

## Vorlage-Nr. 14/994

öffentlich

**Datum:** 23.12.2015  
**Dienststelle:** Fachbereich 83  
**Bearbeitung:** Frau Hionsek/Herr Thewes

<b>Krankenhausausschuss 3</b>	<b>18.01.2016</b>	<b>zur Kenntnis</b>
<b>Krankenhausausschuss 2</b>	<b>19.01.2016</b>	<b>zur Kenntnis</b>
<b>Krankenhausausschuss 4</b>	<b>20.01.2016</b>	<b>zur Kenntnis</b>
<b>Krankenhausausschuss 1</b>	<b>21.01.2016</b>	<b>zur Kenntnis</b>
<b>Gesundheitsausschuss</b>	<b>22.01.2016</b>	<b>zur Kenntnis</b>

### Tagesordnungspunkt:

**Änderungen der Krankenhausfinanzierung /  
Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Kliniken des LVR-  
Klinikverbundes**

### Kenntnisnahme:

Der Bericht über die Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Kliniken des LVR-Klinikverbundes wird gemäß Vorlage Nr. 14/994 zur Kenntnis genommen.

### Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

<b>Produktgruppe:</b>	
Erträge: Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan	Aufwendungen: /Wirtschaftsplan
Einzahlungen: Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:	Auszahlungen: /Wirtschaftsplan
Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:	
Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten	

In Vertretung

W e n z e l - J a n k o w s k i

## Zusammenfassung:

Mit der Zustimmung des Bundesrates am 27. November 2015 zum Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurde eines der größten Reformprojekte der Krankenhausfinanzierung der letzten Jahre abgeschlossen. Nach der ersten Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Mai 2014 hat der Veränderungsprozess rd. 1,5 Jahre gedauert. Das Artikel-Gesetz führt zu erheblichen Veränderungen i.W. des Sozialgesetzbuches V, dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung.

Als Schwerpunkte des Gesetzes sind zu nennen:

- Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung,
- Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung durch ein Pflegestellen-Förderprogramm,
- Verlängerung und Ausweitung des Hygieneförderprogramms,
- Ersetzung des Versorgungszuschlags durch einen Pflegezuschlag,
- Einführung einer regelhaften anteiligen Tarifikostenrefinanzierung,
- Weiterentwicklung und Einführung verschiedener Zu- oder Abschläge,
- Neuausrichtung der Mengensteuerung,
- Weiterentwicklung des Orientierungswerts,
- weitere Annäherung der Landesbasisfallwerte,
- Maßnahmen zur Weiterentwicklung der DRG-Kalkulation,
- Möglichkeit, Krankenhausleistungen für Asylbewerber nicht in das Budget einzubeziehen,
- verschiedene Weiterentwicklungen bei der ambulanten Notfallversorgung,
- Streichung des Investitionskostenabschlags bei ambulanten Krankenhausleistungen,
- Ausbau der pflegerischen Übergangsvorsorgung,
- Möglichkeit der Kostenträger, sich an Schließungskosten von Krankenhäusern zu beteiligen,
- Förderung der Verbesserung der Versorgungsstrukturen durch einen Strukturfonds.

Insgesamt erhöhen sich die Einnahmen der Krankenhäuser durch das KHSG – unter Ausklammerung der nicht quantifizierbaren Positionen – nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit von 0,9 Mrd. € im Jahr 2015 über 2,2 Mrd. € im Jahr 2018 auf rd. 2,4 Mrd. € im Jahr 2020.

Primär hat das Gesetz Auswirkungen auf die somatischen Krankenhäuser. Insofern profitieren die LVR-Kliniken i.W. mit den somatischen Abteilungen (Neurologie) sowie der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen von den Gesetzesänderungen. Die erheblichen Mehreinnahmen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Anteil jedes einzelnen Krankenhauses an den Mehreinnahmen relativ gering ist, im Vergleich zum Gesamtbudget. Dies betrifft z.B. das Pflegesonderprogramm, was zur Finanzierung von einer zusätzlichen Pflegekraft in der Orthopädie Viersen führen könnte. Weiter ist zu beachten, dass der Status-Quo zur jetzigen Situation in einigen Bereichen lediglich gehalten wird, weil z.B. die vorgesehene Streichung des Versorgungszuschlages in ein weiteres Pflegesonderprogramm umgewandelt wird. Insgesamt führt das Gesetz zu einer Entlastung des finanziellen Druckes, nicht aber zu einer nachhaltigen Refinanzierung einer angemessenen Personalausstattung, insbesondere im Bereich des Pflegedienstes.

