

SEUFERT RECHTSANWÄLTE

MÜNCHEN

LEIPZIG

Rechtsfragen des KHSG – ein Überblick mit Perspektiven

Stand September 2016
Biersdorfer Krankenhausgespräche 2016

Dr. Christoph Seiler
seiler@seufert-law.de

KHSG - Wo stehen wir auf der Zeitschiene

- Verkündung Bundesgesetzblatt vom 17.12.2015, S. 2229 ff.
- Inkrafttreten 01.01.2016, teilweise schon 5.11. (dritte Lesung) s. noch unten)
- Faktisches Wirksamwerden gestuft über Jahre
- **Ein komplett unrealistischer Zeitplan – NICHTS ist erledigt!**
- Ab 2017 erste konkrete Auswirkungen
 - Fixkostendegressionsabschlag – Verhandlungen laufen
 - Spitzenverbände/Bundesschiedsstelle September 2016 (angeblich – Veröff steht noch aus)
 - Wirtschaftlich begründete Leistungsanstiege in der WS-Chir → daher Abwertung, somit FDA-befreit
 - Nicht mengenanfällige Leistungen → hälftiger FDA
 - Sachkostenintensive DRG abgewertet....
 - Weitere Ergebnisse offen (insbesondere Zentrum)

KHSG – das „Krankenhaus-Schließungsgesetz“

- Harte Bestrafung von Mehrleistungen
- Schließungen sind beabsichtigt
- Die Auswirkungen sind zum Teil rein zufällig
- Das hat für die Politiker den Vorteil, dass sie nicht direkt verantwortlich gemacht werden können
- Mit den Qualitätsanforderungen wird noch mehr Druck ins System gebracht
- Die Proteste haben extreme Schärfen abgemildert, aber keineswegs die Tendenz (Krankenhausschließungen) herausgenommen
- Auf die Kliniken rollt ein „Tsunami“ an Detailregelungen zu

Das Regelungskonzept des KHSKG: Delegation!

- Wesentliche Entscheidungen werden auf
 - die Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene
 - den G-BAverlagert
- Dies wirft Probleme auf:
 - Zeitfaktor!!!
 - Sachgerechtigkeit vs. Verbandsinteressen
 - Regelungstechnik
 - Unbestimmtheit

Juristische Problematik der Delegation

- Zweifelhafte demokratische Legitimation des G-BA und der Spitzenverbände (BVerfG) und
- insbesondere der Bundesschiedsstelle!
- Bundesschiedsstelle und G-BA agieren als Ersatz-Gesetzgeber
- Regelungen werden diverse Kompromissformulierungen enthalten, die weite Auslegungsspielräume aufweisen
- Daher Vielzahl von offenen Rechtsfragen zu erwarten

Mengensteuerung nach KHSG – Schritt 1: Entlastung des Landesbasisfallwerts

- Doppelte Degression auf Landesebene abgeschafft (bisher § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG)
- Degression aus Entgelten außerhalb des Erlösbudgets vermindert (bisher § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG alt)
- Tarifierhöhungsrates neu (§ 10 Abs. 5 KHEntgG neu)

Mengensteuerung nach KHSG – Schritt 2: Fixkostendegressionsabschlag (FDA)

- § 10 Abs. 13 neu KHEntgG
- „ Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden **Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag)**, wobei der Abschlag jeweils für drei Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 4 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 bleiben hiervon unberührt.“

Sachstand FDA - Landesebene

- FDA wird auf Landesebene verhandelt
- Frist 30.09.2016
- Wenn die Frist verstreicht, passiert auch nichts (sanktionslos)
- Vereinbarungen liegen nicht vor
- Anrufung der Schiedsstelle grundsätzlich ab 30.09.2016 möglich
- Evtl. auch früher
- Bisher wohl nicht erfolgt

FDA Ortsebene

- Abschlagshöhe von Landesebene umzusetzen
- Befreiungstatbestände verhandeln (s. noch unten)

Mengensteuerung real ab 2017

- Die MLA aus 2015 und 2016 werden weiterbezahlt – längstens dritte Rate 2016 in 2018
- Der FDA kommt ab 2017 dreijährig (ggf. verlängert) dazu
- Ab 2019 nur noch FDA

Fixkostendegression – Höhe?

