

Stand: 2. Oktober 2015

Eckpunkte zum Änderungsbedarf des Entwurfes des Krankenhausstrukturgesetzes

Eckpunkte:

- I. Der Versorgungszuschlag wird ab 2017 durch einen **Pflegezuschlag** ersetzt. Das Mittelvolumen für den Pflegezuschlag beträgt pro Jahr 500 Mio. Euro. Der Zuschlag wird nach den Pflegedienstpersonalkosten der allgemeinen Krankenhäuser verteilt. So erhalten die Krankenhäuser einen Anreiz, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.
- II. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts bleibt es dabei, dass Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Verhandlungen zu berücksichtigen sind. Auf die im Entwurf vorgesehene weitergehenden Präzisierungen wird verzichtet. Die absenkende Berücksichtigung von Ausgabensteigerungen bei Leistungen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, entfällt ebenfalls.
- III. Die Dauer des **Fixkostendegressionsabschlages** (FDA) wird auf drei Jahre verkürzt. Es bleibt bei der Vereinbarung der Höhe des FDA durch die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene. Die Ausnahmen vom FDA werden gesetzlich präzisiert. Die Ausnahmetatbestände sind: Leistungen bei Transplantationen, Polytraumata, Schwerbrandverletzte, Versorgung von Frühgeborenen, Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Leistungen aufgrund von zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand, Leistungen von krankenhauserplanerisch ausgewiesenen Zentren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. Juli 2016 einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen (z.B. Geburten), für den ein hälftiger FDA Anwendung findet (Konfliktlösung: Bundesschiedsstelle). Für sonstige Verlagerungsleistungen bleibt es bei der Fassung des Gesetzentwurfes.
- IV. **Steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen**, die die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden hälftig von den Kostenträgern refinanziert. Bildet der Orientierungswert die Obergrenze, sind zur Vermeidung einer doppelten Berücksichtigung in den Folgejahren bereits im Rahmen einer anteiligen Tarifrefinanzierung berücksichtigte

Kostenentwicklungen zu bereinigen. Im Zusammenhang mit der für die Zeit ab dem Jahr 2018 vorzunehmenden Prüfung der alleinigen Anwendung des vollen Orientierungswertes wird auch die Tarifklausel überprüft.

V. Krankenhausleistungen für Asylbewerber

Auf stationäre Krankenhausleistungen von Akutkliniken sowie psychiatrischen Häusern, soweit die Kosten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz getragen werden, finden zur Entlastung der Krankenhäuser der Mehrerlösausgleich sowie der Mehrleistungsabschlag keine Anwendung.

VI. Notfallversorgung

1. Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag. Die Regelung zur Organisation des Notdienstes wird ergänzt; KVen sollen zukünftig entweder „Portalpraxen“ in bzw. an Krankenhäusern, die sich an der Notfallversorgung beteiligen, als erste Anlaufstelle einrichten oder die Ambulanzen von Krankenhäusern über entsprechende Vertragsvereinbarungen unmittelbar in den vertragsärztlichen Notfalldienst einbinden.
2. Auch sektorenübergreifende Empfehlungen zur Notfallversorgung können durch das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V erfolgen.
3. Anpassung der Umsetzungsverpflichtung des § 115 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V zur Zusammenarbeit von Krankenkassen und KVen mit Krankenhäusern auf regionaler Ebene - auf der Grundlage ggf. bestehender Empfehlungen bzw. ggf. unter Berücksichtigung der Stellungnahme des gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V.
4. Flankierung der strukturellen Verbesserung und Stärkung dieser sektorübergreifenden Kooperation in der ambulanten Notfallversorgung (Punkte 1 bis 3) durch die Übertragung der Zuständigkeit für die Vergütung im ambulanten Not(fall)dienst auf den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V (GKV-SV, KBV und DKG). Die Zahl der neutralen Mitglieder des ergänzten Bewertungsausschusses wird auf 5 erweitert.
5. Auftrag an den ergänzten Bewertungsausschuss unter Berücksichtigung der regional vereinbarten sektorübergreifenden Versorgungsstrukturvorgaben und unter Berücksichtigung des Schweregrades des Notfalls, den EBM bis zum 31. Dezember 2016 zu überprüfen und entsprechend anzupassen.
6. Ergänzende sofortige gesetzliche Regelung zur Sicherung der angemessenen und rechtskonformen ambulanten Vergütung der Notfallversorgung auch auf regionaler Ebene im Rahmen der Honorarverteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

7. Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Notfallleistungen für die Versorgung soll zwei Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen im EBM durch den ergänzten Bewertungsausschuss die Entwicklung der Leistungen evaluiert und hierüber berichtet werden.

VII. Der **Investitionsabschlag** bei der **Vergütung ambulanter Leistungen** des Krankenhauses wird ganz gestrichen

VIII. Um allen Ländern **Zugang zu den Mitteln des Strukturfonds** zu verschaffen, werden folgende Modifizierungen getroffen:

1. Bei der Ermittlung des maßgeblichen Investitionsniveaus werden bei den neuen Ländern die von den Sozialversicherungsträgern in den Jahren bis 2014 nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes aufgebrauchten Mittel für die Investitionskostenförderung nicht berücksichtigt. Abzustellen ist insoweit nur auf die originären Haushaltsmittel des Landes.
2. Für das in den Jahren 2016 bis 2018 beizubehaltende Investitionsniveau kann der Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 oder die Höhe im Jahr 2015 bereitgestellten Mittel zur Investitionsförderung herangezogen werden.