Die psychiatrischen Krankenhäuser profitieren unmittelbar von der anteiligen Tariffinanzierung und der Finanzierung von Kosten der Behandlung von Asylbewerbern außerhalb des gedeckelten Budgets und ggf. dem Strukturfonds. Zu beachten ist, dass die Finanzierung der Behandlung von Asylbewerbern außerhalb des gedeckelten Budgets nur eine kleine Gruppe der behandlungsbedürftigen „Flüchtlinge“ betrifft, da Voraussetzung hierfür ist, dass Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährt werden.

Nicht zu unterschätzen sind jedoch die mittelbaren Auswirkungen auf die Finanzierung der psychiatrischen Kliniken, da sich bereits in der Konvergenzphase die Finanzierungsgrundlagen von somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern annähern. Deswegen ist insbesondere die Entwicklung der Vereinbarung von Fixkostendegressionsabschlägen zu beobachten.

Das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung der Investitionskosten, insbesondere im Bereich der Neu- und Umbauten oder Sanierung von Kliniken, bleibt weiterhin bestehen. Davon sind auch die psychiatrischen Kliniken des LVR massiv betroffen.

## **Begründung der Vorlage Nr. 14/994:**

### **Änderungen der Krankenhausfinanzierung Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Kliniken des LVR-Klinikverbundes**

#### **1. Gesetzliche Grundlagen**

Mit der Zustimmung des Bundesrates am 27. November 2015 zum Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurde eines der größten Reformprojekte der Krankenhausfinanzierung der letzten Jahre abgeschlossen. Nach der ersten Sitzung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Mai 2014 hat der Veränderungsprozess rd. 1,5 Jahre gedauert. Das Artikel-Gesetz führt zu erheblichen Veränderungen i.W. des Sozialgesetzbuches V, dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bunde pflegesatzverordnung.

Mit der Vorlage 14/703 wurde im September 2015 bereits umfassend über die geplanten Änderungen berichtet. Der durch das Bundesministerium für Gesundheit im April 2015 vorgelegte und durch das Bundeskabinett beschlossene Gesetzesentwurf führte zu erheblicher Kritik auf der Seite der Krankenhäuser, da einige Regelungen zu einer massiven Verschlechterung der Finanzierungsgrundlagen für die Kliniken geführt hätten. Im September wurde deswegen die Hoffnung geäußert, dass durch die Proteste der Verbände noch wesentliche Teile des Gesetzes verändert werden. Die durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und durch den LVR-Klinikverbund unterstützte Protest-Kampagne mit einer zentralen Kundgebung in Berlin am 23. September 2015, führte dann dazu, dass sich Anfang Oktober die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zu einer weiteren Sitzung getroffen hat, um entscheidende Korrekturen am Gesetzesentwurf zu beschließen.

#### **2. Eckpunkte der in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschlossenen Veränderungsbedarfe**

Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat in der Sitzung vom 2. Oktober 2015, ausgehend von der massiven Kritik der Krankenhäuser, die unten aufgeführten Veränderungsbedarfe am Gesetzesentwurf festgestellt. Alle Eckpunkte sind über Änderungsanträge in den aktuell verabschiedeten Gesetzesentwurf eingeflossen.

- I.** Der Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8% 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 krankenhausplanerisch 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**  
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.

Auch sektorenübergreifende Empfehlungen zur Notfallversorgung können durch das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V erfolgen. Weitere Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung am Krankenhaus und Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich sind:

- 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).
- 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.
- 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.

- 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. 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.

### 3. Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Finanzierung der Krankenhäuser

Die im Oktober 2015 an dem Gesetzentwurf vorgenommenen Veränderungen führen insgesamt zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation im Vergleich zum ursprünglichen Gesetzesentwurf. Die Veränderungen summieren sich auf eine jährliche Verbesserung der Einnahmen der Krankenhäuser von rd. 800 Mio. € (vgl. Abb. 1).

