

01.07.15

**Empfehlungen
der Ausschüsse**

G - Fz - In - K

zu **Punkt 20** der 935. Sitzung des Bundesrates am 10. Juli 2015

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG)

A

Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)**,
der **Finanzausschuss (Fz)** und
der **Ausschuss für Kulturfragen (K)**

empfehlen dem Bundesrat,

zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt
Stellung zu nehmen:

K 1. Zur Eingangsformel

Die Eingangsformel ist wie folgt zu fassen:

"Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:"

Begründung:

Aus der Eingangsformel ergibt sich, dass die Bundesregierung den Gesetzentwurf als Einspruchsgesetz nach Artikel 77 Absatz 3 GG ansieht. Diese Auffassung ist auf Grund des im Lichte des Grundsatzes der Bundestreue länderfreundlich weit auszulegenden Artikels 104a Absatz 4 GG im Ergebnis nicht zutreffend.

Das Gesetz ist vielmehr nach Artikel 104a Absatz 4 GG zustimmungsbedürftig, weil mit einer Belastung der Länderhaushalte durch die Ausführung des Gesetzes zu rechnen ist. Dies gilt vor allem für die wichtige und erwartete Beteiligung der Länder an dem geplanten Strukturfonds.

Mit gutem Grund hatte auch das federführende Bundesministerium für Gesundheit ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf das Gesetz daher als zustimmungsbedürftig angesehen.

G 2. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 1 Absatz 1 KHG)

Artikel 1 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

'1. In § 1 Absatz 1 werden nach dem Wort "bedarfsgerechte" ein Komma und die Wörter "qualitativ hochwertige und patientengerechte" und nach dem Wort "leistungsfähigen," die Wörter "qualitativ hochwertige Versorgung bietenden und" eingefügt.'

Begründung:

§ 1 Absatz 1 KHG benennt den Zweck und die Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und gibt damit die Grundlagen der Krankenhausplanung vor; zugleich enthält die Vorschrift in Verbindung mit § 8 Absatz 1, 1a und 2 KHG die Voraussetzungen, unter denen ein Träger Anspruch auf Aufnahme seines Krankenhauses in den Krankenhausplan hat.

Indem das Tatbestandsmerkmal "bedarfsgerechte" seine Stellung im Satzaufbau beibehält und die weiteren Tatbestandsmerkmale "qualitativ hochwertige" und "patientengerechte" nachfolgen, soll zum Ausdruck gebracht werden, dass beim Verwaltungshandeln an der bisherigen Abfolge festgehalten wird, nämlich sich an die Krankenhauszielplanung die Bedarfsanalyse anschließt, und auch, dass die Tatbestandsmerkmale je für sich eigenständig sind.

G 3. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a (§ 8 Absatz 1c KHG)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a ist § 8 Absatz 1c wie folgt zu fassen:

"(1c) Soweit die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6 Absatz 1a Satz 2 nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind, gelten die Absätze 1a und 1b nur für die im Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben."

Begründung:

Nach der vorgesehenen Regelung findet § 8 Absatz 1a und 1b KHG keine Anwendung, sofern die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG, das heißt die Empfehlungen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, nicht Bestandteil des Krankenhausplans geworden sind. Damit würde ein Land, sofern es die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses ausschließt, zugleich auch die Anwendung von § 8 Absatz 1a und 1b KHG auf etwaige im Landesrecht vorgesehene Qualitätsvorgaben ausschließen.

Nach der vorgeschlagenen Formulierung bleibt die Anwendung der Absätze 1a und 1b auf landeseigene Qualitätsvorgaben von einem landesrechtlichen Ausschluss der Geltung der planungsrelevanten Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses unberührt.

G
Fz 4. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 1 nach Satz 3 KHG)

In Artikel 1 Nummer 5 ist in § 12 Absatz 1 nach Satz 3 folgender Satz einzufügen:

"Der Fonds hat eine Laufzeit von fünf Jahren (2016 bis 2020)."

Begründung:

Eine Laufzeit für den Strukturfonds ist im Gesetzentwurf bislang nicht festgelegt. Es sollte jedoch bereits im Gesetzentwurf klargestellt werden, dass die Fertigstellung der strukturverbessernden Vorhaben und ein bauzeitbegleitender Abruf der Fondsmittel aus dem Strukturfonds bis 2020 möglich ist, da für die teilweise größeren Bauvorhaben eine ausreichende Planungs- sowie Bauzeit einzurechnen ist.

- Fz 5. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)
- (Ziffer 5 und Ziffer 6 schließen einander aus.)
- In Artikel 1 Nummer 5 sind in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a nach den Wörtern "der Jahre 2012 bis 2014" die Wörter "oder dem Wert der im Haushaltsplan des Jahres 2015" einzufügen.

Begründung:

Der Durchschnittswert der Jahre 2012 bis 2014 ist nur insofern als Maßstab geeignet, als jahresbezogene Schwankungen ausgeglichen werden sollen. Vor dem Hintergrund der in den Jahren 2012 bis 2014 bereits ergriffenen Konsolidierungsmaßnahmen sollte alternativ auf den Wert der für das Jahr 2015 im Haushaltsplan ausgewiesenen Mittel zurückgegriffen werden können, da alleine dieser Wert im jeweiligen Land als Orientierungspunkt für die kommenden Jahre dient. Den Ländern sollte insofern eine Wahlfreiheit eingeräumt werden.

