr. 35 f) (§ 136b Abs. 6 Satz 5 SGB V) Streichung des Patientenkapitels in den Qualitätsberichten	32
Zu Artikel 1 Nr. 35 g) (§ 136b Abs. 8 SGB V) Weiterentwicklung der Qualitätsverträge – Evaluierung.....	32
Zu Artikel 1 Nr. 36 (§ 137 Abs. 2 SGB V) 100 % Dokumentationsverpflichtung auch für ambulante Leistungserbringer.....	35
Zu Artikel 1 Nr. 37 a) (§ 137a Abs. 3 SGB V) Weiterentwicklung der Patientenbefragung... ..	36
Zu Artikel 1 Nr. 37 b) (§ 137a Abs. 3 SGB V) Anerkannte Befragungsinstrumente für Patientenbefragungen berücksichtigen	36

Zu Artikel 1 Nr. 39 (§ 137f Abs. 1 SGB V) Einführung eines DMP Adipositas.....	37
Zu Artikel 1 Nr. 40 (§ 137i Abs. 1 Satz 6 SGB V) Klarstellung zur Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen	37
Zu Artikel 1 Nr. 41 a) aa) (§ 137j Abs. 1 Satz 5 SGB V) Klarstellung zur Anrechnung des Pflegehilfspersonals.....	38
Zu Artikel Nr. 41 a) bb) (§ 137j Abs.1 Satz 9 und 10 SGB V) Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten	39
Zu Artikel 1 Nr. 41 b), c) (§ 137j Abs. 2 und 2a SGB V) Anpassung der Sanktionierungsregelung bei Unterschreitung des Pflegepersonalquotienten	39
Zu Artikel 1 Nr. 57 (§§ 277 SGB V) Weiterentwicklung des MD-Gutachterverfahrens - Mitteilungspflichten	40
Zu Artikel 1 Nr. 59 (§ 299 Abs. 4 SGB V) Verlängerung der Löschfrist bei Patientenbefragungen.....	42
Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	44
Zu Artikel 5 Nr. 1 (§ 8 Abs. 1b KHG) Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und –abschläge	44
Zu Artikel 5 Nr. 2 b) (§ 17b Abs. 1a Nr. 3 KHG) Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und –abschläge.....	44
Zu Artikel 5 Nr. 3 (§ 17d KHG) Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV	45
Zu Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe b (§ 17d KHG) Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV	46
Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	48
Zu Artikel 6 Nr. 2a) (§ 5 Abs. 3a KHEntgG) Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und –abschläge	48
Zu Artikel 6 Nr. 4 b) (§ 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG) Folgeänderung zum Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge	48
Zu Artikel 6 Nr. 2 b) (§ 5 Abs. 3b KHEntgG) Weiterentwicklung des Zuschlags für klinische Sektionen.....	49
Zu Artikel 6 Nr. 3 a) (§ 8 Abs.4 Satz 2 KHEntgG) Folgeänderung aufgrund der Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung.....	49
Zu Artikel 6 Nr. 4a (§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG) Beauftragung des InEK zur Kalkulation der Kosten einer klinischen Sektion	51
Zu Artikel 6 Nr. 7 (§ 15 Abs. 3 KHEntgG) Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei NUB-Entgelten	52
Artikel 10 Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende	54
Zu Artikel 10 Nr. 2a) (§§ 2 und 2a TPG) Anpassungen des Registers für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende.....	54
Artikel 14 Änderung der Bundespflegegesetzverordnung	55
Zu Artikel 14 Nr. 2, 4) (§ 5 Abs. 3 und § 9 Abs. 1 Nr. 3 BPfIV) Folgeänderung durch den Wegfall der Qualitätszu- und –abschläge.....	55
Zu Artikel 14 Nr. 6) (§ 15 Abs. 2 BPfIV) Ausgleich von Mehr- und Mindererlösausgleichen bei NUB-Entgelten	55
Artikel 15 Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen .	57
Zu Artikel 15.....	57

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	58
I. Vergütung der Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen.....	58
II. Ergänzung einer Erforderlichkeits- und Eignungsprüfung für Themen der Qualitätsberichte	60
III. Möglichkeit einer Rechnungskorrektur (§ 17c Abs. 2a KHG).....	61

Allgemeiner Teil

Der vorliegende Referentenentwurf zielt darauf ab, die Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu steigern. Qualität und Patientensicherheit haben auch für die Krankenhäuser höchste Priorität. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt daher die Zielsetzung des Entwurfs. Sie sieht sich aber veranlasst, die geplanten Neuregelungen zur ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser und die Beseitigung von Ausnahmeregelungen für die Länder bei den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Mindestmengen als völlig inakzeptabel zurückzuweisen.

Nicht nachvollziehbar ist in diesem Kontext das Vorhaben, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gesetzlich zu beauftragen, den Krankenhäusern Vorgaben zur Bewertung der Dringlichkeit von Behandlungsnotwendigkeiten und Vorgaben zu den Qualitätsanforderungen an das Personal im **Bereich der ambulanten Notfallbehandlung** zu machen. Mit dieser Festlegung würde der KBV als Organisation der niedergelassenen Ärzte die Kompetenz zugeordnet, den unter medizinisch fachlicher Leitung stehenden Notfallambulanzen der Krankenhäuser Vorgaben zu machen. Diese Vorgabe wäre nach dem gescheiterten Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung ein erneuter Versuch, dem KV-System medizinisch fachliche Zuständigkeiten im Kernbereich der medizinischen Versorgung der Krankenhäuser zuzuordnen. Die erforderliche Kompetenz für solche Vorgaben ist im KV-System schlichtweg nicht vorhanden. Gerade in diesen Tagen zeigt sich mehr als deutlich, dass die unter fachmedizinischer Verantwortung der Krankenhäuser zu erbringenden Notfalleistungen in immer größerem Umfang erbracht werden müssen, weil das KV-System nicht in der Lage ist, dies über niedergelassene Ärzte abzusichern. Die Tatsache, dass die Vorgaben nur für die medizinisch geleiteten Ambulanzen der Krankenhäuser und nicht für die Notfallambulanzen der Vertragsärzte gelten sollen, macht dieses Vorhaben in besonderer Weise unverständlich.

Äußerst kritisch bewerten die Krankenhäuser auch die geplante **Streichung des Rechts der Landesplanungsbehörden, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmeregelungen von den Mindestmengenvorgaben des G-BA treffen zu dürfen**. Die Aufhebung dieser krankenhauserplanerischen Ausnahmeregelung stellt einen unzulässigen Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder dar.

Strikt abzulehnen ist das geplante **Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage eines Krankenhauses** und damit das Abschneiden des Rechtsweges bei Streitigkeiten mit den Krankenkassen über Mindestmengen. Diese Regelung hätte zur Folge, dass Krankenkassen bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens alleine bestimmen können, welche Leistungen Krankenhäuser erbringen dürfen.

Uneingeschränkt zu begrüßen ist die geplante **Streichung der Regelungen zu qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen**. Grundsätzlich positiv bewerten die Krankenhäuser auch den geplanten Ausbau der Möglichkeiten zur **Erprobung von Qualitäts-**

verträgen. Die verbindliche Verpflichtung der Krankenkassen, solche Qualitätsverträge mit den Krankenhäusern abzuschließen, wird von den Krankenhäusern allerdings als zu weitgehend bewertet und sollte zurückgenommen werden. Die im Referentenentwurf angelegte, regelmäßige **Information der Öffentlichkeit über die Erfüllung von geeigneten und erforderlichen Qualitätskriterien** wird von den Krankenhäusern grundsätzlich begrüßt. Die dazu geplanten Rahmenbedingungen weisen allerdings erheblichen Nachbesserungsbedarf aus.