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 Investitionskostenabschlages bei Krankenhausambulanzen	75	75	75	75	75
Weiterentwicklung der Regelungen zur Notfallversorgung		Nicht quantifizierbar			
Einführung einer Übergangsversorgung (Hausliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, Übergangspflege GKV)	75	100	100	100	100
<b>Summe (alle Kostenträger)</b>	<b>281</b>	<b>822</b>	<b>826</b>	<b>831</b>	<b>800</b>

Abbildung 1

Der DKG-Präsident Reumann hat in einer Pressemitteilung der DKG (**Anlage 1**) bereits deutlich gemacht, dass die Reform nunmehr die breite Akzeptanz in den Krankenhäusern finden könne. Die ursprünglich vorgesehenen Kürzungen, insbesondere die des Versorgungszuschlages, werden nicht weiter verfolgt. „Das ist für die Krankenhäuser in NRW eine gute Nachricht, denn der bisherige Gesetzentwurf wäre für die Kliniken fatal“, sagte KGNW-Vizepräsident Ingo Morell, in einer Pressemitteilung der KGNW (**Anlage 2**). Wichtig ist auch, dass die Landesbasisfallwerte nicht mit den ursprünglich vorgesehenen, drei neuen Kürzungskomponenten belastet und die Landesbasisfallwerte vollständig von Mengendegressionen freigestellt werden.

Zusammen mit der Wiedereinführung einer Tarifausgleichsrate werden wesentliche Komponenten des Konzeptes der DKG zur Preisbildung auf der Landesebene umgesetzt. Damit ist in Zukunft eine deutlich stärker an der Kostenentwicklung orientierte Preisbildung möglich.

Wie im Gesetzentwurf vorgesehen, wird der Versorgungszuschlag für 2016 in Höhe von 0,8 % weiter allen Krankenhäusern gewährt. Die Kompensationsregelung mit Dreijahresstranchen nachlaufender Mehrleistungsabschläge bleibt bestehen.

Ab 2017 wird der Versorgungszuschlag 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. Damit sollen die Krankenhäuser einen Anreiz erhalten, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten.

Bei den Fixkostenabschlägen sind Änderungen vorgesehen, die insbesondere unter Berücksichtigung der vollen Degressionsfreistellung der Landesbasisfallwerte eine Neubewertung des Mengensteuerungskonzeptes ermöglichen. Hervorzuheben ist die Verkürzung des Erhebungszeitraumes auf drei Jahre. Verlagerungsleistungen werden

häufig belastet. Die Ausnahmeregelungen werden in das Gesetz unmittelbar aufgenommen.

Insgesamt ist festzustellen, dass mit den Beschlüssen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe maßgebliche positive Weichenstellungen vorgenommen werden.

Auch wenn bei den übrigen kritisierten Positionen, wie die Ausweitung der MDK-Prüfungen und der Qualitätsabschläge keine Änderungen vorgesehen sind, kann die Reform nunmehr gut akzeptiert werden.

Insgesamt erhöhen sich die Einnahmen der Krankenhäuser durch das KHSG – unter Ausklammerung der nicht quantifizierbaren Positionen – nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit von 0,9 Mrd. € im Jahr 2015 über 2,2 Mrd. € im Jahr 2018 auf rd. 2,4 Mrd. € im Jahr 2020 (vgl. Abb. 2).

Maßnahme	Entwurf KHSG				
	2016	2017	2018	2019	2020
	in Mio. Euro				
Strukturfonds	200	200	200	200	200
Pflegestellen-Förderprogramm	110	220	330	330	330
Sicherstellungszuschläge		50	100	100	100
Qualitätszu- und -abschläge			60	60	60
Zuschläge für klinische Sektionen		20	20	20	20
Befristete Zuschläge für Mehrkosten von Richtlinien des G-BA	100	100	100	100	100
Zuschläge für besondere Aufgaben	100	200	200	200	200
Senkung des Investitionskostenabschlags für Krankenhausambulanzen	40	40	40	40	40
Verlagerung Mengenberücksichtigung von Landes- auf Hausebene	Nicht quantifizierbar				
Angleichung der Landesbasisfallwerte	80	70	60	50	45
<b>Zwischensumme Entwurf KHSG</b>	<b>630</b>	<b>1.040</b>	<b>1.390</b>	<b>1.520</b>	<b>1.655</b>
	<b>Änderungen KHSG</b>				
Pflegezuschlag		500	500	500	500
Verhandlung Landesbasisfallwerte (Streichung § 10 Absatz 3 Nr. 4 und Nr. 5 KHEntgG)	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	17
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
<b>Zwischensumme Änderungen</b>	<b>281</b>	<b>822</b>	<b>826</b>	<b>831</b>	<b>817</b>
<b>Summe Mehrausgaben KHSG</b>	<b>911</b>	<b>1.862</b>	<b>2.216</b>	<b>2.351</b>	<b>2.472</b>
* Durchschnittliche Mehrausgaben bei Betrachtung der Jahre 2010 bis 2015.					