IX. **Qualitätsabschläge und Vergütungsausschluss**

Das Verhältnis der Qualitätsabschläge zum Vergütungsausschluss beim Verstoß gegen zwingende Qualitätsvorgaben wird klarstellt. Hierfür wird die Anwendung von Qualitätsabschlägen in diesen Fällen ausgeschlossen. Außerdem wird die Anwendung der Qualitätsabschläge zeitlich z.B. auf jeweils drei Jahre befristet, um zu verdeutlichen, dass ein unzureichendes Qualitätsniveau auch im Abschlagssystem nicht dauerhaft toleriert werden kann. Es wird sichergestellt, dass bei Fortbestehen des Qualitätsmangels nach Ablauf der höchstens 3-Jahresfrist ein Vergütungsausschluss erfolgt und vom jeweiligen Land planungsrechtliche Konsequenzen sowie von Kostenträgerseite Konsequenzen für den Versorgungsvertrag zu ziehen sind.

X. **Intensivstationen** werden in den Anwendungsbereich des **Pflegestellen-Förderprogramms** aufgenommen.

XI. Um einen wirksamen Abbau von Überkapazitäten zu ermöglichen, erhalten die Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, sich an den Kosten der **Schließung eines Krankenhauses** zu

beteiligen. Zu diesem Zweck können sie eine entsprechende Vereinbarung mit dem Krankenhausträger schließen. Die Rückforderung bereits gewährter Landesmittel ist ausgeschlossen. Die Beteiligung kann ergänzend zur Förderung durch Mittel des Strukturfonds erfolgen.

XII. Verlängerung des Hygieneförderprogramms

1. Das Hygieneförderprogramm wird um weitere drei Jahre (2017 bis 2019) verlängert (Streichung der Fördertatbestände für hygienebeauftragte Ärzte unter Beibehaltung der anderen Fördertatbestände für Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker).
2. Es erfolgt eine Ausweitung des Programms im Bereich der Infektionsmedizin durch Einbeziehung der Beratung durch Infektiologen und der Weiterbildung in Infektiologie.
3. Die im Infektionsschutzgesetz vorgesehene Übergangsfrist zur Personalgewinnung und -ausbildung wird ebenfalls bis zum Jahr 2019 verlängert.

XIII. Pflegerische Übergangsversorgung

Die Lücke in der Versorgung von Versicherten mit einer schweren Krankheit oder bei einer akuten Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind und nicht (oder noch nicht) pflegebedürftig sind, wird durch leistungsrechtliche Regelungen geschlossen.. Voraussetzung ist außerdem, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt und deshalb keine Leistungen den Pflegekassen beansprucht werden können.

Die Leistungsansprüche der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe werden wie folgt erweitert und ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in der GKV neu geschaffen:

1. Ergänzung des § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege
Es wird geregelt, dass Versicherte bei Vorliegen der o.g. Voraussetzungen die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten. Ein gleichzeitiger Bedarf an Behandlungspflege ist nicht erforderlich. Der Leistungsumfang entspricht der bisherigen GKV-Systematik der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch soll wie die Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Absatz 1 SGB V bis zu vier Wochen je Krankheitsfall bestehen und kann von der Krankenkasse in begründeten Ausnahmefällen nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes verlängert werden.
2. Ergänzung des § 38 SGB V Haushaltshilfe

Versicherte erhalten in Zukunft unter den oben genannten Voraussetzungen bis zu vier Wochen, bei bis zu 12jährigen Kindern im Haushalt bis zu 26 Wochen, Haushaltshilfe (derzeit gibt es Haushaltshilfe als Pflichtleistung nur bei stationären Aufenthalten oder der Leistung medizinischer Behandlungspflege, soweit im Haushalt ein Kind lebt).

Daneben wird die bisherige Soll-Regelung zu Satzungsleistungen wegen der o.g. Erweiterung der Pflichtleistung wieder als freiwillige Satzungsleistung (Kann-Regelung) ausgestaltet.

3. Neuer § 39b SGB V Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Mit einem speziellen Kurzzeitpflegeanspruch wird ein vollständig neuer Leistungsanspruch in der GKV entsprechend der Leistung der sozialen Pflegeversicherung in dafür geeigneten Einrichtungen geschaffen werden. Leistungsvoraussetzung ist insbesondere, dass die vorgenannten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht ausreichen.

Wie die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI ist der Anspruch auf vier Wochen im Kalenderjahr begrenzt. Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden bis zu dem gesetzlich festgelegten Höchstbeitrag von derzeit 1612 Euro übernommen.

Es wird geregelt, dass die Umsetzung des Kurzzeitpflegeanspruchs nach 3 Jahren evaluiert wird.

Finanzielle Auswirkungen der vereinbarten Änderungen am Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes in Mio. Euro					
	2016	2017	2018	2019	2020
Überführung des Versorgungszuschlags in den Pflegezuschlag		500	500	500	500
Verhandlung der Landesbasisfallwerte (Streichung der absenkenden Berücksichtigung von Leistungen, die nicht mit DRGs bewertet werden, sowie von Produktivitätsentwicklung, Fehlbelegung und ambulantes Verlagerungspotential)		Nicht quantifizierbar			
Weiterentwicklung der Mengensteuerung auf Hausebene		Nicht quantifizierbar			
Änderungen beim Fixkostendegressionsabschlag		Nicht quantifizierbar			
Anteilige Tarifkostenrefinanzierung*	125	125	125	125	125
Verlängerung des Hygieneförderprogramms	6	22	26	31	
Abschaffung des Investitionskostenabschlags bei Krankenhausambulanzen	75	75	75	75	75
Weiterentwicklung der Regelungen zur Notfallversorgung		Nicht quantifizierbar			
Einführung einer Übergangsversorgung (Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Übergangspflege GKV)	75	100	100	100	100
Summe (alle Kostenträger)	281	822	826	831	800
* Durchschnittliche Mehrausgaben bei Betrachtung der Jahre 2010 bis 2015.					