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 verstärkt auch für die im Referentenentwurf vorgesehene Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zur Erhebung und Übermittlung der diesbezüglichen Daten, da dort die Anwendung des Pflegepersonalquotienten in Gänze systemfremd ist. Die Krankenhäuser haben sich bereits mehrfach gegenüber der Bundesregierung dafür ausgesprochen, die aktuell geltenden Pflegepersonaluntergrenzen durch das am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten orientierten Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (PPR 2.0) zu ersetzen. Dies sollte nun in diesem Gesetzgebungsverfahren eingeleitet werden.

Die geplante Anpassung der Vereinbarung zu **Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)** an die betreffenden Vorgaben des G-BA könnte bewirken, dass die Möglichkeiten der PIAs, schwer kranke Menschen zu versorgen, erheblich eingeschränkt werden. Die geplante Neuregelung ist daher zurückzunehmen.

Ausdrücklich begrüßt wird die im Referentenentwurf vorgesehene Klarstellung, dass infolge des **Wegfalls der Psych-PV** auch die entsprechenden **OPS-Codes** aus der OPS-Version 2021 entfernt wurden und damit nicht mehr zu übermitteln sind.

Weiterführende Stellungnahmen zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs sind dem Besonderen Teil dieser Stellungnahme zu entnehmen.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Bundes Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 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 Nummern 12 (§ 39d SGB V)

Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der nun vorgesehenen Förderung der Koordination in Hospiz- Palliativversorgung 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 Krankenkassen und maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge 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. 25a) (§ 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 Beschlussfassung zu stellen.

Stellungnahme

Das Antragsrecht des unparteiischen Vorsitzenden des G-BA gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA ist eine Selbstverständlichkeit, entspricht bereits jetzt 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. Aus Sicht der Krankenhäuser ist die neue Regelung 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 niedrighschwelligeres 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. 28 (§ 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 Absatz 1 SGB V)

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

Eine Ersetzung der „Soll-Regelung“ in § 110a Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Es wird eine Möglichkeit zur Anpassung der bestehenden Rahmenvorgaben zu Qualitätsverträgen zwischen dem GKV-SV und der DKG in Bezug auf die nach § 136 b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 neu zu beschließenden Leistungen und Leistungsbereiche vorgesehen. 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 Absatz 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. Beginnend ab 2020 sollen die Ausgaben für jeden Versicherten einen Betrag (als Richtwert) in Höhe von 0,30 Euro jährlich umfassen. Die Krankenkassen sind angehalten, die vorgesehenen Mittel in vollem Umfang für die Erprobung von Qualitätsverträgen aufzuwenden. Nicht zweckgebunden verausgabte Mittel sind im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu

zahlen. 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. 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 als implizit erforderliche Änderungen im Sinne von Folgeanpassungen als sinnvoll bewertet.

Das neue 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, begrüßen die Krankenhäuser grundsätzlich im Sinne des stetigen Anspruchs an eine fortwährende Optimierung der Qualitätsförderung.

Prinzipiell erachten die Krankenhäuser es für wichtig, den Kontext der derzeit bestehenden und der mit dem Gesetzesentwurf vorgelegten Änderungen der Regularien zu den Qualitätsverträgen auch bei zukünftiger Auslegung der hervortretenden 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 übergeordnete normative Regularien für alle an der Versorgung beteiligten stationären Leistungserbringer bilden. Dass diese differenzierte Ansicht so auch im BMG geteilt wird, was in den ausführlich dargelegten Begründungen zu den Änderungen der Regularien zu den Qualitätsverträgen ersichtlich ist, wird von den Krankenhäusern begrüßt.

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 Position der 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 ein Druck zum Abschluss von Qualitätsverträgen auf die Krankenkassen, der auf die Krankenhäuser übertragen werden könnte. In Verbindung mit den vorgelegten 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 qualitäts-

fördernden 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 Anreizeffekten, wenn die Krankenkassen Verträge schließen müssen, um Rückzahlungen zu vermeiden.

In der Begründung zu Buchstabe b fällt eine Aussage auf, die nicht mit den vorgelegten Gesetzesänderungen zu Qualitätsverträgen übereinstimmt und aus der Begründung gestrichen werden sollte.

Änderungsvorschlag

§ 110a Absatz 1 Satz 1 bleibt unverändert und wird wie folgt gefasst:

Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen sollen zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136b Absatz 1 Nummer 4 festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen mit dem Krankenhausträger Verträge schließen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung (Qualitätsverträge).

Begründung zu Buchstabe b wird wie folgt korrigiert:

Die Änderung enthält die angepasste Fristsetzung für die Vertragspartner nach Absatz 2 für eventuell notwendige Anpassungen der zwischen ihnen vereinbarten Rahmenvorgaben für den Inhalt der Qualitätsverträge. Die Rahmenvorgaben, die eine aussagekräftige Evaluation der Qualitätsverträge sichern sollen, sind von den Vertragspartnern für die vier bisher vom G-BA beschlossenen Leistungen und Leistungsbereiche mit Datum vom 16. Juli 2018 vereinbart worden. Für ab dem Jahr 2021 vom G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 neu festgelegte Leistungen oder Leistungsbereiche können Anpassungen und Ergänzungen notwendig werden. ~~Die Fristsetzung stellt insoweit eine Folgeänderung dar zu dem geänderten Auftrag an den G-BA, bis zum Jahr 2024 jährlich zwei weitere Leistungen oder Leistungsbereiche zu bestimmen, bei denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen.~~ Nach der neuen Fristsetzung sind erforderliche Anpassungen der Rahmenempfehlungen jeweils innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA über neue Leistungen oder Leistungsbereiche zu vereinbaren. Damit wird sichergestellt, dass wesentliche Umsetzungsvoraussetzungen für die Qualitätsverträge zeitnah vorliegen.

Zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 118 SGB V)

Anpassung der PIA und PsIA-Vereinbarung an G-BA-Vorgaben

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben 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 an die Festlegungen der Richtlinie des G-BA dahingehend anzupassen, dass Psychiatrischen Institutsambulanzen (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, stationsäquivalenter 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.

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 „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 Anwendung finden. 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. Zudem lässt die Formulierung im Referentenentwurf bezüglich einer Anpassung der „PIA-Vereinbarung“ offen, auf welche konkreten Inhalte abgezielt wird. Dies lässt befürchten, dass die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene vor dem Hintergrund der jeweiligen Partikularinteressen die Öffnung der PIA-Vereinbarung zur Durchsetzung weitreichender Anpassungen, mit dem Ziel die Handlungsfähigkeiten von PIA und somit Möglichkeiten zur Versorgung schwer kranker Menschen erheblich einzuschränken, nutzen werden. Wenn PIA als unverzichtbare Bausteine bei der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen betrachtet werden, kann dies nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Darüber hinaus ist mit dem § 120 Absatz 2 Satz 6 SGB V eine Regelung mit möglichen gravierenden Auswirkungen auf die Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen in Kraft getreten. Demnach ist formuliert, dass die Vergütung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen der Vergütung entsprechen soll, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 26 SGB V auf Basis der Richtlinie für eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ergibt. Die Krankenhäuser haben mehrfach auf die damit zusammenhängenden Gefahren und somit dringenderen Handlungsbedarf aufmerksam gemacht (siehe auch unter „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“)

Änderungsvorschlag

Die Änderung des § 118 Absatz 2 SGB V ist zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 30 (§ 120 SGB V)

Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in Absatz 1 sieht vor, dass im Krankenhaus in Anspruch genommene ambulante Notfallleistungen auf Grundlage der Regelungen der freien Arztwahl im Notfall in die Grundnorm der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen aufgenommen werden.