- Fixkosten sind ein justitierbarer Begriff
- Letzten Endes werden die Schiedsstellen und Gerichte (im Streitfall) feststellen, was und wie hoch die Fixkosten sind, mit Hilfe von Daten, Gutachten, Schätzung
- Für das einzelne Haus kann es im Vergleich zum „Landeswert“ nur schlechter werden (s.o. , § 4 Abs. 2b Satz 2 neu
 - „Ein **höherer Abschlag** oder eine längere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression oder für Leistungen zu vereinbaren, bei denen bereits in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten sind“
- Demgegenüber kann das Haus keinen niedrigeren Abschlag und keine niedrigere Abschlagsdauer fordern (typisches Ungleichgewicht)

Sprungfixe Kosten – die „Krönung“

- Begr. Fraktionsentwurf:
- „Eine längere Abschlagsdauer ist z. B. dann angezeigt, wenn die Leistungssteigerungen bei einem Krankenhaus erst zu einem späteren Zeitpunkt als der auf der Landesebene festgelegten Mindestabschlagsdauer zu sprungfixen Kosten führt.“ (BT-Dr. 18/5372, S. 64)
- D.h., dem Haus wird nach mehr als drei Jahren für die sprungfixen Kosten der FDA abgezogen
- Hier wird bewusst verkannt, dass die sprungfixen Kosten **variablen Charakter haben**
- Diese Meinung der Amtlichen Begründung ist nicht haltbar und auch nicht maßgeblich, weil sie dem Gesetzeswortlaut widerspricht
- Da eine Verlängerung des FDA denkbare erst ab 2021 greifen kann, wird dieses Thema nicht sofort aktuell

Übersicht: Befreiungen vom MLA alt/neu

Befreiungen bis 2016	Befreiungen ab 2017
Transplantationen	Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverl. Pat., Frühgeborene,
Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln	Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln
Zusätzl. Kapazitäten aufgrund KH-Plan	zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge, bislang keine Abr.möglichkeit
Härte	Zentrumsleistungen (KH Plan)
Leistungen mit abgesenkten BWR	Leistungen mit abgesenkten BWR
Bes. Quali-Vbg.	Hälftig für nicht mengenanfällige Leistungen
	Hälftig bei Verlagerung zwischen Krankenhäusern, kein Anstieg der BWR im Einzugsgebiet

Rechtsfragen FDA aktuell

- Was wird aus den Planbettenerhöhungen?
- Was passiert insbesondere bei Fusionen?
- Gesetzliche Regelung:
- Befreiung bei „zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bisher keine Abrechnungsmöglichkeit bestand“
- Kassenstandpunkt: Planbettenbescheide befreien vom FDA nur, wenn sie eine qualitativ neue Fachrichtung ausweisen
- Das führt dazu, dass die staatliche Planung durch FDA ausgehöhlt und Fusionen anstelle zur Sanierung potentiell in den Ruin führen
- **BMGS: auch quantitative Erhöhungen (Bettenerhöhung) in bisher schon vorhandenen Fachrichtungen befreien (Schreiben Minister Gröhe vom 27.07.2016) → Planbettenbescheide können weiter befreiend wirken**
- Dahingehend auch Gesetzesinitiative der DKG

Ausblick 2017, Bundesebene

- Diverse Festlegungen in § 9 KHEntgG
 - Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen, die nur dem hälftigen FDA unterliegen (Abs. 1 Nr. 6)
 - Erhöhungsrates Tariferhöhungen (Abs. 1 Nr. 7)
 - Vorgabe für „G-BA-Zuschläge“ (Abs. 1a Nr. 1)
 - Vorgabe Zentren (Abs. 1a Nr. 2)
 - Quali-Zu- und Abschläge (Abs. 1a Nr. 4 bis 2018)
 - Notfall- Zu- und Abschläge (Abs. 1a Nr. 5)
 - Veränderungswert (Abs. 1b neu)
 - Absenkung der BWR für Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt (Abs. 1c neu)
- Die vorstehenden Vereinbarungen sind sämtlich (bundes-) schiedsstellenfähig (Abs. 2)
- Nicht sst-fähig sind auf Bundesebene nur die Fallpauschalenkataloge (ggf. Ersatzvornahme BMGS)

Pflegeförderprogramm ab 2016

- § 4 Abs. 8 KHEntgG neu:
- ¹Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2016 bis 2018 zu 90 Prozent finanziell gefördert.