G 6. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

(Ziffer 5
und
Ziffer 6
schließen
einander
aus.)

In Artikel 1 Nummer 5 sind in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a die Wörter "die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht" durch die Wörter "die dem Durchschnitt der in den Haushaltsjahren 2012 bis 2014 oder den in dem Haushaltsplan für das Jahr 2015 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmitteln entsprechen" zu ersetzen.

Begründung:

Die Regelung zur Inanspruchnahme des Strukturfonds in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG ist nicht sachgerecht, weil diese Regelung auf die durchschnittlichen Haushaltsmittel der Jahre 2012 bis 2014 abstellt und dadurch die Gefahr begründet wird, dass Länder wegen einer weit über dem üblichen Förderniveau liegenden Investitionsförderung in einem oder mehreren dieser Jahre den Strukturfonds nicht in Anspruch nehmen können. Soweit die Haushaltsansätze der Länder für die Investitionsförderung der Krankenhäuser bereits bekannt sind, ist ganz überwiegend keine Absenkung gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Deshalb sind alternativ die Haushaltsmittel für Jahr 2015 als hinreichend anzusehen.

Dies trifft insbesondere auf die neuen Länder zu. Ihnen standen in der Zeit von 1995 bis 2004 neben originären Landesmitteln Mittel des Bundes in gleicher Höhe sowie von 1995 bis 2014 Mittel der Krankenkassen zur Verfügung (Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz - Krankenhausinvestitionsprogramm für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet). Dieses Programm

mit dem Ziel, den investiven Nachholbedarf im Osten zu decken, war von vornherein zeitlich begrenzt. Seine Mittel wurden im Landeshaushalt in einem Ausgabetitel veranschlagt, der in Höhe der Bundesfinanzhilfen beziehungsweise der Mittel der Krankenkassen durch Einnahmen gedeckt wurde. Dem zeitlich limitierten Unterstützungszweck des Artikel-14-Programms zufolge setzte dieses weder voraus, noch war davon auszugehen, dass die Mittel des Bundes und der Krankenkassen nach deren Wegfall 2004 beziehungsweise 2014 durch Landesmittel kompensiert werden.

Daher müssen die Regelungen der Inanspruchnahme des Strukturfonds in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 KHG die Möglichkeit eröffnen, auf die Höhe der originären Landesmittel im Jahre 2015 abzustellen.

Fz 7. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG)

In Artikel 1 Nummer 5 sind in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a nach dem Wort "entspricht," die Wörter "wobei für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet die so ermittelten Beträge um die durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz zu reduzieren sind," einzufügen.

Begründung:

In § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG ist vorgesehen, dass sich das antragstellende Land verpflichtet, in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht.

Dies führt in den neuen Ländern zu Finanzierungsproblemen und einem unsachgerechten Aufwuchs der Krankenhausfinanzierungsmittel. Nach Artikel 14 Absatz 1 Gesundheitsstrukturgesetz erhielten die neuen Länder in den Jahren 2002 bis 2014 Zuweisungen für Investitionen von den Sozialversicherungsträgern. Diese Einnahmen waren für die Verbesserung des Niveaus der stationären Versorgung und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet bestimmt. Nach Artikel 14 Absatz 2 Gesundheitsstrukturgesetz blieben die Verpflichtung der neuen Länder zur Investitionsfinanzierung nach dem

Krankenhausfinanzierungsgesetz und ihre Zuständigkeit für die Krankenhausplanung davon unberührt. Das bedeutet, dass in den Ausgaben der neuen Länder für die Krankenhausfinanzierung in den Jahren 2012 bis 2014 neben der Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auch die Finanzierung zur besseren stationären Versorgung enthalten waren.

Die Zuweisungen nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz sind ab dem Jahr 2015 entfallen. Der Gesetzentwurf zwingt mit der Maßgabe der Fortführung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2016 auf dem Niveau der Jahre 2012 bis 2014 die neuen Länder zur vollständigen Kompensation der Haushaltsmittel nach Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetz. Zudem sollen zusätzlich die Kofinanzierungsmittel für den Strukturfonds aus den Haushalten finanziert werden.

Fz 8. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b KHG)*

In Artikel 1 Nummer 5 ist in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 der Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

In § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a KHG ist vorgesehen, dass sich das antragstellende Land verpflichtet, in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht. Gemäß § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b KHG sollen zusätzlich zu den unter Buchstabe a genannten Haushaltsmitteln die Kofinanzierungsmittel für den Strukturfonds treten.

Diese Regelungen greifen in die Haushaltsautonomie der Länder ein. Sie führen zu Finanzierungsproblemen und einem unsachgerechten Aufwuchs der Krankenhausfinanzierungsmittel.

* Bei Annahme wird § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 KHG redaktionell angepasst.

Die Länder stehen unter erheblichem Konsolidierungsdruck. Neuverschuldungsbegrenzungen aus Artikel 109 Absatz 3 Satz 1 des Grundgesetzes und verschiedenen Länderverfassungen sowie das Auslaufen der bisherigen Regelungen zum Länderfinanzausgleich zwingen die Länder dazu, Schwerpunkte neu zu setzen, Ausgaben zu begrenzen und nicht aufwachsen zu lassen.