Ferner wird im neuen Absatz 3b vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung, im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband, bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens für Hilfesuchende, die sich an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden, aufzustellen hat. Diese Vorgaben und Anforderungen sollen für die Krankenhäuser zur Abklärung und Bewertung der Behandlungsnotwendigkeit und zugleich als Abrechnungsvoraus-

setzungen der Leistungen der Notaufnahmen der Krankenhäuser bei Erbringung ambulanter Notfallbehandlungensein dienen.

Darüber hinaus sollen die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufzustellenden Vorgaben das Nähere zum Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung zu Zwecken der Abrechnung sowie zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen als auch zum Nachweis gegenüber den Terminservicestellen, dass ein Fall nach § 75 Abs. 1a Satz 4 vorliegt, enthalten.

Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung, dass allein die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben für ein Ersteinschätzungsverfahren, das zugleich Abrechnungsvoraussetzung ist, für an Krankenhäusern erbrachte ambulante Notfalleleistungen zu treffen hat, ist in keiner Weise nachvollziehbar und vollumfänglich abzulehnen.

Der Referentenentwurf 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 tagtäglich vornehmen. Hierfür bedarf es keiner fachlich-inhaltlichen Vorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Hinzu kommt, dass allein die Kassenärztliche Bundesvereinigung die fachlich-inhaltlichen Kriterien eines Ersteinschätzungsverfahrens festlegen soll und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-SV lediglich ins Benehmen zu setzen sind. Hiermit wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gesetzlich die Kompetenz zugewiesen, massiv in die Organisation und die medizinisch fachliche Zuständigkeit der Krankenhäuser einzugreifen, was gänzlich abzulehnen ist.

Auch ist nicht nachvollziehbar, warum die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Ersteinschätzungsverfahren für die Krankenhäuser implementieren soll, wenn bereits die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V vorsehen, dass bereits 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. Absolut unverständlich ist daher, dass nunmehr für alle Patienten zwei unterschiedliche Einschätzungssysteme zur Behandlungspriorisierung bei Eintritt in die Notaufnahme zur Anwendung kommen könnten. Dies würde (technische) Doppelvorhaltungen mit sich widersprechenden Inkongruenzen schaffen, sowie den Aufwand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Notaufnahmen in nicht nachvollziehbarer Weise erhöhen und damit dem Regelungsziel insgesamt diametral entgegenstehen.

So wird auch außer Acht gelassen, dass die Patienten die Entscheidung treffen, die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufzusuchen, weil sie hier zu Recht Hilfe erwarten, aber auch, weil sie durch niedergelassene Ärzte in die Notaufnahmen weitergeleitet wurden oder aber weil im Vertragsarztbereich keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Die beabsichtigte Neuregelung führt jedoch dazu, dass aufgrund des Ersteinschätzungsverfahrens eine Verweisung in den Vertragsarztbereich erfolgt, in welchem eine Versorgung offensichtlich nicht möglich war. Dieses Konstrukt kann nicht im Interesse eines patientenbezogenen Gesundheitssystems sein. Unklar bleibt damit, warum die Kassenärztliche Bundesvereinigung trotz fehlender Kompetenz, den Zugriff auf die Krankenhäuser erhalten soll, jedoch die Probleme im vertragsärztlichen Bereich aufgrund nicht vorhandener Behandlungsmöglichkeiten nicht aufgegriffen werden.

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu treffenden Vorgaben beziehen sich ausschließlich auf die Krankenhäuser. Für die vertragsärztlichen Leistungserbringer ist eine Ersteinschätzung nicht vorgesehen. Folglich werden die Leistungsinhalte der ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser erweitert, indem die neue Ersteinschätzung notwendiger Leistungsbestandteil wird, da laut Referentenentwurf eine Leistungsvergütung unter der Bedingung erfolgt, dass nach Durchführung der Ersteinschätzung die Behandlungsnotwendigkeit feststeht. Ohne Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit ist eine Leistungsabrechnung für Krankenhäuser nicht mehr möglich. Es fehlt im Referentenentwurf jedoch vollständig eine Abbildung der für die durchzuführende Ersteinschätzung notwendigen personellen Ressourcen in der bestehenden Vergütungssystematik.

Auch der notwendig Implementierungs- und Wartungsaufwand wird völlig außer Acht gelassen: So sieht Referentenentwurf vor, dass es sich bei dem Ersteinschätzungsverfahren um ein qualifiziertes und standardisiertes, softwarebasiertes Abfragesystem handeln sollte. Vollkommen offen bleibt, ob und in welchem Umfang die hierfür notwendigen Implementierungs- und Wartungskosten der Krankenhäuser vergütet werden. Es wird allein darauf verwiesen, dass die Vergütung der ambulanten Notfalleistungen über die bestehenden Gebührenordnungspositionen des EBM erfolgt; diese beinhalten die aufzuwendenden Kosten nicht, so dass die Krankenhäuser den zusätzlichen Aufwand damit selbst tragen müssten. An dieser Stelle trägt auch nicht die im Referentenentwurf ausgewiesene Begründung, wonach der EBM bereits eine abrechnungsfähige Notfallpauschale für die Abklärung und Bewertung der Behandlungsnotwendigkeit vorsieht (Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207), da diese Gebührenordnungspositionen sowohl für Vertragsärzte als auch Krankenhäuser gleichermaßen berechnungsfähig sind; die Vertragsärzte jedoch keine softwarebasierte Ersteinschätzung vornehmen müssen. Damit wird die für Krankenhäuser ohnehin unzureichende Vergütung ambulanter Notfalleistungen sogar noch reduziert. Im Ergebnis führt diese Regelung zu einer Ungleichbehandlung, da die zu erbringenden Leistungsinhalte der Krankenhäuser erweitert werden und nicht mit den Leistungen der Vertragsärzte zu vergleichen sind.

Der Referentenentwurf geht des Weiteren davon aus, dass im Rahmen der Ersteinschätzung haftungsrechtliche Probleme behoben würden, sofern Hilfesuchende keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen. Diese Feststellung wird jedoch nicht näher konkretisiert und dürfte fehl gehen. Es bleibt offen, wie im Einzelfall durch das Abfragesystem rechtssicher festgestellt werden soll, dass ein Patient keiner weiteren Be-

handlung bedarf. 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. Insofern ist die im Referentenentwurf dargelegte Begründung aus rechtlicher Sicht unverständlich und nicht nachvollziehbar.

Schließlich wird beabsichtigt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren Vorgaben Qualitätsanforderungen aufzustellen hat. Offen bleibt, was hierunter zu verstehen ist, etwa ob es sich hierbei um Qualitätsanforderungen für die Software handelt oder um die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche die Ersteinschätzung übernehmen sollen. Auch bleibt in diesem Zusammenhang unklar, wie ein möglicher Nachweis dieser Qualitätsanforderungen erfolgen soll. Strikt abzulehnen ist, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen – möglicherweise regelmäßig wiederkehrend – Nachweise vorzulegen sind, welche die Einhaltung der von der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegten Qualitätsanforderungen nachweisen und das bei völlig fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten..