Abbildung 2 (F. Rau, Das Krankenhaus 12/2015, S. 1138)

#### 4. Auswirkungen auf die Kliniken des LVR-Klinikverbundes

Primär hat das Gesetz Auswirkungen auf die somatischen Krankenhäuser. Insofern profitieren die LVR-Kliniken i.W. mit den somatischen Abteilungen (Neurologie) sowie der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen von den Gesetzesänderungen. Die erheblichen Mehreinnahmen dürfen aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Anteil jedes einzelnen Krankenhauses an den Mehreinnahmen relativ gering ist, im Vergleich zum Gesamtbudget. Dies betrifft z.B. das Pflegesonderprogramm, was zur Finanzierung von einer zusätzlichen Pflegekraft in der Orthopädie Viersen führen könnte. Weiter ist zu beachten, dass der Status-Quo zur jetzigen Situation in einigen Bereichen lediglich gehalten wird, weil z.B. die vorgesehene Streichung des Versorgungszuschlages in ein weiteres Pflegesonderprogramm umgewandelt wird. Insgesamt führt das Gesetz zu einer Entlastung des finanziellen Druckes, nicht aber zu einer nachhaltigen Refinanzierung einer angemessenen Personalausstattung, insbesondere im Bereich des Pflegedienstes.

Die **Verbesserung der Vergütungen der ambulanten Leistungen** der Krankenhäuser haben keine Auswirkungen auf die Einnahmesituation der LVR-Klinik für Orthopädie Viersen, weil sich diese lediglich auf die Notfallambulanten beziehen. Die Orthopädie Viersen nimmt jedoch nicht an der Notfallversorgung teil, weil dafür ein 24-stündiger Notdienst vorzuhalten wäre.

Die psychiatrischen Krankenhäuser profitieren unmittelbar von der anteiligen Tariffinanzierung und der Finanzierung von Kosten der Behandlung von Asylbewerbern außerhalb des gedeckelten Budgets und ggf. dem Strukturfonds. Zu beachten ist, dass die Finanzierung der Behandlung von Asylbewerbern außerhalb des gedeckelten Budgets nur eine kleine Gruppe der behandlungsbedürftigen „Flüchtlinge“ betrifft, da Voraussetzung hierfür ist, dass Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz gewährt werden.

Nicht zu unterschätzen sind jedoch die mittelbaren Auswirkungen auf die Finanzierung der psychiatrischen Kliniken, da sich bereits in der Konvergenzphase die Finanzierungsgrundlagen von somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern annähern. Deswegen ist insbesondere die Entwicklung der Vereinbarung von Fixkostendegressionsabschlägen zu beobachten.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene **Rückzahlungspflicht von Psych-PV-Mitteln** der psychiatrischen Krankenhäuser wird zurückgestellt und in der Diskussion um die Weiterentwicklung des PEPP-Systems aufgenommen werden.

Noch nicht zu beurteilen ist die Intention des Gesetzes, die **Finanzierung der Krankenhäuser an die Qualität der Versorgung zu knüpfen**. Qualitätsunterschiede in der stationären Versorgung sollen zukünftig durch verschiedene Maßnahmen nachhaltig berücksichtigt werden:

- Die Verbindlichkeit von Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) wird gestärkt
- Die Anwendung der bisherigen Mindestmengenregelung wird rechtssicher ausgestaltet
- Qualitätsunterschiede werden bei geeigneten Leistungen vergütungsrelevant berücksichtigt
- Die Patientenorientierung von Qualitätsberichten soll verbessert werden
- Die Zahl der klinischen Studien soll erhöht werden
- Einzelvertragliche Regelungen zur Verbesserung der Versorgung sollen erprobt werden
- Qualität soll zu Konsequenzen bei der Krankenhausplanung führen

Zur Umsetzung dieser Maßnahmen sind vorher geeignete Qualitätsindikatoren zu entwickeln und festzulegen. Gerade im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik fehlt es hierfür noch an geeigneten Indikatoren, an denen die Qualität der Versorgung wirksam gemessen werden kann.