Pflegezuschlag ersetzt Versorgungszuschlag ab 2017

■ Pflegezuschlag ab 1.1.2017

■ § 8 Abs. 10 neu KHEntgG:

- Abrechnung bei Patienten, die ab dem 1.1.2017 zur vollstationären Behandlung aufgenommen werden
- gesondert in der Rechnung auszuweisen.
- Höhe des Pflegezuschlags ist zu ermitteln, indem die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus durch die vollstationäre Fallzahl geteilt wird
- jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser errechnet wird und dieser krankenhausesindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird.
- Bezugsgröße Personalkosten für Pflege gem. Fachserie 12 Reihe 6.3 des Stat. Bundesamtes ./.. Gemeldete Kosten des einzelnen Hauses

Zentrumszuschlag ab 2016

- Ab 01.01.2016 gilt
- Besondere Aufgaben (§ 2 Abs. 2 KHEntgG ergänzt)
 - umfassen nur Leistungen, die nicht über DRG vergütet werden – **hier wird das Hauptproblem vom Gesetzgeber wieder nicht angegangen!!!** -
 - können auch Leistungen umfassen, die nicht der unmittelbaren stationären Patientenversorgung dienen
- Planungsebene (§ 2 Abs. 2 KHEntgG ergänzt)
 - **Ausweis der Aufgaben im Krankenhausplan**
 - **Ersatzweise Einzelfallfestlegung durch Planungsbehörde (viel Spaß!)**
- Vertragsparteien vereinbaren auf Bundesebene („bis 31.03.2016“ 😊) (§ 9 Abs. 1a Nr. 2 neu KHEntgG)
 - Näheres zur Konkretisierung der Aufgaben

Zentrumszuschlag - Details

- Das Gesetz enthält in § 9 Abs. 1a Nr. 2 mehrere Vorgaben für den Zentrumszuschlag
 - Überörtliche/krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung
 - Besondere Vorhaltungen
 - Notwendigkeit der Konzentration wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen
- Diese Aufzählung ist nicht abschließend („insbesondere“)
- Sicherstellung, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch Entgelte (DRG, ZE) oder nach SGB V finanziert sind
- Diese Vorgaben sind höchst unbestimmt
- Die restriktiven Tendenzen überwiegen

Sicherstellungszuschlag bis 2015

- Rechtsgrundlage alt § 5 Abs. 2 KHEntgG
- Voraussetzungen
 - Vorhaltung von Leistungen, die
 - auf Grund geringen Versorgungsbedarfs
 - mit Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar sind und
 - zur Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig sind
- Bei Nichteinigung: Entscheidung der Planungsbehörde dem Grunde nach
- Danach ggf. Vereinbarung der Höhe durch Parteien
- Bei Nicht-Einigung zur Höhe Schiedsstelle hierüber möglich
- Sicherstellungszuschläge für Jahre bis 2015 noch nach altem Recht durchstreiten, soweit noch offen

Sicherstellungszuschlag ab 2016

- **Übergangsregelung: SZS bis Ende 2017 aufgrund bisherige Kriterien zu vereinbaren (gilt aber nur für Krankenhäuser, für die schon vor dem 01.Januar 2016 SZS vereinbart waren)**
- **Sicherstellungszuschläge neu ab 2016:**
- G-BA konkretisiert
 - Erreichbarkeit (Minutenwerte)
 - „geringen Versorgungsbedarf“
 - Notwendige Leistungen (unmittelbare diagnostische und therapeutische Versorgung notwendig)
- **Künftig nur noch, wenn gesamtes Krankenhaus defizitär arbeitet**
- Prüfverfahren Landesbehörde