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Referentenentwurf vorsieht, dass die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch das Nähere zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen beinhalten sollen. Auch hier bleibt vollkommen offen, ob für die am Krankenhaus erbrachten ambulanten Notfalleistungen – und damit neben dem etablierten Abrechnungsweg nach § 295 SGB V – ein gesonderter Abrechnungsweg geschaffen werden soll, welcher die Inhalte des Ersteinschätzungsverfahrens den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Einzelfall zur Verfügung stellt. Nicht nur, dass unklar ist, aus welchem Grund heraus die am Notdienst beteiligten Vertragsärzte von diesen Regelungen ausgenommen sind, wird an dieser Stelle die Kontrolle der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Krankenhäuser massiv ausgeweitet, was in keiner Art und Weise tragfähig ist.

Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 30 Buchstabe b) wird ersatzlos gestrichen

Zu Artikel 1 Nr. 34 (§ 136a SGB V)

Regelmäßige Information der Öffentlichkeit durch über die Einhaltung der Qualitätskriterien durch einrichtungsbezogene Vergleiche der 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 und einrichtungsvergleichend 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 Qualitätsberichtserstattung 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 Qualitätsberichtserstattung geschaffen wird. Qualitätstransparenz muss bundesweit, sektorenübergreifend und patientenorientiert hergestellt werden. 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 diesen 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 berücksichtigt werden. Wichtiger ist dagegen der Mechanismus, der durch eine sachgerechte Qualitätsberichtserstattung 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. Es müssen hierzu jedoch grundlegende Anforderungen, wie etwa die Fokussierung auf relevante, sachrichtige und risikoadjustierte Informationen und die Umsetzung einer neutralen Darstellung, eingehalten werden.

Kritisch gesehen wird die in der Gesetzesbegründung dargelegte Argumentation, dass mit der Neuregelung gemäß § 136a Absatz 6 SGB V lediglich eine Ergänzung der bestehenden Qualitätsberichtserstattung zugelassener Krankenhäuser vorgenommen wird und dass die „Vorschriften über den Qualitätsbericht (...) von dieser Regelung unberührt (bleiben), damit das etablierte Verfahren weiterhin durchgeführt wird (...)“ In der Gesetzesbegründung wird dargestellt, dass die Regelungen zu den Qualitätsberichten „nicht ausreichen, um die Öffentlichkeit umfassender und gezielter sowie einrichtungsvergleichend über Qualitätsunterschieden (...) anhand (...) wesentlichen Qualitätskriterien zu informieren.“ Als Konsequenz daraus jedoch lediglich eine weitere Ergänzung zu den Qualitätsberichten und 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) vorzusehen – ohne die Qualitätsberichte selbst zu verbessern – ist unzureichend. Die Krankenhäuser fordern daher, dass die unterschiedlichen Vorgaben zur Qualitätsberichtserstattung auf einander abgestimmt und insgesamt auf die Zielsetzung sachgerechter Qualitätsberichtserstattung 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 Qualitätsberichtserstattung 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 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 Qualitätsberichtserstattung 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.

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

Erstens sollen einheitliche Anforderungen für einrichtungsvergleiche Qualitätsinformationen festgelegt werden. Der Gesetzentwurf lässt dabei offen, ob es sich um sektorenübergreifende, einheitliche Anforderungen handelt. Dies sollte im Gesetzestext klargestellt werden. Ebenso ist unklar, ob auch sektorenübergreifende, einrichtungsbezogene Vergleiche zwischen Krankenhäusern und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern erfolgen können. Grundsätzlich sollten sektorenübergreifende Vergleiche über die Erfüllung von Qualitätskriterien ermöglicht werden, sofern es sich um vergleichbare Leistungen handelt. Dies sollte an geeigneter Stelle in der Gesetzesbegründung präzisiert werden.

Zweitens soll der G-BA geeignete und erforderliche Qualitätskriterien festlegen, um die Öffentlichkeit durch einrichtungsvergleichende Auswertungsergebnisse zu informieren. Gemäß § 136a Absatz 6 Satz 3 SGB V wird in diesem Zuge der Überprüfung und Darlegung der Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichenden Auswertungsergebnisse eine große Bedeutung geschrieben. Laut Gesetzesbegründung soll der G-BA dabei einen hohen Maßstab anlegen, um 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. Vor diesem Hintergrund ist eine Überprüfung der Erforderlichkeit zwar relevant und notwendig, aber für einrichtungsvergleichende Veröffentlichungen nicht hinreichend. 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 immer die bestmögliche Risikoadjustierung gegeben sein und es ist immer eine abschließende Bewertung durch Fachkollegen auf Augenhöhe (Peer-Review-artiges Verfahren) erforderlich. In § 136a Absatz 6 Satz 3 SGB V sollte insofern neben der Prüfung und Darlegung der Erforderlichkeit auch eine Eignungsprüfung vorgesehen sein. Es sollte auch klargestellt werden, dass die einrichtungsvergleichenden Veröffentlichungen – wenn erforderlich – risikoadjustiert sein müssen.

Drittens sollen die einrichtungsbezogenen Vergleiche regelmäßig – auch unterjährig – 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 unterjährige Veröffentlichung nicht zu zusätzlichen Aufwänden für die Leistungserbringer oder zu Einbußen der Sachrichtigkeit der Informationen führen. Dies sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Gemäß § 136 Absatz 6 Satz 6 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 im Projektablauf bis zum 15. November 2021 angekündigt hat. Daher ist die vorgesehene Frist für die Richtlinie bis zum 31. Dezember 2022 nicht einzuhalten und sollte um ein Jahr verlängert werden.

Kritisch erscheint außerdem die Gesetzesbegründung zu § 136 Absatz 6 Satz 6 SGB V, wonach „Auswertungen und Veröffentlichungen aufgrund der nach der Richtlinie zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und der Mindestmengenregelungen erhobenen Daten sowie der Ergebnisse von Strukturabfragen im stationären Bereich grundsätzlich für einrichtungsbezogene Vergleiche“ geeignet seien. Diese Annahme wird nicht begründet und ist nicht korrekt. Zum einen wird erneut – trotz des sektorenübergreifenden Ansatzes – allein der stationäre Bereich adressiert. Zum anderen ist die Eignung der vorgenannten Themen und Daten für einrichtungsbezogene Vergleiche zunächst zu prüfen. Die im Auftrag zum G-BA-Qualitätsportal enthaltenen Sonderverfö-

fentlichungen zu den Themen Mindestmengen und planungsrelevante Qualitätsindikatoren wurden im G-BA kontrovers diskutiert und das Ergebnis stellt einen Kompromiss dar. Die Priorisierung der vorgenannten Themen sollte aus der Gesetzesbegründung gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

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

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 erstmals bis zum 31. Dezember **2023** ~~2022~~ **sektorenübergreifend** einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene **risikoadjustierte** Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser auf der Basis der **abschließend durch neutrale praktisch tätige Fachkollegen bewerteten** Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten fest. Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art und Umfang der für diesen Zweck zu verarbeitenden Daten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. Die Erforderlichkeit **und die Eignung** der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichenden Auswertungsergebnisse für die **Sicherstellung einer objektiven und sachrichtigen** Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene **risikoadjustierte** Vergleiche sind in der Richtlinie **im Einzelnen** darzulegen. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse hat einrichtungsbezogen und regelmäßig zu erfolgen. Versichertenbezogene Daten dürfen nicht veröffentlicht werden. Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 sollen berücksichtigt werden.“

Zu Artikel 1 Nr. 35 a) aa) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB)