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Festlegungen zwingen die Länder zur Fortführung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2016 auf dem Niveau der Jahre 2012 bis 2014. Hierzu darf nicht noch zusätzlich die Aufstockung um die Kofinanzierungsmittel zum Strukturfonds treten.

K 9. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe j
(§ 17b Absatz 10 Satz 7 - neu - bis Satz 9 - neu - KHG)

In Artikel 1 Nummer 7 ist Buchstabe j wie folgt zu fassen:

j) Absatz 10 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird ... <weiter wie Vorlage> ...

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

"Bis zum Inkrafttreten geeigneter Regelungen im Sinne des Satzes 6 sind die Belastungen durch die Krankenkassen als Vergütungszuschlag für Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes berechnet werden, erstmalig im Jahr 2016 aufgrund einer Vereinbarung im Umfang von 80 vom Hundert auszugleichen. Soweit die Belastung nicht durch den Bericht nachgewiesen ist, wird die individuelle Belastung anhand der in dem Bericht ermittelten Ergebnisse von den jeweiligen Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhaus festgestellt. Das DRG-Institut teilt den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäu-

sern die ermittelte Belastung mit und veröffentlicht in seinem Bericht die den Fallpauschalen zugrunde liegenden Kosten durch Angabe der jeweiligen oberen und unteren Kostengrenzen, die von den Vertragsparteien zur Feststellung der Kostenausreißer herangezogen werden."

Folgeänderung:

Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c ist wie folgt zu fassen:

'c) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

"7. Vergütungszuschlag für Kostenausreißer (§ 17b Absatz 10 Satz 7 bis 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes),"

Begründung:

Es handelt sich um eine Übergangsbestimmung, mit der ein Anspruch auf Kostenausgleich erstmalig für das Jahr 2016 vereinbart werden kann, solange die Fallpauschalen oder andere Vergütungsregelungen für bestimmte Leistungen nicht die dem Krankenhaus entstehenden Kosten decken. In den Vereinbarungen nach § 11 KHEntgG sind bis zum Inkrafttreten geeigneter Regelungen Belastungen von den Krankenkassen in angemessenem Umfang auszugleichen. Bei Krankenhäusern, die sich an der Kalkulation des DRG-Instituts im Kalkulationsjahr 2015 mit den Daten des Jahres 2014 beteiligt haben, ergeben sich die Belastungen unmittelbar aus den dem Extremkostenbericht zugrunde liegenden Berechnungen. Da der Extremkostenbericht nur anonymisierte Daten enthält, übermittelt das DRG-Institut den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern die berechneten Ergebnisse. Bei allen anderen Krankenhäusern müssen die Belastungen individuell durch die Krankenkassen und Krankenhäuser gemeinsam festgestellt werden, wobei sich die Feststellungen an den bereits vorliegenden Ergebnissen des Extremkostenberichts orientieren müssen. Damit soll auch denjenigen Krankenhäusern, die nicht oder noch nicht an der Kalkulation teilgenommen haben, die Möglichkeit zur Realisierung des Belastungsausgleichs eingeräumt werden. Das DRG-Institut ergänzt deshalb seinen Bericht um die oberen und unteren Kostengrenzen, die den Fallpauschalen zugrunde liegen. Die Vertragsparteien berücksichtigen bei Überschreitung der oberen Kostengrenze die durchschnittliche Kostenbelastung durch Kostenausreißer (Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) je Fall (vgl. Abschnitt 3.4.5.1 des Extremkostenberichts 2015 ge-

mäß § 17b Absatz 10 KHG) im Umfang von 80 vom Hundert. Mit der Begrenzung auf diesen Vomhundertsatz wird etwaigen Ungenauigkeiten bei der Ermittlung der Belastung Rechnung getragen. Der Ausgleich erfolgt erstmals im Jahr 2016 als Vergütungszuschlag für Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG berechnet werden.

K 10. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa
(§ 4 Absatz 2a Satz 8 zweiter Halbsatz KHEntgG)

Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist wie folgt zu fassen:

'aa) In Satz 8 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

"der für das Jahr 2014 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist nur noch zweijährig und der für das Jahr 2015 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag nur noch einjährig zu vereinbaren." '

Folgeänderung:

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d ist § 4 Absatz 2b Satz 7 zu streichen.

Begründung:

Bis einschließlich 2015 wirken Mehrleistungen in vollem Umfang dauerhaft absenkend auf den Landesbasisfallwert. 2016 wird zwar das Verhältnis zwischen Vor-Ort-Abschlägen auf zusätzliche Leistungen und der Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert neu geregelt. Ziel ist dabei unter anderem, eine doppelte Anrechnung von Mehrleistungen sowohl auf Landes- als auch auf Ortsebene künftig zu vermeiden. Die bereits erfolgten mehrleistungsbedingten Preissenkungen im Landesbasisfallwert bleiben aber über 2015 hinaus bestehen. Es gibt daher keinen Grund, an den bis einschließlich 2015 vereinbarten Mehrleistungsabschlägen nach § 4 Absatz 2a KHEntgG über 2015 festzuhalten. Ansonsten würde die bis 2015 bestehende doppelte Degression auch in den Jahren 2016 bis 2018 fortgeschrieben.