Große Hoffnung wurde in die **Neuordnung der Investitionskostenförderung** gesetzt. Der Gesetzesentwurf sieht aber lediglich einen Strukturfonds aus Bundesmitteln vor, der die Schließung oder Umwandlung von Krankenhäusern fördert. Dies auch nur dann, wenn die Bundesländer einen Beitrag in gleicher Höhe wie der Bundesanteil erbringen. Das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung der Investitionskosten, insbesondere im Bereich der Neu- und Umbauten oder Sanierung von Kliniken, bleibt damit auch weiterhin bestehen. Davon sind auch die psychiatrischen Kliniken des LVR massiv betroffen.

Überaus positiv ist zu bewerten, dass die konstruktive Kritik der Krankenhausverbände im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens die politische Vertretung auf der Landes- und Bundesebene dazu bewegt hat, noch vor der Verabschiedung des Gesetzes grundsätzliche Veränderungen am Gesetzesentwurf vorzunehmen und damit ursprüngliche Vorhaben zu korrigieren. Das macht Hoffnung, dass auch in der Diskussion um das neue pauschale Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) die konstruktiven Vorschläge der Fachverbände dazu führen, dass von Seiten der politischen Vertretung entscheidende Veränderungen an der Entgeltsystematik und dem ordnungspolitischen Rahmen angestoßen werden.

In Vertretung

W e n z e l – J a n k o w s k i

## Pressemitteilung

### DKG zu den Änderungen am Krankenhausstrukturgesetz

### Kürzungen vom Tisch

Berlin, 02. Oktober 2015 – „Die vorgesehenen Änderungen schaffen die Voraussetzungen für eine breite Akzeptanz der Reform in den Krankenhäusern“ erklärte Thomas Reumann, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Wichtig ist vor allem, dass die ursprünglich vorgesehenen Kürzungen nicht weiter verfolgt werden und dass die 500 Millionen Euro aus dem Versorgungszuschlag in den Krankenhäusern verbleiben. Mit der neu vorgesehenen Tarifausgleichsrate wird der Preis-Tarifschere, dem Auseinanderlaufen von Tariflöhnen und Preisanpassungen, entgegengewirkt. Die Rahmenbedingungen für die Refinanzierung der Personalkosten werden damit deutlich verbessert. Auch die Förderprogramme für die Einstellung von Pflegekräften und Hygienepersonal sind wichtige Schritte zur Verbesserung der Personalsituation. „Die Sicherung von ausreichendem, gut qualifiziertem und motiviertem Personal ist eine zentrale Herausforderung für die Krankenhäuser und Voraussetzung für Qualität und Patientenorientierung“ so Reumann.

Insgesamt wird die Finanzierung der laufenden Kosten (Betriebskosten) der Krankenhäuser auf eine deutlich verbesserte Grundlage gestellt. Die jährlichen Vergütungsanpassungen werden von der Leistungsmengendegression freigestellt. Kliniken, die keine Leistungszuwächse haben, werden nicht länger durch geminderte Landesbasisfallwerte belastet. Die doppelte Degression, die zu geminderten Preisanpassungen auf der Landesebene und zu zusätzlichen Abschlägen in den Kliniken führt, wird beendet. Auch ist zu begrüßen, dass bei der Verlagerung der Fixkostendegression auf die Krankenhäuser, die zusätzliche Leistungen vereinbart haben, die Abschläge auf maximal drei Jahre begrenzt und erweiterte Ausnahmeregelungen ins Gesetz aufgenommen werden sollen. „Bei der praktischen Umsetzung muss allerdings sichergestellt werden, dass der zukünftig weiter steigende