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 vorzusehen, aufgehoben werden. Angesichts des Fortbestands von möglichen Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung aus dem Katalog festgelegter Mindestmengen gemäß der Neuregelung des § 136b Abs. 3 S. 3 SGB V wird hiermit konkret die Abschaffung des Ausnahmetatbestands „hohe Qualität“, der seinen Eingang in § 6 Mm-R gefunden hat, die Folge sein.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser halten die Aufhebung der Befugnis des G-BA, Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge vorsehen zu können, für Mindestmengen, die nur dem Ausschluss von Gelegenheitsversorgung dienen, für sinnvoll. Der G-BA hat bis dato keinen Gebrauch von dieser Befugnisnorm gemacht. Er hat erkannt, dass ein statistisch signifikanter Qualitätsnachweis bei unterhalb der bisher geregelten, zum Ausschluss von Gelegenheitsversorgung dienenden Mindestmengen methodisch nicht erbracht werden kann. Die geltenden Mindestmengen sind statistisch zu niedrig, als dass eine Einrichtung, die eine Leistung unterhalb einer Mindestmenge erbringt, für diese eine hohe Qualität statistisch signifikant nachweisen könnte. Angesichts der 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 aufgenommen werden. Sollte dies nicht der Fall sein, muss der Ausnahmetatbestand bestehen bleiben. Bei Einführung hoher, deutlich über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehender Mindestmengen ist besonders gute Qualität des individuellen Krankenhauses als Ausnahmeregelung zu berücksichtigen. Das IQTIG sollte mit der Erarbeitung eines Konzepts beauftragt werden.

Änderungsvorschlag

Die Streichung von „und Ausnahmetatbestände“ wird zurückgenommen.

Zu Artikel 1 Nr. 35 a) bb) (§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V)

Ausweitung der Leistungen oder Leistungsbereiche für die 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 des QS-Instruments Qualitätsverträge durch Aufnahme weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche.

Den Hinweis in der dargelegten Begründung zur Anpassung von Nummer 4, dass Fallzahlen maßgeblich für eine aussagefähige Evaluation sind, können die Krankenhäuser nicht teilen. Qualitätsverträge bieten sich insbesondere auch für Interventionen bei der Versorgung spezifischer Patientengruppen an. Wissenschaftler erachten gerade die Fokussierung auf eine ausgewählte Patientengruppe oder einen speziellen Versorgungsaspekt (z. B. Implementierung einer neuen Leitlinie) mit besonderem Qualitäts-

verbesserungsbedarf für eine qualitätsabhängige Vergütung als möglicherweise sinnvoll. Eine aussagekräftige Evaluation kann selbstverständlich ebenso erfolgen, wenn insgesamt ein spezielles Patientenkollektiv betroffen ist. Prozessqualitätsindikatoren sind Indikatoren zur Ergebnisqualität im Rahmen dieses Instruments vorzuziehen.

Änderungsvorschlag

Die Begründung zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

[...] Der G-BA kann unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen deshalb weitere Leistungen oder Leistungsbereiche auswählen, bei denen er insbesondere im Hinblick auf ihre Versorgungsrelevanz für Patientinnen und Patienten sowohl bei Krankenkassen als auch bei Krankenhäusern ein Interesse am Abschluss von Qualitätsverträgen erkennt. ~~Bei der Auswahl ist vom G-BA im Hinblick auf seine Verpflichtung zur Evaluierung der Qualitätsverträge insbesondere zu berücksichtigen, dass die Fallzahlen in den von ihm bestimmten Bereichen eine aussagefähige Evaluierung ermöglichen sollten.~~

Zu Artikel 1 Nr. 35 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 qualitätsverbessende 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. 35 b) (§ 136b Abs. 3 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 von der gleichzeitigen Erfüllung von Mindestmengen auch für andere Leistungen und / oder der Erfüllung von in die Mm-R aufzunehmende Mindestanforderungen an die Struktur und Prozessqualität 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 oder 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.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Satz 1 des neu gefassten Absatz 3 des § 136b 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 Krankenhausplanerischen 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 und Prozessqualität 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 Absatz 3 des § 136b SGB V. Zur differenzierten und kritischen Bewertung der Streichung des Ausnahmetatbestands „hohe Qualität“ wird auf die Anmerkungen zu Artikel 1 Nr. 35 a) aa) verwiesen. 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 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 mit 5 bis 6 zu beratenden Leistungen im Jahr.

Abschließend halten die Krankenhäuser den Satz 6 des neu gefassten Absatz 3 des § 136b 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.

Änderungsvorschlag

Der Satz 3 des neuen Absatzes 3 in § 136b SGB V wird wie folgt gefasst:

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

Zu Artikel 1 Nr. 35 c) (§ 136b Abs. 4 SGB V) **Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung**

Beabsichtigte Neuregelung

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 2-Jahresfrist 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 im Zusammenhang mit der Mindestmenge zu erfüllende Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festlegen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich 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 aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoll. Während die Operationalisierung von Leistungen, für die eine Mindestmenge festgelegt werden soll, durch die bereits bestehenden Vorgaben in 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 Einbezie-

hung 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 neue Nummer 4 und 5 des § 136b Absatz 4 SGB aus den eingangs erwähnten Gründen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 35 d) aa) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung

Beabsichtigte Neuregelung

Aus Absatz 4 des § 136b SGB V a.F. wird Absatz 5 des § 136b SGB V. In Satz 3 des § 136b Abs. 5 SGB V sollen redaktionelle Änderungen erfolgen.

Stellungnahme

Die redaktionellen Änderungen sind sprachlich korrekt und notwendig.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 35 d) bb) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Weiterentwicklung der 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 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.

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 berechneten mengenmäßigen Erwartung heranziehen wie beispielsweise die COVID-19-Pandemie (§ 4 Abs. 2 Satz 3 und 4 Mm-R). Unabhängig davon gelten nach der aktuellen Gesetzeslage die Ausnahmetatbestände nach §§ 6, 7 und 10 Abs. 2 Mm-R sowie § 136b Abs. 5 SGB V.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 35 d) cc) (§ 136b Abs. 5 SGB V) Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Satz 7 des § 136b Abs. 5 SGB V sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ab 2022 (d.h. erstmalig im Rahmen des Prognoseverfahrens in 2022 für eine Zulässigkeit der Leistungserbringung der betreffenden Krankenhausträger im Jahr 2023) ihre Entscheidung (Widerlegung oder Bestätigung der Prognose) sowie ihre Entscheidungsgründe dem G-BA und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu übermitteln haben.

Der neue Satz 8 sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Entscheidungen über die Prognose gemeinsam und einheitlich treffen und gleichermaßen die Übermittlung ihrer Entscheidungen einschließlich der Entscheidungsgründe an den G-BA und an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gemeinsam und einheitlich zu erfolgen hat.

Stellungnahme

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

Bereits jetzt informieren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den G-BA standortbezogen über das Prüfergebnis der abgegebenen Prognosen. In Bezug auf die hierbei mitgeteilten Entscheidungsgründe wird hierbei differenziert nach: positiver/negativer Prognose, weil maßgebliche Mindestmenge gemäß den Leistungsmengen nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 und 2 Mm-R im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht/nicht erreicht; positiver/negativer Prognose, weil maßgebliche Mindestmenge unter Berücksichtigung von Personal, Struktur oder weiterer Umstände im nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht/nicht erreicht; Leistungsberechtigung im nächsten Kalenderjahr, weil Ausnahmetatbestand einschlägig. Die Mitteilung beschränkt sich jeweils auf eine Angabe von Ja/Nein, Freitextfelder sind nicht vorhanden.

Die Krankenhäuser bitten vor diesem Hintergrund um einen klarstellenden Hinweis in der Gesetzesbegründung zum neuen Satz 7 des § 136b Abs. 5 SGB V dahingehend, ob mit „Entscheidungsgründen“ Gründe gemeint sind, die über das hinaus gehen, was bereits nach den geltenden Regelungen an den G-BA und die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermittelt wird.