K 11. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 2 und Satz 4 KHEntgG)

(Bei
Annahme
entfallen
Ziffer 12
und
Ziffer 13.)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d ist § 4 Absatz 2b wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 2 sind die Wörter "abgestuft wurde." durch die Wörter "abgestuft wurde; ein niedrigerer Abschlag oder eine kürzere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit niedrigerer Fixkostendegression zu vereinbaren." zu ersetzen.
- b) Satz 4 ist wie folgt zu ändern:
 - aa) Die Wörter "die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe" sind durch die Wörter "der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 nicht" zu ersetzen.
 - bb) Die Wörter "im Einzugsgebiet des Krankenhauses" sind zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der § 4 Absatz 2b Satz 2 KHEntgG sieht vor, dass für zusätzliche Leistungen mit einer über dem Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 KHEntgG liegenden Fixkostendegression höhere Abschläge zu vereinbaren sind. Es fehlt eine analoge Regelung für zusätzliche Leistungen mit niedrigerer Fixkostendegression. Deshalb ist Satz 2 um einen Halbsatz zu ergänzen, nach dem eine Möglichkeit zur Abweichung vom Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 KHEntgG auch nach unten vorzusehen ist.

Zu Buchstabe b:

Nach § 4 Absatz 2b Satz 4 KHEntgG soll bei Leistungsverlagerungen ein Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe vorgesehen werden. Um die Konzentration von Leistungen in geeigneten Krankenhäusern zu fördern, darf bei Leistungsverlagerungen dem aufnehmenden Krankenhaus auf keinen Fall ein wirtschaftlicher Nachteil entstehen. Dies bedingt die Finanzierung entsprechender Leistungen zum vollen Preis. In der Praxis nicht sinnvoll umsetzbar ist zudem die Vorgabe des Gesetzentwurfs, Leistungsentwicklungen im Einzugsgebiet des Krankenhauses zum Maßstab für die Vergütungsfindung zu machen. Die Definition des Einzugsgebietes ist insbesondere für Großkrankenhäuser nicht sinnvoll, da hier zwischen Grund- und Regelversorgung sowie Maximalversorgung unterschieden werden muss. Während beispielsweise Universitätsklinika in der Grund- und Regelversorgung üblicherweise ein regionales Einzugsgebiet haben, sind sie etwa in der Onkologie oder in der Maximalversorgung oft überregional, teils bundesweit tätig. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte Festlegung von Einzugsgebieten und deren Zugrundelegung für Entgeltverhandlungen ist in der Praxis nicht umsetzbar. Entsprechendes gilt aus den genannten Gründen für die Vorgabe, wonach die Summe der effektiven Bewertungsrelation im Einzugsgebiet nicht ansteigen soll. Auch hier müsste aus Gründen der Sachgerechtigkeit nach Leistungsbereichen differenziert werden. Dies würde die Komplexität in der Umsetzung dieser Regelung auf ein unzumutbares Maß steigern. Im Übrigen sind zahlreiche Konstellationen denkbar, bei denen im Einzugsgebiet die Summe der effektiven Bewertungsrelation steigt, obwohl es zu sinnvoller und allseits erwünschter Leistungskonzentration kommt. In solchen Fällen sollten Leistungsverlagerungen trotzdem abschlagsfrei gestellt werden.

G 12. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d (§ 4 Absatz 2b Satz 4 KHEntgG)

(Entfällt
bei
Annahme
von
Ziffer 11.)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b Satz 4 die Wörter "in halber Höhe" durch das Wort "nicht" zu ersetzen.

Begründung:

Bei Mengenzuwächsen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen begründet sind und damit nicht zu einem Mengenzuwachs im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen, ist ein Fixkostendegressionsabschlag, auch wenn er nur in halber Höhe gelten soll, aus versorgungspolitischen Gründen abzulehnen.

Zudem ist bei diesen Sachverhalten ein Abschlag nicht mit den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Krankenhausreform vereinbar. Dort heißt es, "Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht besser gestellt werden." Werden Mengenzuwächse, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, mit einem Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe belegt, führt dies zu einer Bestrafung.

- G 13. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d
(Entfällt bei Annahme von Ziffer 11.) (§ 4 Absatz 2b Satz 4a - neu - und Satz 4b - neu - KHEntgG) und Nummer 9 Buchstabe a
(§ 9 Absatz 1 Nummer 6 Satz 2 - neu - KHEntG)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 4 Buchstabe d sind in § 4 Absatz 2b nach Satz 4 folgende Sätze einzufügen:

"Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung Regelungen zu den Einzugsgebieten zu treffen. Bei länderübergreifenden Einzugsgebieten ist das Einvernehmen zwischen den betroffenen Ländern herzustellen; die Rechtsverordnung kann Regelungen zum Datenaustausch festlegen."

- b) In Nummer 9 Buchstabe a ist § 9 Absatz 1 Nummer 6 folgender Satz anzufügen:

"Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Regelungen zum Einzugsgebiet finden Anwendung, sofern die Landesregierung keine Rechtsverordnung im Sinne des § 4 Absatz 2 Satz 4a erlassen hat."

