



---

## Formulierungsvorschläge der KGS für dringlich vorzunehmende Änderungen im Gesetzentwurf KHSG:

### zu 1. Versorgungszuschlag

Art. 2 Nr. 8 c): § 8 Abs. 10 KHEntgG:

Anstelle der Aufhebung des Versorgungszuschlags mit Ablauf des Jahres 2016 wird mit einem neuen Abs. 11 das § 10 KHEntgG wie folgt gesetzlich angepaßt:

*„<sup>1</sup>Der für das Jahr 2017 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach Absatz 1 Satz 4 und Absatz 8 vereinbarte oder festgesetzte Basisfallwert ist einmalig im Jahr 2017 um 0,8 Prozent zu erhöhen. <sup>2</sup>Ein gegebenenfalls zu berücksichtigender Ausgleich nach Absatz 1 Satz 5 geht nicht in die Bemessungsgrundlage nach Satz 1 ein.“*

### zu 2. Fixkostendegression/Mehrleistungsabschläge

Art. 1 2 Nr. 4 c) und d): § 4 Abs. 2a und 2b KHEntgG i. V.  
mit Art. 2 Nr. 10 h). § 10 Abs. 13 KHEntgG:

Letztere Vorschrift ist aufzuheben. Anstelle einer Verhandlungslösung auf Landesebene sollte die Höhe eines Fixkostendegressionsabschlags bundeseinheitlich als angemessener Prozentsatz vorgegeben werden:

*<sup>1</sup>Ab dem Jahr 2016 gilt für Leistungen, die mit bundeseinheitlich bewerteten DRG-Fallpauschalen vergütet werden, ein Vergütungsabschlag in Höhe von 25 Prozent (Mehrleistungsabschlag), soweit diese die vereinbarten Leistungen des jeweiligen Vorjahres um mehr als 1 Prozent (Freigrenze) überschreiten.*

*<sup>2</sup>Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 ist grundsätzlich für die Dauer von zwei Jahren zu erheben.*

*<sup>3</sup>Die dem Mehrleistungsabschlag unterliegenden Leistungen sind mit dem Landesbasisfallwert des Jahres zu bewerten, in dem diese erstmals vereinbart wurden; dies gilt auch im zweiten Erhebungsjahr.*

*<sup>4</sup>Abweichend von Satz 2 ist im Falle eines Rückgangs der vereinbarten Leistungen im Vergleich zum Vorjahr der Mehrleistungsabschlag entsprechend zu reduzieren; Bezugsgröße ist dabei die vereinbarte Summe der Bewertungsrelationen des Vorjahres unter Berücksichtigung der Freigrenze.*

*<sup>5</sup>Bei einem Rückgang der vereinbarten Leistungsmenge im Vergleich zum Vorjahr ist für die wegfallenden Leistungen ein einmaliger Minderleistungszuschlag in Höhe von 25 Prozent zu erheben.*

*<sup>6</sup>Bei zwischenzeitlich vereinbarten Leistungsrückgängen nach dem Jahr 2016 kommt der für das jeweilige Jahr geltende Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 nur insoweit wieder zur Anwendung, wie eine in der Vergangenheit erreichte vereinbarte maximale Leistungsmenge für DRG-Fallpauschalen wieder überschritten wird.*



<sup>7</sup>Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 findet keine Anwendung für zusätzlich vereinbarte Leistungen

1. mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
2. im Zusammenhang mit der Schaffung zusätzlicher Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen,
3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden,
4. die mit Fallpauschalen vergütet werden, für die gemäß Absatz 3 Sätze 4 und 5 besondere Ausgleichsregelungen gelten.

<sup>8</sup>Im Übrigen vereinbaren die Vertragsparteien in sachlich begründeten Fällen, insbesondere zur Vermeidung unzumutbarer Härten, Leistungen von der Erhebung des Mehrleistungsabschlags auszunehmen.

<sup>9</sup>Ferner können sie für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag aufgrund besonderer Qualitätsvereinbarungen festlegen.

<sup>10</sup>Der Mehrleistungsabschlag ist durch einen einheitlichen prozentualen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen.

<sup>11</sup>Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags, insbesondere zur Abrechnung und zu Ausgleichsregelungen, vereinbaren die Vertragsparteien.

<sup>12</sup>Der Mehrleistungsabschlag ist gesondert in der Rechnung auszuweisen.