Änderungsvorschlag

Klarstellende Hinweise in der Gesetzesbegründung.

Zu Artikel 1 Nr. 35 d) dd) (§ 136b Abs. 5 SGB V) **Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung des neuen Halbsatzes in Satz 10 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.

Mit dem Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage wird der Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen trotz möglichen Erfolgs einer Klage in jedem Fall Rechnung getragen, der Rechtsweg wäre für die betroffenen Krankenhausträger nutzlos. Das Qualitätssicherungsinstrument Mindestmengen könnten von den Krankenkassen sehr leicht für Strukturbereinigungszwecke missbraucht werden.

Änderungsvorschlag

Keine Aufnahme des neuen Halbsatzes in Satz 10 des § 136b Abs. 5 SGB V – neu -.

Zu Artikel 1 Nr. 35 e) (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Weiterentwicklung der Mindestmengenregelung – Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung

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 Absatzes 5 des § 136b SGB V ab. Struktur und Angebot an Krankenhausleistungen müssen auf den Bedarf der Patienten abgestimmt sein. Die Ziele des Krankenhausplanungsrechts, Versorgungssicherheit und Bedarfsdeckung zu schaffen sind mit den Zielen der Qualitätssicherung in Einklang zu bringen. Mit der krankenhauserischen Ausnahmeregelung in § 136b Abs. 5 SGB V – alt – war dies gewährleistet und auf diese Weise 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 – in die Entscheidungsfindung der Krankenhäuser 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 entgegen gewirkt werden. Die Einschätzung der Gefährdung muss hierbei in der spezifischen Versorgungssituation des Landes begründet sein und kann nicht auf allgemeinen, vom GB-A zu treffenden Erwägungen erfolgen. Vielmehr muss das Land eine krankenhauserindividuelle Abwägung zwischen den positiven Effekten und den negativen Auswirkungen der strikten Umsetzung einer Mindestmenge vornehmen können. So ist es wahrscheinlich, dass bei über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehenden Mindestmengen, insbesondere bei nachgewiesener hoher Qualität, eine geringfügige Unterschreitung der Mindestmenge in einem Krankenhaus in einem Flächenland 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 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 auf die

Feststellungen der Länder, da nur diese im Einzelfall das aktuelle und regionale Versorgungsgeschehen umfassend abschätzen können.

Änderungsvorschlag

Beibehaltung von § 136b Abs. 5 SGB V – alt - .

Zu Artikel 1 Nr. 35 f) (§ 136b Abs. 6 Satz 5 SGB V) **Streichung des Patientenkapitels in den Qualitätsberichten**

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung des Satzes 5 in § 136b Absatz 6 SGB V entfällt die Vorgabe zur Erstellung eines Patientenkapitels in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Änderung. Es erscheint 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. Trotz der Streichung des speziellen Patientenkapitels wird an der Vorgabe festgehalten, dass patientenrelevante Informationen in den Qualitätsberichten enthalten sein sollen. Dies ist nachvollziehbar und wird von den Krankenhäusern unterstützt. Allerdings darf das Bestreben, die Qualitätsberichte patientenfreundlicher zu gestalten, nicht zu einer bloßen Anreicherung der darin enthaltenen Informationen führen. Zahlreiche vom Gesetzgeber im Speziellen 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 auch zur Personalausstattung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 35 g) (§ 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 30. Juni 2028 vorgelegt werden. Auf deren Basis beschließt der G-BA zum 31. Dezember 2028 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 gemeinsame 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. Die Schlussbetrachtung und das angestrebte Ziel werden im Detail offengelassen und stattdessen wird auf die Ergebnisse der bevorstehenden Evaluation und der anschließenden Beratungen und Empfehlungen verwiesen. Es wird ein bindender Rahmen vorgegeben ohne vorgreifende Entscheidungen festzulegen. Dieser offene Raum bietet Flexibilität im Umgang mit den Herausforderungen, die voraussichtlich stark heterogenen Vertragsinhalte und die Auswirkungen auf die Versorgung im Sinne der Qualitätsförderung zu bewerten.

Die Krankenhäuser sehen allerdings die Durchführung der (Abschluss-)Evaluation bis zum 30. Juni 2028 als Grundlage einer abschließenden Empfehlung bis zum 31. Dezember 2028 kritisch. In diesem Zusammenhang ist auf die dargelegte Begründung 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 bestehenden Kritik wird mit dieser neuen Zeitvorgabe nicht entgegnet. 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 und Daten als Grundlage für die Evaluation und anschließende Empfehlung generiert werden können. Erkenntnisse, die im Rahmen des vollen Erprobungszeitraums, aber nach Beginn der Evaluation gewonnen werden, können keine Berücksichtigung mehr finden.

Die Krankenhäuser begrüßen prinzipiell den Ansatz mit einer Veröffentlichung von Informationen zu Vertragspartnern und betroffenen Leistungen und Leistungsbereichen Transparenz herzustellen. 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, erscheint hierfür nicht der richtige Zeitpunkt. Es sollten die Erkenntnisse aus dem Evaluationsverfahren und der weiteren Empfehlungen abgewartet werden, bevor

eine Form der verpflichtenden 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. Die Krankenhäuser empfehlen die Veröffentlichung der Informationen dahingehend zu modifizieren, dass die Vertragspartner ihre Zustimmung zur Veröffentlichung auf freiwilliger Basis gemeinsam, z.B. im Rahmen der Vertragsverhandlungen, festlegen können. Die Daten sollten stets so aktuell wie möglich im Zugriff stehen. An Qualitätsverträgen interessierte Krankenkassen und Krankenhäuser hätten über die freiwillige transparente Informationsveröffentlichung die Möglichkeit Kontakt aufzunehmen um Informationen einzuholen (auch Best Practice Erfahrungen) oder sich ggf. bestehenden Verträgen anschließen zu 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 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 Evaluationsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich monatlich eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen und 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. 36 (§ 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. Die Ermittlung der Dokumentationsrate muss 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 Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen festlegen, um den Gründen für die Nichtlieferung nachgehen zu können.

Änderungsvorschlag

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von **98 100** Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der **Leistungserbringer Krankenhäuser** fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge ~~nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung~~ vorzusehen, es sei denn, **der Leistungserbringer das Krankenhaus** weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt Regelungen für den Umgang mit nicht gelieferten Datensätzen fest.**

Zu Artikel 1 Nr. 37 a) (§ 137a Abs. 3 SGB V)

Weiterentwicklung der Patientenbefragung

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nr. 37 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, gezielt schon vorhandene Befragungsinstrumente für die Qualitätssicherung nutzbar zu machen, um die knappen Ressourcen des IQTIG zu schonen und auch rascher Patientenbefragungen entwickeln zu können. 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. 39 (§ 137f Abs. 1 SGB V)

Einführung eines DMP Adipositas

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird der Gemeinsame Bundesausschuss 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. 40 (§ 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 nicht für 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 Mindestanforderungen an das Pflegepersonal normiert.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Ergänzung, da sie das Verhältnis zwischen den Pflegepersonaluntergrenzen und den Mindestanforderungen an das Pflegepersonal gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V klarstellt. Um die aus den Tragenden Gründen des Gesetzesentwurfs hervorgehende Vorrangigkeit der Mindestanforderungen 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 im § 137i Abs. 1 Satz 6 SGB V vor.