Begründung:

Die Landeskrankenhausplanung ist eine Kernkompetenz der Länder. Dabei werden unterschiedliche Faktoren, wie auch Einzugsgebiete, berücksichtigt und als Ergebnis im Landeskrankenhausplan dargestellt. Abweichende Regelungen der Vertragspartner auf Bundesebene können zu Widersprüchen mit der Landeskrankenhausplanung führen, diese in bestimmten Fällen sogar konterkarieren. Daher ist den Ländern die Möglichkeit zu geben, die Einzugsgebiete unter Beachtung der regionalen Besonderheiten und der Landeskrankenhausplanung zu bestimmen beziehungsweise bestimmbar zu regeln. Zur Abstimmung unter den Ländern ist ein Datenaustausch sinnvoll. Regelungen hierzu sollen ebenfalls in der Rechtsverordnung getroffen werden können. Die Pflicht der Vertragspartner auf Bundesebene, ebenfalls eine entsprechende Regelung zu treffen, bleibt bestehen, so dass keine Regelungslücken entstehen, sofern ein Land keine entsprechende Rechtsverordnung erlässt.

Mit dieser Regelung wird sich insgesamt die länderübergreifende Krankenhausplanung deutlich verbessern.

- G 14. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und dd
(§ 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 KHEntgG)

(Bei
Annahme
entfällt
Ziffer 17.)

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe dd sind in § 4 Absatz 8 Satz 1 und Satz 5 jeweils die Wörter "mit Ausnahme von Intensivstationen" zu streichen.

Begründung:

Bei der Regelung des neuen Pflegestellenförderprogramms in § 4 Absatz 8 KHEntgG wird Pflegepersonal auf Intensivstationen aus dem Anwendungsbereich ausgeschlossen. Eine derartige Einschränkung war in dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe nicht vorgesehen und wäre aus medizinischer Sicht auch nicht sachgerecht, da gerade in patientensicherheitsrelevanten Bereichen wie Intensivstationen die Personalausstattung wichtig ist. Die in der Begründung zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa besorgte Doppelförderung ist auf dem Verwaltungsweg auszuschließen.

- G 15. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc (§ 4 Absatz 8 Satz 2 und Satz 3 KHEntgG)
- (Bei Annahme entfällt Ziffer 16.)
- Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i ist wie folgt zu ändern:

- a) In Doppelbuchstabe bb ist in § 4 Absatz 8 Satz 2 die Angabe "0,15" durch die Angabe "0,3" zu ersetzen.
- b) In Doppelbuchstabe cc ist in § 4 Absatz 8 Satz 3 die Angabe "0,3" durch die Angabe "0,6" zu ersetzen.

Begründung:

Die finanziellen Mittel, die den Krankenhäusern in den Jahren 2016 bis 2018 aus dem Pflegestellenförderprogramm zufließen sollen, würden im Durchschnitt drei bis vier zusätzliche Stellen pro Krankenhaus ermöglichen. Das ist nicht hinreichend, um der Personalnot im Pflegebereich vieler Krankenhäuser effektiv begegnen zu können.

Die zur Verfügung stehenden Mittel bedürfen einer Verdoppelung. Dazu wird die in § 4 Absatz 8 Satz 2 KHEntgG enthaltene Obergrenze für die Vereinbarung des zusätzlichen Betrags für Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen verdoppelt. Zudem wird - entsprechend der bisherigen Systematik - auch die in § 4 Absatz 8 Satz 3 KHEntgG vorgegebene Obergrenze für das Folgejahr verdoppelt.

K 16. Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe i Doppelbuchstabe bb
(Entfällt bei Annahme von Ziffer 15.) (§ 4 Absatz 8 Satz 2 KHEntgG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob der in § 4 Absatz 8 Satz 2 KHEntgG genannte maximale Aufschlag auf das Krankenhausindividuelle Erlösbudget von 0,15 für zusätzliches Pflegepersonal signifikant angehoben werden kann.

[...] 17. [Ferner ist zu prüfen, ob der Ausschluss von Intensivstationen aufgehoben werden kann.]

(Entfällt bei Annahme von Ziffer 14.)

Begründung:

Mit dem Pflegestellen-Förderprogramm sollen zur Stärkung der Pflege am Bett von der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2016 bis zu 100 Millionen Euro, im Jahr 2017 bis zu rund 200 Millionen Euro und im Jahr 2018 bis zu rund 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Für das einzelne Krankenhaus ist für die Neueinstellung oder die Aufstockung von vorhandenen Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal ein Aufschlag auf das Krankenhausindividuelle Erlösbudget von bis zu 0,15 Prozent vorgesehen.

Die Maßnahme stellt einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich dar.

Die Regelung im vorliegenden Gesetzentwurf geht zwar in die richtige Richtung, ist in ihrem Umfang aber angesichts der drastischen Situation im Pflegebereich unzureichend.

Die Versorgungsqualität ist wesentlich von der Personalausstattung abhängig. Signifikante Verbesserungen können nur erreicht werden, wenn das im Gesetzentwurf vorgesehene Fördervolumen deutlich erhöht wird.

In den Universitätsklinika werden vergleichsweise viele multimorbide und Hochrisiko-Patientinnen und -Patienten behandelt. Die Patientensicherheit verlangt in diesen Fällen ein weit höheres Niveau an Hygienemaßnahmen als üblich. Daraus resultiert ein höherer Personalbedarf. Es ist durch ein ausreichendes Volumen des Förderprogramms sicherzustellen, dass den Universitätsklinika diese Mehrkosten erstattet werden.