---

#### PRESSESTELLE

Joachim **Odenbach**  
Telefon +49 30 39801-1020

Holger **Mages**  
Telefon +49 30 39801-1022

Dagmar **Vohburger**  
Telefon +49 30 39801-1023

Rike **Stähler**  
Telefon +49 30 39801-1024

SEKRETARIAT  
Stephanie **Gervers**  
Telefon +49 30 39801-1021  
Fax +49 30 39801-3021  
E-Mail [pressestelle@dkgev.de](mailto:pressestelle@dkgev.de)

Wegelystraße 3  
10623 Berlin

[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)  
[www.facebook.com/dkgev](https://www.facebook.com/dkgev)  
[www.twitter.com/dkgev](https://www.twitter.com/dkgev)  
[www.dkgev.de/rss2.php](http://www.dkgev.de/rss2.php)  
[www.youtube.com/user/dkgev](https://www.youtube.com/user/dkgev)

medizinische Versorgungsbedarf den Krankenhäusern sachgerecht und fair refinanziert wird“ betonte Reumann.

Aus Sicht der Krankenhäuser nicht weit genug gehen die vorgesehenen Änderungen bei der ambulanten Notfallversorgung. Gleichwohl stellt der vorgesehene vollständige Verzicht auf den 10 prozentigen Investitionskostenabschlag bei den von den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Notfalleistungen einen ersten Entlastungsschritt für die Kliniken dar. Die vorgesehene gesetzliche Vorgabe an die gemeinsamen Selbstverwaltungspartner im Bewertungsausschuss (GKV/KBV/DKG), die ambulanten Notfalleistungen der Krankenhäuser sachgerechter und differenzierter abzubilden, wird eine schwierige Aufgaben bleiben. Das Festhalten der Koalition am Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geht, so Reumann „an der Versorgungsrealität vorbei. Die überwiegende Zahl der Leistungen wird in den Ambulanzen der Krankenhäuser erbracht. Wie bei anderen ambulanten Krankenhausleistungen auch, wäre die direkte Abrechnung mit den Krankenkassen der einzig richtige Weg.“

Ein wichtiges positives Signal für die Krankenhäuser, die auch für diese Patienten die gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernehmen, sind die Ausnahmen bei den Leistungen für Asylbewerber aus Mehrerlösausgleichen und Mehrleistungsabschlägen.

„Auf der Schattenseite der Krankenhausreform bleibt die absolut unzureichende Investitionsfinanzierung durch die Länder. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, ihre Leistungsfähigkeit zu sichern, Qualität und Patientensicherheit weiter zu entwickeln, wird damit in Zukunft auch in hohem Maße vom Investitionsverhalten der Länder abhängen“ mahnte der Präsident der DKG, Reumann.

**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** ist der Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland. Sie vertritt die Interessen der 28 Mitglieder – 16 Landesverbände und 12 Spitzenverbände – in der Bundes- und EU-Politik und nimmt ihr gesetzlich übertragene Aufgaben wahr. Die 1.996 Krankenhäuser versorgen jährlich 18,8 Millionen stationäre Patienten und rund 18 Millionen ambulante Behandlungsfälle mit 1,2 Millionen Mitarbeitern. Bei 90 Milliarden Euro Jahresumsatz in deutschen Krankenhäusern handelt die DKG für einen maßgeblichen Wirtschaftsfaktor im Gesundheitswesen.



## **PRESSEMITTEILUNG**

### **Krankenhäuser in NRW begrüßen Änderungen am Krankenhausstrukturgesetz (KHSZ) – Die Kürzungen sind vom Tisch**

Düsseldorf, 05.10.2015 – Der gemeinsame Protest der Krankenhäuser in NRW und bundesweit gegen die geplante Krankenhausreform zeigt Wirkung. Das Kürzungsprogramm, das die Koalition mit der Krankenhausreform für die Krankenhäuser ab 2016 vorsah, wird aus dem Reform-Entwurf gestrichen.

Darauf einigte sich am Freitag eine Arbeitsgruppe aus Koalitionsfraktionen und Bundesländern (Bund-Länder-AG).