Änderungsvorschlag

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

Regelungsbereiche, in denen Die 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. 41 (§ 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 Risikoadjustierung 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. 41 a) aa) (§ 137j Abs. 1 Satz 5 SGB V)

Klarstellung zur Anrechnung des Pflegehilfspersonals

Beabsichtigte Neuregelung

Nicht dreijährig examiniertes Pflegepersonal soll nur noch anteilig entsprechend dem Verfahren zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V in die Anzahl der Vollkräfte im Zähler des Pflegepersonalquotienten einbezogen werden.

Stellungnahme

Die vorgesehene Einschränkung der Anrechnung des Pflegehilfspersonals – analog der PpUGV – ist aus Sicht der DKG 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 zur Pflegeaufwand darstellen. Zudem ist zu berücksichti-

gen, dass die Datengrundlagen für die Ermittlung des Pflegepersonals und die Ermittlung der Patientenbelegung zwischen den beiden Regelungsbereichen Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotient nicht identisch sind. Während der Pflegepersonalquotient auf Grundlage der § 21 KHEntgG-Daten unter Hinzuziehung des Pflegekostenkatalogs ermittelt wird, wird die Einhaltung der Untergrenzen nach anderen Maßgaben (PpUG-Nachweisvereinbarung) nachvollzogen. Folge wäre daher eine Scheinkongruenz zwischen PpUG und Pflegepersonalquotient, die zu nicht korrekten Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser führt.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung der beabsichtigten Gesetzesänderung.

Zu Artikel Nr. 41 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

Aufgrund der methodischen Schwächen und des damit verbundenen eingeschränkten Informationsgehalts des Pflegepersonalquotienten führt aus Sicht der DKG eine Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten zu keinem Mehrwert für Patienten.

Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung der beabsichtigten Gesetzesänderung.

Zu Artikel 1 Nr. 41 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 DKG begrüßt, 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. 57 (§§ 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 erbachten 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 haben, 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 Begutachtungs-

ergebnis kommt, erfahren. 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 der Begutachtungsergebnisse 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 das vollständige Gutachten des Medizinischen Dienstes in jedem Fall und zu welchem Zeitpunkt zu erhalten hat. Die beabsichtigte Regelung konterkariert die laufenden Verhandlungen und verschlechtert die ohnehin nicht optimale 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 abweiche. 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 Behand-

lungsdaten im Rahmen des Prüfverfahrens mitgeteilt, sämtliche Daten wären in einem späteren Gerichtsverfahren zudem ohnehin offen zu legen. 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, über dessen Leistung er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, 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 in vollständiger Form 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 Sätze 2 bis 4.

Zu Artikel 1 Nr. 59 (§ 299 Abs. 4 SGB V)

Verlängerung der Löschfrist bei Patientenbefragungen

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen diesen Vorschlag, 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 vor, dass Plankrankenhäuser, welche bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine unzureichende Qualität aufweisen oder drei Jahre in Folge von Qualitätsabschlägen betroffen waren, aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind. Aufgrund des Wegfalls der Qualitätszu- und –abschläge wird der 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. Es hat sich gezeigt, dass es nicht möglich ist, rechtssicher einsetzbare Qualitätsindikatoren für die Zu- und Abschläge zu entwickeln. Auch wenn für einzelne, wenige Leistungen oder Leistungsbereiche abschlagsrelevante Indikatoren

identifiziert hätten werden können, würde sich die Frage nach der Verhältnismäßigkeit des großen Aufwands zu Steuerungspotenzial dieses auch in internationalen Erfahrungen als höchst fragwürdig eingestuften Instrumentes stellen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 5 Nr. 3 (§ 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.

Mit Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe b wird die Verpflichtung zur zusätzlichen Übermittlung der Behandlungsbereiche nach der Psychiatrie-Personalverordnung gestrichen.

Stellungnahme zu Buchstabe a

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 Satz 8 und 9 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 psychiat-

rischen 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 mit der Übermittlung Psych-PV-Einstufung ursprünglich mit der 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 zu Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe a

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

Zu Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe b (§ 17d KHG)

Klarstellung zum Wegfall der Psych-PV

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung des zweiten Satzes in § 17d Absatz 9 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 von 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

Kein Änderungsvorschlag

Artikel 6

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

b) Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:

*„Bei der Ermittlung des durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrages sind jeweils die für den maßgeblichen Zeitraum ~~vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Kosten~~ **von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Kosten** einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.“*

Zu Artikel 6 Nr. 3 a) (§ 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 in § 136b Absatz 3 und 5 SGB V a.F. (Streichung des Ausnahmetatbestands „hohe Qualität“ und der „Sondergenehmigung“ der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung) 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. 35 e) genannten Gründen die Streichung des § 136b Absatz 5 SGB V a.F. und damit auch die entsprechende Folgeanpassung des Satzes 2 des § 8 Abs. 4 KHEntgG ab.

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. Auch nach § 136b Absatz 5 Satz 3 SGB V n.F. sind Übergangsregelungen sowie Regelungen für die erstmalige oder 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 Leistungserbringungsverbot 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 Nr. 1 KHEntgG in seiner aktuell gültigen Fassung beizubehalten und nur redaktionell um den Wegfall der Qualitätszu- und -abschläge anzupassen.

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 berechtigte mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird.“

Zu Artikel 6 Nr. 4a (§ 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 die durch das InEK kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion als die Höhe der Durchschnittskosten.

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 begrüßt die DKG vollumfänglich die im vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung enthaltenen Änderungsvorschläge für §9 KHEntG, 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 DKG begrüßt 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. 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 praktiziert. 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 DKG schlägt daher vor, dieses bewährte Verfahren bei der Vereinbarung der Durchschnittskosten einer Sektion zu übernehmen

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

a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. bis zum [Datum einsetzen: Ende des dritten Monats nach Inkrafttreten] 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 einer klinischen Sektion **inkl. der Kostenentwicklung zwischen Kalkulationsjahr und Vereinbarungszeitraum** als die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; hierfür ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der jährlichen Kalkulation 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. 7 (§ 15 Abs. 3 KHEntgG)

Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen bei NUB-Entgelten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen nach § 15 Abs. 3 KHEntgG sollen auch für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) entsprechend gelten.

Stellungnahme

Nach der Gesetzesbegründung zu der beabsichtigten Neuregelung soll mit der Ergänzung das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen werden. Im Ergebnis wird mit dieser Entscheidung klargestellt, dass § 15 Abs. 3 KHEntgG auch auf **erstmalig** im Vereinbarungszeitraum vereinbarte NUB-Entgelte anwendbar ist.

Problematisch war in diesem Zusammenhang, dass nach dem Wortlaut des § 15 Abs. 3 KHEntgG auf Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger Entgelte abgestellt wird. Bei erstmaliger Vereinbarung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden konnten diese zuvor noch nicht abgerechnet und damit nicht weiter erhoben werden. Mit Verweis auf den Wortlaut der Regelung wurde bis zur Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts die Anwendbarkeit des Ausgleichs für erstmals vereinbarte NUB regelmäßig seitens der Krankenkassen regelmäßig negiert.

Um die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts auch gesetzlich nachzuvollziehen, ist daher eine weitergehende Anpassung als vorgesehen erforderlich (s. u.).

Änderungsvorschlag

Dem § 15 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 gelten für Entgelte nach § 6 Absatz 2 entsprechend; **dies gilt auch für das Jahr der erstmaligen Vereinbarung.**“

Artikel 10

Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Zu Artikel 10 Nr. 2a) (§§ 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 Fehlzuordnungen 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 eine anonymisierte Auswertung der im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ihrer Änderung und ihres Widerrufs zu veröffentlichen.