Im Zuge von Effizienzsteigerungen sind die Anforderungen an das Pflegepersonal, das in unmittelbarem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten arbeitet, sowohl in qualitativer und quantitativer Sicht stark gestiegen. Infolgedessen ist bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen verstärkt auch auf den Gesundheitsschutz zu achten. Eine Entlastung des Personals kann insbesondere durch deutlich erhöhte Personalschlüssel erreicht werden.

[Angesichts der steigenden Anforderungen an die Pflege und Hygiene und der besonders hohen Arbeitsbelastung auf Intensivstationen ist es nicht nachvollziehbar, dass dieser Bereich von der Förderung ausgeschlossen werden soll. Nach derzeitigem Sachstand sind eventuelle Mehrkostenausgleiche aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht ausreichend, um aktuell angemessene Personalschlüssel und die daraus resultierenden Mehrkosten der Krankenhäuser zu kompensieren. Insbesondere die Universitätsklinika mit einem hohen Anteil an Intensivmedizin sind hier im Nachteil.]

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Nachweispflichten im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms führen bei den einzelnen Krankenhäusern zu zusätzlichen Arbeits- und Sachkosten. Eine Aufstockung des maximalen individuellen Fördervolumens würde ein angemessenes Verhältnis zwischen dem administrativen Mehraufwand und der Verbesserung der Personalausstattung ermöglichen.

Im Gesetzentwurf ist die Höhe des krankenhausindividuellen Aufschlags geregelt. Die Realisierung der Ansprüche des einzelnen Krankenhauses setzt eine angemessene finanzielle Ausstattung des Pflegestellen-Förderprogramms voraus. Folglich ist das Finanzierungsvolumen des Pflegestellen-Förderprogramms zu erhöhen.

K 18. Zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe a ist § 9 Absatz 1 Nummer 6 wie folgt zu fassen:

"6. erstmals bis zum 30. September 2016 einen Katalog von Ausnahmen, die nicht dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Vermeidung unzumutbarer Härten, zur Berücksichtigung besonderer Qualitätsvereinbarungen und zur Freistellung von Leistungsverlagerungen von der Abschlagserhebung. Dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen nicht zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Vergütungen für Leistungen bei Transplantationen, bei Polytraumata, bei der Frühgeborenenversorgung sowie bei der Bereitstellung zusätzlicher Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes."

Begründung:

Der Ausnahmekatalog für den Fixkostendegressionsabschlag ist ein wesentliches Steuerungsinstrument, um eine bestmögliche Krankenversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Es sind deshalb unverzichtbare Ausnahmen durch den Gesetzgeber selbst zu bestimmen. Den Selbstverwaltungspartnern kann es dann überlassen werden, den Katalog von Ausnahmen für den Fixkostendegressionsabschlag zu erweitern, wo dies aus Finanzierungsgründen sachgerecht oder für die Weiterentwicklung der Versorgung hilfreich ist, etwa bei der Konzentration von Leistungen in Zentren. Besonders relevante Leistungsbereiche, die bereits heute in § 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntgG vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen sind, sowie ergänzend die Versorgung bei Polytraumata und die Frühgeborenenversorgung, werden daher durch den Gesetzgeber als Ausnahmen bestimmt.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vereinbarung zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses ist nicht umsetzbar und daher zu streichen.

Insbesondere für Großkrankenhäuser lässt sich das Einzugsgebiet nicht bestimmen, da hier zwischen Grund- und Regelversorgung sowie Maximalversorgung unterschieden werden muss. Während beispielsweise Universitätsklinika in der Grund- und Regelversorgung üblicherweise ein regionales Einzugsgebiet haben, sind sie etwa in der Onkologie oder in der Maximalversorgung oft überregional, teils bundesweit, tätig. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte Festlegung von Einzugsgebieten und deren Zugrundelegung für Entgeltverhandlungen ist daher nicht praktikabel.

G 19. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc sind in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 nach der Angabe "§ 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c" folgende Wörter einzufügen:

", Zusatzentgelte für ersetzende Leistungen sowie innovative Leistungen zur Behandlung von neuen Patientengruppen"

Begründung

Gerade Zusatzentgelte werden vereinbart, damit eine einseitige Mengenausweitung durch Krankenhäuser nicht ohne weiteres möglich ist. Mit dem Entwurf eines Krankenhausstrukturgesetzes erfolgt ein Systemwechsel bei der Vergütung von der Landesebene auf die Hausebene. Diese Systematik soll konsequenterweise auch hier fortgesetzt werden. Eine absenkende Berücksichtigung auf den Landesbasisfallwert wirkt zu Lasten aller Krankenhäuser, auch solcher, die keine Mengensteigerungen bei den "Nicht-DRG-Leistungen" haben, und ist daher abzulehnen.

Um ungerechtfertigte Mengenausweitungen zu minimieren und die Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu bremsen, werden nicht alle Leistungen außerhalb des DRG-Systems berücksichtigt. Vielmehr sind nur solche Leistungen nicht auf den Landesbasisfallwert anzurechnen, die eine bereits im System bestehende Leistung ersetzen, oder als Innovation die Behandlung einer neuen Patientengruppe ermöglichen.