„G-BA-Zuschlag“ § 5 Abs. 3c KHEntgG neu

- Bis zur Berücksichtigung bei der Kalkulation (=InEK)
- vereinbaren Vertragsparteien unter Berücksichtigung von Vorgaben nach § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG (Bundesebene) befristete Zuschläge
- für Mehrkosten aufgrund von RL oder Beschlüssen des G-BA
- Zuschläge nur zulässig, sowie KH
 - Zusätzliche Anforderungen des G-BA erfüllt
 - Oder, wenn nicht, soweit G-BA keine zeitlichen und inhaltlichen Einschränkungen vorgegeben hat (z.B. Übergangsfristen)
- QFR-Aufwand auch zuschlagsfähig
 - soweit Maßnahme nach dem 01.01.2014 begonnen (bloßer Stichtag) und
 - Mehrkosten ab dem Datum der 2./3. Lesung (5. November 2015) entstehen
- Offen, wann Vorgaben der Bundesebene kommen (Termin 31.03.2016 😊)

Qualitätsregelungen im KHSG

- Das Schlagwort „Qualität“ ist m.E. der Deckmantel, unter dem Koalition und Bundesregierung ihre Schließungsoffensive vorantreiben.

- Qualität nimmt Einfluss auf mehreren Ebenen:
 - Krankenhausplanung
 - Budget
 - G-BA (mit Querverbindung zu den anderen Ebenen)
 - Abrechnung

Qualität auf Ebene der Krankenhausplanung

- § 136c Abs. 1 SGB V (neu):
G-BA beschließt planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- § 6 Abs. 1 a KHG (neu):
 - Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden Bestandteil des KH-Plans
 - Landesrecht kann das ganz oder teilweise ausschließen
 - Landesrecht kann weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen

Qualität auf Ebene der Krankenhausplanung

■ § 8 Abs. 1a -1c KHG (neu):

- Krankenhäuser, die bei den im KH-Plan des jeweiligen Landes aufgenommenen Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise **nicht in den Plan aufgenommen werden**
- Krankenhäuser, die nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maße unzureichende Qualität aufweisen und für die in höchstens drei aufeinander folgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Abs. 3a KHEntgG vereinbart wurden, sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise **aus dem Plan herauszunehmen**

Qualität auf Ebene der Landesverbände der Kassen

- Parallele Regelungen für Versorgungsverträge bei fehlender Qualität
- § 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V (neu):
Kein Abschluss von Versorgungsverträgen
- § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V (neu):
Kündigungsmöglichkeit durch Landesverbände
- § 110 Abs. 1 Sätze 3 ff. SGB V (neu):
Bei Uneinigkeit der Landesverbände auf Antrag Entscheidung durch eine unabhängige Schiedsperson

Qualität auf Ebene des Budgets

- § 5 Abs. 3a-3c KHEntgG (neu): Zu- bzw. Abschläge
 - Vereinbarung für Leistungen oder Leistungsbereiche mit „außerordentlich guter“ oder „unzureichender“ Qualität
 - Vereinbarung, Qualitätsmängel innerhalb eines Jahres zu beseitigen
 - Keine Erhebung von Abschlägen innerhalb dieser **Nachbesserungsfrist**
 - **Doppelter Abschlag** für 1 Jahr, wenn Mängel während dieser Frist nicht beseitigt wurden
 - **Höchstens drei Jahre**, vgl. § 8 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG (neu): Wenn Qualitätsmangel weiterhin fortbesteht, kein Entgelt mehr für diese Leistung

- Voraussetzungen:
 - auf Ebene des G-BA: Auswertungsergebnisse § 136b Abs. 1 SGB V (neu)
 - auf Bundesebene: Vereinbarung der Bundesverbände gem. § 9 Abs. 1a Nr. 4 KHEntgG (neu); **Frist: 30.06.2018**

Qualität auf Ebene des G-BA

- Richtlinien zur Qualitätssicherung im KH nach § 136a SGB V (neu):
 - Abs. 1: Maßnahmen zur Hygienesicherung (erstmalig bis zum 31.12.2016)
 - Abs. 2: Qualitätssicherung in der Psychiatrie (Einführung bis spät. 1.1.2017)
 - Abs. 3: Mindeststandards für Qualitätsmanagement

- Beschlüsse zur Qualitätssicherung im KH nach § 136b SGB V (neu):
 - insbesondere Abs. 1 Nr. 5: Katalog von Leistungen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen
 - erstmals bis spätestens 31.12.2017