<sup>13</sup>Die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen oder andere rein abrechnungstechnisch bedingte Veränderungen stellen keine Mehrleistungen im Sinne des Satzes 1 dar.“

### **zu 3. Abzüge für Wirtschaftlichkeitsreserven im LBFW**

Artikel 2 Nr. 9 a): § 9 Abs. 1b Satz 2 KHEntgG:

Diese Ergänzung ist aufzuheben.

### **zu 4. Vergütung Notfalleleistungen**

Art. 2 Nr. 9a): § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgeltG:

Neben der Neuermittlung der Höhe und Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für die Vorhaltung der Notfallversorgung ist eine Neukonzipierung der Vergütung der Notfalleleistungen im Rahmen eines parlamentarischen Verfahrens anzulegen. Ab sofort sollen die derzeit zu zahlenden Investitionskostenabschläge für durch Krankenhäuser erbrachte ambulante Leistungen gestrichen werden. Das betrifft ambulante Leistungen gemäß §§ 116, 116a, 116b, 117, 118, 119 SGB V und Notfalleleistungen.

### **zu 5. Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)**

Artikel 6 Nrn. 22, 23 und 24: §§ 275a, 276 und 277 SGB V:

Dazu werden Nrn. 21-23 in Art. 6 gestrichen. Ggf. kann nach § 137g folgender § 137h eingefügt werden:

*§ 137h Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung:*



*(1) Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung führen nach Maßgabe der folgenden Absätze und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern durch. Voraussetzung für die Durchführung einer Kontrolle nach Satz 1 in einem Krankenhaus ist, dass die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung hierzu von einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stelle oder einer Stelle nach Absatz 4 beauftragt wurde. Die Kontrollen sind aufwandsarm zu gestalten und können unangemeldet durchgeführt werden.*

*(2) Art und Umfang der von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchzuführenden Kontrollen bestimmen sich abschließend nach dem konkreten Auftrag, den die in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Stellen erteilen. Der Auftrag muss in einem angemessenen Verhältnis zu den Anhaltspunkten stehen, die Auslöser für die Kontrollen sind. Gegenstände dieser Aufträge können sein*

- 1. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c,*
- 2. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und*
- 3. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Länder, soweit dies landesrechtlich vorgesehen ist.*

*Werden bei Durchführung der Kontrollen Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Kontrollauftrags liegen, so teilen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung diese dem Auftraggeber nach Absatz 3 und 4 sowie dem Krankenhaus unverzüglich mit.*

*(3) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür bestimmten Stellen beauftragen die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung nach Maßgabe der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 und 2. Soweit der Auftrag auch eine Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 beinhaltet, sind den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung im Rahmen der Kontrolle zu prüfen haben.*

*(4) Die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung können auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen nach Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 beauftragt werden.*

*(5) Die in diesem Zusammenhang erforderliche wirtschaftliche Sicherstellung der Landesgeschäftsstellen erfolgt durch die in Abs. 3 und 4 genannten Auftraggeber.*

## **zu 6. Pflegestellenförderprogramm**

Artikel 2 Nr. 4 h) bis j): § 4 Abs. 8 KHEntgG:

Das Förderprogramm ist aufzustocken auf 500 Mio. Euro p. a. (dies würde 0,5 VK je Station bedeuten) und für alle patientenversorgenden Krankenhausbereiche, nicht nur die bettenführenden Stationen, zugänglich zu machen.

Die Formulierung im neuen Abs. 8:

Die Einschränkung der Förderung auf Stellen in bettenführenden Stationen ist aus Sicht der DKG ebenfalls zu kritisieren. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass in vielen



---

Krankenhäusern heutzutage mit sog. Personalpools in der Pflege gearbeitet wird, dürfte schon die einwandfreie Zuordnung des Personals schwierig werden. Die eingeführten zusätzlichen Nachweispflichten des Krankenhauses führen zudem zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand. Völlig unverständlich ist die explizite Herausnahme von Intensivstationen. Insbesondere in diesen hochsensiblen Bereichen ist eine gute personelle Ausstattung von hohem Nutzen für die Patientenversorgung.

Änderungsvorschlag Absatz 8 wird wie folgt:

h) „...*in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen mit Ausnahme von Intensivstationen*“ ist zu streichen.

**zu 7. Investitionskostenfinanzierung**

Die von Bund und Ländern anerkannte und durch das InEK bestätigte Unterfinanzierung muss Anlass für eine Neupositionierung zu diesem Sachverhalt sein. Im Parlament sind Verfahren, Prozess und dazugehöriger Zeitkorridor neu zu konzipieren