G 20. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb
(§ 10 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe b ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

"bb) Satz 2 wird aufgehoben."

Begründung:

Krankenhäuser dürfen nicht darauf angewiesen sein, zusätzliche Patienten zu behandeln, um die steigenden Kosten für den bestehenden Personalstamm zu finanzieren. Bisher ist eine vollständige Finanzierung der Kosten für Kliniken ohne Mehrleistungen nicht gewährleistet, weil die Erhöhungen des Landesbasisfallwertes für alle Krankenhäuser verringert werden, wenn es zu Leistungssteigerungen im Land kommt.

Die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung ist zu streichen, weil dies bei einem Personalkostenanteil in den Kliniken von 65 Prozent zu Personalabbau führen würde. Produktivität im Krankenhaus bedeutet daher letztlich, mit vorhandenem oder weniger Personal mehr Patienten zu behandeln. Kliniken mit relativ guter Personalausstattung wären zum Personalabbau gezwungen, wenn Kliniken mit unterdurchschnittlicher Personalausstattung zum Maßstab für die angestrebte Produktivität würden. Eine solche Regelung widerspricht den Grundsätzen des derzeitigen, leistungsbezogenen Entgeltsystems und läuft den Anstrengungen des Pflegeförderprogramms, die patientennahe Versorgung mit Pflegekräften zu verbessern, entgegen.

Die Berücksichtigung von Fehlbelegungspotenzial und Verlagerungspotenzial wird gestrichen, weil die Krankenhäuser andernfalls doppelt belastet würden: Um Fehlbelegungen zu verhindern, werden die Krankenhäuser vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft. Eine dabei festgestellte Fehlbelegung führt dazu, dass das Krankenhaus keine Vergütung erhält.

Nur wenn diese Streichungen durchgeführt werden, können die allgemeinen Kostensteigerungen in den Krankenhäusern zu gleich hohen Erlössteigerungen bei den Kliniken führen.

G 21. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa
(§ 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa sind in § 10 Absatz 6 Satz 1 die Wörter "die Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser besser als die Veränderungsrate berücksichtigt" durch die Wörter "insbesondere anhand eines krankenhausspezifischen Warenkorbs die tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt" zu ersetzen.

Begründung:

Das Missverhältnis zwischen Einnahmen- und Kostensteigerungen im Krankenhaus soll über den Orientierungswert bei der Bestimmung der Obergrenze für Steigerungen des Landesbasisfallwerts dauerhaft berücksichtigt werden. Der Orientierungswert darf daher nicht nur auf abstrakte Parameter abstellen.

Das Gesetz muss klarstellen, dass die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich stärker als bisher zu berücksichtigen sind. Hierfür ist ausdrücklich zu regeln, dass zur Ermittlung des Orientierungswerts die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser herangezogen werden müssen.

G 22. Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc
(§ 10 Absatz 6 Satz 4 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc sind in § 10 Absatz 6 Satz 4 nach dem Wort "Orientierungswerts" die Wörter "als Veränderungswert" einzufügen.

Begründung:

Die Änderung dient der Klarstellung. Der vorgesehenen Regelung ist nicht eindeutig zu entnehmen, dass geprüft werden soll, ob der volle Orientierungswert zum Veränderungswert wird.

Zu Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h (§ 10 Absatz 13 Satz 1 und
Satz 1a - neu - KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h ist § 10 Absatz 13 wie folgt zu ändern:

K 23. a) In Satz 1 ist das Wort "fünf" durch das Wort "drei" zu ersetzen.

G 24. b) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:
K

"Abweichend von Satz 1 ist im Falle eines Rückgangs der vereinbarten Leistungen im Vergleich zum Vorjahr der Fixkostendegressionsabschlag entsprechend zu reduzieren."

Begründung:Zu Buchstabe a:

Die nach dem Gesetzentwurf vorgesehene Laufzeit der Fixkostendegressionsabschläge wird von fünf auf drei Jahre verkürzt. Fünfjährige Abschläge sind in der Praxis kaum administrierbar und führen zu unverhältnismäßig hohen finanziellen Belastungen leistungsstarker Krankenhäuser mit überproportionalem Mengenwachstum. Hier handelt es sich häufig um jene Krankenhäuser, die künftig noch stärker als Zentren für die Notfallversorgung oder hoch-

spezialisierte Leistungen fungieren sollen. Ein fünfjähriger Fixkostendegressionsabschlag würde diesen notwendigen Strukturwandel behindern und insbesondere bei Krankenhäusern, die ein breites Spektrum an elektiven und Notfall-Versorgungsleistungen sicherstellen, absehbar zu erheblichen Verlusten führen.

Zu Buchstabe b:

Die mehrjährige Laufzeit des Fixkostendegressionsabschlags ist nur gerechtfertigt, wenn die entsprechenden Mehrleistungen tatsächlich auch über die gesamte Laufzeit vereinbart werden. Dies ist jedoch bei Leistungssteigerungen nicht zwingend der Fall. So kann beispielsweise ein Krankenhaus gehalten sein, im Zuge eines größeren Bauvorhabens sein Leistungsangebot vorübergehend zu reduzieren. Auch könnte sich das Notfallaufkommen anders entwickeln als ursprünglich erwartet. Für derartige Fälle bedarf es einer Klarstellung, dass Fixkostendegressionsabschläge dann nicht weiter gelten, wenn ursprünglich vereinbarte Mehrleistungen im Vergleich zum Vorjahr nicht mehr erreicht werden.