- Beschlüsse zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung nach § 136c SGB V (neu):
 - Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
 - erstmals bis spätestens 31.12.2016

Inbesondere: Mindestmengen § 136b SGB V

- Diese sollen „rechtssicherer“ gestaltet werden
- Das bedeutet im BMGS-Sprech: so dass sie möglichst nicht mehr angefochten werden können
- Abhängigkeit von der Menge nicht mehr „in besonderem Maße“ erforderlich (Erweiterung des Spielraums des G-BA)
- Leistung
- Je Arzt **oder** Standort oder
- Je Arzt **und** Standort
- Sowie Ausnahmetatbestände

Mindestmengen – Ausnahmen

- Übergangsregelungen und Ausnahmetatbestände
- Ziel: unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestmenge zu vermeiden
- Das heißt nicht zwingend, dass der bisherige ATB-Katalog fortgeführt wird

Mindestmengen - Verfahren

- Krankenhaus muss jährlich darlegen, dass es die Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr erreichen wird
- Eine berechtigte Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die MiMe erreicht hat
- → was heißt in der Regel – BSG-Rspr?
- Die LVKK können bei begründeten erheblichen Zweifeln die vom KH getroffene Prognose widerlegen
- Gegen die Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben
- → damit wird die „Widerlegung“ zu einem Hoheitsakt aufgewertet
- Damit verlässt der Gesetzgeber hier die vertragliche Ebene und macht die Kassen zu Behörden
- Der Rechtsschutz im Einzelnen ist zweifelhaft - aufschiebende Wirkung?

Zusammenfassung: zeitlicher Ablauf Qualitätssicherung

31.12.2016	01.01.2017	31.12.2017	30.06.2018	31.07.2018
<ul style="list-style-type: none"> ▪ G-BA-Beschluss über planungsrelevante Qualitätsindikatoren ▪ G-BA-RL mit Hygienemaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ G-BA-RL mit Qualitätsmaßnahmen in der Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ G-BA-Katalog m. Leistungen für eine qualifizierte Vergütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarung der Bundesverbände über nähere Ausgestaltung der Quali-zuschläge und -abschläge 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vereinbarung der Rahmenvorgaben für Qualitätsverträge

Beteiligung an Schließungskosten - § 15 KHG

- Vertragsparteien können vereinbaren, dass sich die Sozialleistungsträger (§ 18 Abs. 2 KHG) an den Kosten der vollständigen Schließung eines KH beteiligen
- PKV kann sich ebenfalls beteiligen
- Eine Förderung der Schließung nach §§ 12-14 KHG ist ggf. zu berücksichtigen
 - Die Höhe der aus dem Strukturfond zur Verfügung gestellten Mittel ist bei dem Umfang der Beteiligung der Kostenträger anzurechnen
- Vereinbarung darf **nicht** erfolgen, wenn KH auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist, die für dieses KH gewährt worden ist
- Ggf. Verzicht des Landes auf Rückzahlung von in der Vergangenheit gezahlten Investitionsfördermitteln

Perspektive: BVerfG - G-BA – Verfahren rechtswidrig?

- Vizepräsident des BVerfG Prof. Kirchhof kritisiert G-BA auf Fachtagung (F.A.Z. vom 19.11.2015)
- Parallel Beschluss des BVerfG:
- Gericht sieht „durchaus gewichtige Zweifel“ an der Rechtsstaatlichkeit des Verfahrens vor dem G-BA (ohne im Einzelnen darauf einzugehen)
- Der Sachvortrag im konkreten Verfahren war unzureichend; das kann aber in künftigen Verfahren nachgeholt werden
- Weitere Stimmen bezweifeln die demokratische Legitimation des G-BA (vgl. z.B. Kingreen)
- Diese Rechtsprechung könnte zum Erliegen des Arbeitsprogramms des KHSG führen
- Es kommt allerdings darauf an, wann das BVerfG wieder Gelegenheit hat/ergreift, die Frage zu entscheiden

.... Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Christoph Seiler
Senior Partner
SEUFERT Rechtsanwälte
Tel.: 089 – 29033 117
seiler@seufert-law.de
Residenzstrasse 12
80333 München