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, 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.

Zu Artikel 14 Nr. 6) (§ 15 Abs. 2 BPfIV)

Ausgleich von Mehr- und Mindererlösausgleichen bei NUB-Entgelten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen nach § 15 Abs. 2 KHEntgG sollen auch für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) entsprechend gelten.

Stellungnahme

Nach der Gesetzesbegründung zu der beabsichtigten Neuregelung soll mit der Ergänzung das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen werden. Im Ergebnis wird mit dieser Entscheidung klargestellt, dass § 15 Abs. 3 KHEntgG auch auf **erstmalig** im Vereinbarungszeitraum vereinbarte NUB-Entgelte anwendbar ist.

Problematisch war in diesem Zusammenhang, dass nach dem Wortlaut des § 15 Abs. 3 KHEntgG auf Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger Entgelte abgestellt wird. Bei erstmaliger Vereinbarung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden konnten diese zuvor noch nicht abgerechnet und damit nicht weiter erhoben werden. Mit Verweis auf den Wortlaut der Regelung wurde bis zur Entscheidung

des Bundesverwaltungsgerichts die Anwendbarkeit des Ausgleichs für erstmals vereinbarte NUB regelmäßig seitens der Krankenkassen regelmäßig negiert.

Um die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts auch gesetzlich nachzuvollziehen, ist daher eine weitergehende Anpassung als vorgesehen erforderlich (s. u.).

Änderungsvorschlag

Dem § 15 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten für Entgelte nach § 6 Absatz 4 entsprechend; **dies gilt auch für das Jahr der erstmaligen Vereinbarung.**“

Artikel 15

Gesetz über die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten sowie des Personals im Gesundheitswesen

Zu Artikel 15

Beabsichtigte Neuregelung

Die Erhebungen für die Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals sowie eines regionalen Fachkräftemonitorings werden als Bundesstatistiken mit Auskunftspflicht durchgeführt. Das regionale Fachkräftemonitoring wird als neue Bundestatistik umgesetzt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen insbesondere den Aufbau eines regionalen Fachkräftemonitorings. 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. Eine Ausweitung des Fachkräftemonitorings auf Krankenhäuser ist wünschenswert.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Vergütung der Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen

Stellungnahme

Mit dem durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychTh-GAusbRefG) eingefügten § 92 Absatz 6b SGB V wurde der G-BA beauftragt, in einer neuen Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, zu beschließen. Gemäß § 87 Absatz 2a Satz 26 SGB V sollen die Leistungen nach dieser Richtlinie daraufhin durch den nach § 87 Absatz 5a SGB V ergänzten Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden.

Mit dem ebenfalls neuen Satz 6 des § 120 Absatz 2 SGB V tritt zum 1. September 2020 zusätzlich eine Regelung mit möglichen Auswirkungen auf die Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen in Kraft: „Die Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen soll der Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 26 ergibt.“

Bereits kurz vor Ende des Gesetzgebungsverfahrens wurden Bedenken zur konkreten Formulierung und den potentiellen Auswirkungen dieser Regelung an den Gesetzgeber herangetragen. Aus der Begründung des zugrundeliegenden Änderungsantrages (Bundestag-Drucksache 19/13585) ergibt sich, dass mit der Ergänzung des neuen Satzes 6 des § 120 Absatz 2 SGB V beabsichtigt war, bei einem Einbezug der PIA in die neu zu regelnde berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Kranker mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nur die sich daraus ergebenden neuen Leistungen bei allen Leistungserbringern auch gleich zu vergüten. Aus der Gesetzesformulierung, die ohne weitere Einschränkungen auf den EBM verweist, könnte sich jedoch ergeben, dass alle Leistungen der PIA unabhängig von der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V nur noch nach EBM zu vergüten sind. Im Plenarprotokoll der 115. Sitzung des Bundestages (S. 14141 vom 26.09.2019) wird jedoch die Feststellung getroffen, dass die Änderung des § 120 Absatz 2 SGB V ausschließlich für die neue Versorgungsform gelten soll.

Die Beratungen im G-BA zu dieser neuen Richtlinie geben jedoch Anlass zur Sorge, dass dies nicht von allen Beteiligten so gesehen wird und Satz 6 des § 120 Absatz 2 SGB V anders interpretiert wird.

Gemäß § 120 Absatz 2 SGB V erfolgen die Vergütungen der PIA unmittelbar von den Krankenkassen. Entsprechend § 120 Absatz 2 Satz 2 SGB V soll die Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der PIA bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. In Deutschland wurden bundeslandesweit oder PIA-individuell bewährte Vergütungs-

systeme geschaffen, welche den Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Leistungen im Sinne des § 118 SGB V zu erbringen und weitestgehend flächendeckend Patienten zu versorgen, die wegen Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Versorgung angewiesen sind. Die 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. Es ist zu bezweifeln, dass sich eine dem EBM folgende Vergütungssystematik für eine sachgerechte Leistungsvergütung für die PIA eignet. Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine funktionierende Vergütungsfindung auf Landes- oder Ortsebene durch eine bundeseinheitliche Vergütung ohne Berücksichtigung der uneinheitlichen Kostenstrukturen abgelöst und eine weitestgehend flächendeckende Versorgungsstruktur zerschlagen werden würde, für die bisher keine Alternativen existieren.

Dies wurde auch vom Bundesrat so gesehen, der in seiner 982. Sitzung am 8. November 2019 die Bundesregierung aufforderte, „(...) die Auswirkungen der Anknüpfung der Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab kritisch zu prüfen. (...) [Und] diese Rechtsänderung zurückzunehmen, um den Fortbestand des unverzichtbaren Versorgungsbeitrags, den PIAs in der ambulanten Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten leisten, zu gewährleisten.“

Änderungsvorschlag

§120 Absatz 2 Satz 6 SGB V wird wie folgt geändert und folgender Satz 7 angefügt:

Sofern und soweit im Einzelfall Leistungen gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V durch die Psychiatrische Institutsambulanz erbracht werden, soll die Vergütung derjenigen Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen soll in ihrer Höhe der Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 26 ergibt. Hiervon unberührt bleiben die Regelungen nach Satz 1 bis 3 sowie Absatz 3 Satz 1.

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

Stellungnahme

Die derzeit in den Qualitätsberichten enthaltenen Informationen sind insgesamt zu wenig auf Patientenbedürfnisse zugeschnitten und Patienten können die veröffentlichten Informationen bisher nicht oder kaum nutzen. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Themen und die Komplexität der Qualitätsberichte seit Jahren zu, wodurch der Aufwand, der den Krankenhäusern bei der Erstellung der Qualitätsberichte entsteht, kontinuierlich stark steigt. Die Krankenhäuser fordern daher, dass eine gesetzliche Verpflichtung geschaffen wird, mit der die Erforderlichkeit und die Eignung der Inhalte der Qualitätsberichte im Einzelnen geprüft und begründet werden muss. Die Eignungsprüfung sollte auf die mit der Neuregelung gemäß § 136a Absatz 6 SGB V definierten Ziele geeigneter Qualitätsberichtserstattung fußen. Demzufolge können weitere Themen nur dann aufgenommen werden, wenn die Informationen zum einen nachgewiesenermaßen als patientenrelevant erachtet werden und sie 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 durch eine Reduktion der überfordernden Menge an Informationen zu erhöhen und um Fehlanreize zu ineffizienter Ressourcenallokation zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Nach § 136b Absatz 6 Satz 6 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.

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

Stellungnahme

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 Prüfergebisses 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 Abwarten 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 wird ersatzlos gestrichen.