- G 25. Zu Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c Doppelbuchstabe ee
(§ 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und in Buchstabe c Doppelbuchstabe ee ist in § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe d und Absatz 3 Satz 7 jeweils das Wort "Stadtbezirk" durch das Wort "Stadtteil" zu ersetzen.

Begründung:

In den Stadtstaaten ist mit dem Gemeindennamen keine Binnendifferenzierung möglich, da die Stadtstaaten nur über einen Gemeindennamen abgebildet werden. Der Stadtteil schafft diese Differenzierung und bietet weiter einen eindeutigen Bezug zur regionalen Gliederung der Bevölkerungsstatistik. Die regionale Gliederung der Daten nach § 21 KHEntgG sollte der für die Krankenhausdiagnosestatistik vorgeschriebenen Differenzierung entsprechen, um einen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser zu vermeiden. Dieses würde mit der vorgeschlagenen Änderung geschaffen. Gleichzeitig bietet eine Übereinstimmung der regionalen Differenzierung der Daten nach § 21 KHEntgG mit der regionalen Differenzierung der Krankenhausdiagnosestatistik die Möglichkeit des Datenabgleichs und damit der Überprüfung und Sicherung der Datenqualität.

G 26. Zu Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a (§ 109 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

Artikel 6 Nummer 8 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

'a) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort "bedarfsgerechten," die Wörter "qualitativ hochwertigen, patientengerechten," eingefügt.'

Begründung:

Die Änderung soll Übereinstimmung mit dem Wortlaut des § 1 Absatz 1 KHG herstellen. Dies ist geboten, weil die zu regelnden Sachverhalte gleichartig sind.

G 27. Zu Artikel 6 Nummer 10 (§ 110a Absatz 1 Satz 6 - neu - SGB V)

In Artikel 6 Nummer 10 ist dem § 110a Absatz 1 folgender Satz anzufügen:

"Mit der zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über den Abschluss von Qualitätsverträgen anzustreben."

Begründung:

Bei den Qualitätsverträgen handelt es sich um Selektivverträge im stationären Bereich. Damit sind die Belange der Krankenhausplanung der Länder berührt. Selektivverträge unterlaufen die staatliche Krankenhausplanung und sind für die Planungsbehörden intransparent. Die Investitionsförderung des Landes läuft ins Leere, wenn geförderten Krankenhäusern durch kurzfristige Selektivverträge ein Teil ihres bisherigen Versorgungsauftrags entzogen wird. Für Selektivverträge eignen sich nur elektive Eingriffe. Die Notfallversorgung, die nicht planbar ist und aufgrund der hohen Vorhaltekosten bei zum Teil geringer

Inanspruchnahme oft defizitär ist, verbleibt bei den übrigen Krankenhäusern und in der Planungshoheit der Länder. Zudem ist es derzeit unklar, wie bei Selektivverträgen Risikoselektion vermieden werden kann.

Selektivverträge sind generell wegen des Übergangs der Gestaltungshoheit für elektive Leistungen von den Ländern auf die Krankenkassen bei verbleibender Verantwortung für die Daseinsvorsorge und der Interaktion mit der staatlichen Investitionsförderung kritisch zu sehen. Auch bei modellhaften Selektiv- oder Qualitätsverträgen sollte in jedem Fall zur Harmonisierung der Krankenhausplanung und -förderung das Einvernehmen mit der zuständigen Landesplanungsbehörde angestrebt werden.

Zum Gesetzentwurf allgemein

- Fz 28. Der Bundesrat hält es für geboten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren eine Regelung zu schaffen, mit der den Universitätskliniken zur Abgeltung ihrer spezifischen Belastungen ein Systemzuschlag für universitäre Medizin in Höhe von 10 Prozent auf die normalen Krankenhausentgelte gewährt wird.

Die Universitätsmedizin ist durch den Aufgabenverbund von Forschung, Lehre und Krankenversorgung geprägt und stellt einen unverzichtbaren Bestandteil im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland dar. Der Systemzuschlag für universitäre Medizin ist notwendig, um diese drei Aufgaben der Universitätsklinika auch künftig zu gewährleisten.

- G 29. a) Der Bundesrat begrüßt, dass die Krankenhausreform in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe intensiv und in großer Einigkeit vorbereitet wurde.

- b) Der Bundesrat stellt fest, dass mit der Reform der Patientennutzen zum Maßstab der Gesundheitspolitik gemacht wird. Die Patienten erhalten mehr Transparenz, mehr Qualität und mehr Gewissheit, dass sie in den Kliniken gut aufgehoben sind. Im Vergütungssystem derzeit noch bestehende Fehlanreize zur Mengenausweitung werden gemindert, die Strukturen der Krankenhausversorgung zukunftsfähig gestaltet und die Pflegekräfte in den Kliniken mit der Reform entlastet.

- c) Der Bundesrat regt an, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zusätzliche finanzielle Entlastungen der Krankenhäuser zu prüfen.

B

30. Der **Ausschuss für Innere Angelegenheiten** empfiehlt dem Bundesrat, gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.

*