„Das ist für die Krankenhäuser in NRW eine gute Nachricht, denn der bisherige Gesetzentwurf wäre für die Kliniken fatal“, sagt Ingo Morell, Vizepräsident der Krankenhausgesellschaft NRW (KGNW) und Geschäftsführer der Gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe. Wichtigstes Ergebnis bei den Gesprächen ist, dass die vorgesehenen Kürzungen nicht weiter verfolgt werden. Die geplante Streichung des sogenannten Versorgungszuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro (NRW: 120 Mio.) ist vom Tisch. Dieses Finanzhilfepaket wird den Kliniken in Form eines Pflegezuschlags erhalten bleiben.

Ausdrücklich begrüßt Morell die „Tarifausgleichsrate“. Damit will die Bund-Länder-Arbeitsgruppe einer Misere entgegenwirken, die die Krankenhäuser seit Jahren beklagen: dass ihre Personalkosten stärker ansteigen, als die gedeckelten Behandlungspreise. Diese Maßnahmen sowie die ebenfalls vorgesehene Förderung zusätzlicher Pflegekräfte und Hygienefachkräfte sieht Morell als Voraussetzung für die von der Koalition ausgerufene Qualitätsoffensive. „Die Sicherung von gut qualifiziertem und motiviertem Personal ist eine zentrale Herausforderung für die Krankenhäuser und wichtigste Voraussetzung für Qualität und Patientensicherheit“, betont Morell. Verringert werden sollen auch die Vergütungsabschläge für jene Krankenhäuser, die steigende Patientenzahlen verzeichnen.

Ein Brennpunkt bleiben jedoch die Regelungen zur ambulanten Notfallversorgung. Die überwiegende Zahl dieser Leistungen wird in den Ambulanzen der Krankenhäuser erbracht. Das Festhalten der Koalition am Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geht, so Morell, „an der Versorgungsrealität vorbei“. Wie bei anderen ambulanten Krankenhausleistungen auch, wäre die direkte Abrechnung mit den Krankenkassen der richtige Weg.

In den nächsten Jahren besonders im Blick behält die KGNW die mit der Reform vorgesehene Kontrolle von Qualitätsnormen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser bezweifeln, dass der MDK die richtige Kontrollinstanz ist. Zudem ist noch unklar, ob die geplanten Qualitätsverbesserungen nur bürokratische Kontrollen und Dokumentationen verursachen oder tatsächlich eine Verbesserung der Rahmenbedingungen zur Folge haben, die eine

Steigerung der Motivation und Leistungsfähigkeit der hoch engagierten Mitarbeitenden in den Krankenhäusern ermöglichen. „Die Auswirkungen dieser Regelungen sollten nach einem Jahr überprüft werden“, mahnt Morell.

Mit den Änderungen hat die Politik gleichwohl wichtige Anliegen der Krankenhäuser aufgegriffen. „Die Eckpunkte müssen nun im Gesetzestext eindeutig geregelt werden. Vor allem müsse sichergestellt sein, dass die Eckpunkte in der Praxis ohne Abstriche umgesetzt werden können, so Morell.

„Dass die Politik jetzt in den wichtigen Punkten auf die Sorgen der Menschen in den Krankenhäusern eingegangen ist, verdanken wir insbesondere dem außerordentlichen Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“, ergänzt Morell. Vor knapp zwei Wochen demonstrierten rund 10.000 Klinikmitarbeiter aus ganz Deutschland in Berlin gegen die geplante Reform (allein 2.500 Mitarbeiter aus NRW). Parallel fanden in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern zahlreiche Protestaktionen im Rahmen einer „Aktiven Mittagspause“ statt. „Wir konnten im Schulterschluss mit allen Menschen, die sich in den Krankenhäusern und für die Häuser engagieren, den dringenden Veränderungsbedarf der ursprünglichen Reform aufdecken und konkrete Verbesserungen einfordern“, betont der KGNW-Vizepräsident.

**Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen:** Referat Politik, PR und Presse, Humboldtstr. 31; 40237 Düsseldorf, Lothar Kratz (Referatsleiter), Tel.: 0211/47819-70, E-Mail: lkratz@kgnw.de, Sandra Fösken (Referentin), Tel.: 0211/47819-73, sfoesken@kgnw.de, Mirko Miliniewitsch (Referent), Tel.: 0211/47819-72, E-Mail: mmiliniwitsch@kgnw.de, Internet : [www.kgnw.de](http://www.kgnw.de), E-Mail: [presse@kgnw.de](mailto:presse@kgnw.de), Fax: 0211/47819-99