

Berlin, den 13.05.2015

**Stellungnahme zum Referentenentwurf über ein
„Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung“**

A. Vorbemerkungen

Der vorgelegte Referentenentwurf wird in zentralen Punkten abgelehnt. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfs soll die Sicherstellung einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung auch in Zukunft sein. Dabei wird auch auf das besondere Engagement der Beschäftigten in den Krankenhäusern für die Patienten verwiesen. Diesen Zielen widersprechen die im Referentenentwurf aufgezeigten Maßnahmen. Sie sind darauf gerichtet, die Unterfinanzierung der Krankenhäuser zu verschärfen. Dies wird die Situation der Patienten und der Beschäftigten in den Krankenhäusern verschlechtern. Nicht akzeptabel ist es zudem, dass der Gesetzentwurf als Ergebnis einer gemeinsamen Bund-/Länderarbeitsgruppe keine Antworten auf die politisch zu verantwortende Investitionslücke von jährlich 3 Milliarden EUR gibt.

Besondere Kritik ist auch an dem bürokratischen und in den Budgetverhandlungen kaum noch zu überblickenden Nebeneinander von alten Mehrleistungsabschlägen für 3 Jahre und neuen Fixkostendegressionsabschlägen für 5 Jahre zu üben. Völlig unverständlich ist, warum Fixkostendegressionsabschläge auch auf Leistungen erhoben werden sollen die sich zum Beispiel aufgrund krankenhauplanerischen Entscheidungen (Krankenhausschließung oder qualitätsbedingte Patientenwanderungen) ergeben, ohne dass insgesamt mehr Leistungen erbracht werden. Diese Regelung stellt den gewünschten Qualitätswettbewerb deutlich in Frage.

Weiterhin kritisieren wir, dass das von Krankenkassen und Krankenhäusern gleichermaßen akzeptierte Kalkulationsprinzip des DRG-Systems zu verlassen und stattdessen willkürliche und auf Angebotssteuerung gerichtete Veränderungen an den Kalkulationsergebnissen vorzunehmen. Würde das DRG-System verändert, um andere als die sich kalkulatorische ergebenden Bewertungsrelationen auszuweisen, wäre die Akzeptanz und damit die Zukunftsfähigkeit des DRG-Systems deutlich infrage gestellt. Der Vertrauensschaden wäre immens und vermutlich irreparabel.

Stattdessen sollte die Abbildungsgenauigkeit der Kalkulation verbessert werden. Zu diesem Zweck erklären sich die privaten Krankenhausträger ausdrücklich bereit, sich an der

Kalkulation für eine repräsentative Kalkulationsstichprobe zu beteiligen. Damit kann auch der Sorge der Krankenkassen begegnet werden, dass sich sinkende Sachkosten nur unzureichend in der Kalkulation niederschlagen.

Darauf hinweisen möchten wir, dass wir die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft mittragen.

B. Stellungnahme im Einzelnen

1. Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene

Art. 2 Nr. 4 b und c: § 4 Abs. 2a und 2b KHEntgG,

Art. 2 Nr. 10 j: § 10 Abs. 13 KHEntgG,

Art. 2 Nr. 8 c: § Abs. 10 KHEntgG

Neuregelung:

Ab 2017 soll die Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene verlagert werden. Die Mengendegression im Landesbasisfallwert soll aufgelöst werden. Auf Landesebene soll die Mindesthöhe eines fünfjährigen Fixkostendegressionsabschlags vereinbart werden. Die Vertragspartner vor Ort können davon abweichend höhere Abschläge und eine längere Geltungsdauer festlegen.

Bewertung:

Höhe und Dauer des Fixkostendegressionsabschlags:

Die Streichung der Mengenberücksichtigung beim Landesfallwert ist sinnvoll. Es war schon immer ein systematischer Fehler im DRG-System, die Höhe des Landesbasisfallwertes von der Anzahl der erbrachten Leistungen auf Landesebene abhängig zu machen.

Um den Fehler der „doppelten Degression“ auszugleichen, hat der Gesetzgeber den Versorgungszuschlag eingeführt, der Ende 2016 ersatzlos wegfällt während die Mehrleistungsabschläge auch für die Jahre 2017 und 2018 erhoben werden sollen. Der neu vorgesehene Fixkostendegressionsabschlag mit seiner 5-jährigen Laufzeit geht zudem deutlich weiter als der erst mit dem Pflegestärkungsgesetz auf eine Geltung von drei Jahren bei einer Abschlagshöhe von 25 % verlängerte Mehrleistungsabschlag.

Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags

Es erschließt sich nicht, wieso die Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlags länderspezifisch erfolgen soll. Sinnvoll ist stattdessen die Festlegung auf Bundesebene.

Deutlich zu kritisieren ist die vorgesehene Möglichkeit, längere als 5 Jahre wirkende und höhere Abschläge auf Ortsebene vereinbaren zu können. Bereits aktuell sind die Verhandlungen zur Leistungsmenge ein steter Konfliktpunkt. Die Positionen der Krankenkassen auf der einen Seite und der Krankenhäuser auf der anderen Seite stehen sich auch in dieser Frage diametral gegenüber. Es ist nicht damit zu rechnen, dass es zu

einvernehmlichen und sachgerechten Verhandlungsergebnissen kommen kann. Die Neuregelung, würde die Verhandlungen durch unterschiedliche Abschlaghöhen und Abschlagdauern für die jeweiligen Leistungsbereiche zusätzlich belasten.

Überschneidung von Neu-/Altregelung

Zu kritisieren ist, dass die neue und alte Regelung nebeneinander bestehen. Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 unterliegen bis längstens 2018 hinaus dem dreijährigen Mehrleistungsabschlag ohne das der dazugehörige Versorgungszuschlag gezahlt wird. Mehrleistungen ab 2017 unterliegen zusätzlich dem neuen Fixkostendegressionsabschlag.

Änderungsvorschlag:

- Die Geltung des Abschlags wird auf 2 Jahre begrenzt.
- Die Höhe des Abschlags wird bundeseinheitlich direkt vom Gesetzgeber in Form eines prozentualen Abschlags in Höhe des bisherigen Mehrleistungsabschlages vorgegeben.
- Die Regelung zur Verhandlung höherer Abschlüge und einer längerer Geltungsdauer auf Ortsebene wird gestrichen.
- Es ist eine 1 %ige Freigrenze für Mehrleistungsabschlüge einzuführen, die den anerkannten Leistungszuwachs durch die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Morbidität berücksichtigt.
- Das Inkrafttreten des neuen Abschlags beendet die Anwendung von Mehrleistungsabschlügen nach der alten Regelung auf Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016.

2. Leistungsverlagerungen zwischen den Krankenhäusern

Art. 2 Nr. 4 c: § 4 Abs. 2b KHEntgG

Neuregelung:

Für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhausträgern begründet sind, ist der Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe anzuwenden, wenn diese nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt. Die Leistungsverlagerung ist durch das Krankenhaus nachzuweisen.

Bewertung:

Bei Leistungsverlagerungen durch Schließung oder Zusammenlegung von Krankenhausstrukturen werden keine zusätzlichen Leistungen erbracht. Die Krankenhäuser übernehmen den Versorgungsauftrag ohne, dass es zu zusätzlich zu finanzierenden Leistungen kommt. Das Krankenhaus muss die Versorgung übernehmen, gerät durch die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags aber in eine Zwangsrabattierung. Es wird dem Krankenhaus außerdem kaum möglich sein, eine Leistungsverlagerung nachzuweisen, weil kein Zugriff auf die hierfür notwendigen Daten (§21-Datensatz) besteht.

Änderungsvorschlag

Leistungen, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen, sind vom Fixkostendegressionsabschlag vollständig auszunehmen.

3. Eingriffe ins DRG-System

Art. 1 Nr. 7 a: § 17b Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG,

Art. 2. Nr. 9 a: § 9 Abs. 1c KHEntgG

Neuregelung:

Auf Bundesebene sollen die Selbstverwaltungspartner dazu verpflichtet werden, bis zum 31.05.2016 für Leistungen mit Anhaltspunkten für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen die Bewertungsrelationen abzusenken.

Die Selbstverwaltung soll mit Unterstützung des InEK ein Konzept für eine Korrektur der kalkulierten Bewertungsrelationen vorlegen, um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen.

Bewertung:

Die Regelung geht davon aus, dass wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen statistisch eingrenzbare existieren. Allerdings konnte auch das Forschungsgutachten der Selbstverwaltung zur Leistungsentwicklung, das 2014 vorgestellt wurde, keine entsprechenden Leistungsbereiche identifizieren. Für eine Vereinbarung auf Bundesebene fehlen belastbare Zahlen.

Die vorgesehenen nachträglichen Eingriffe in Bewertungsrelationen sind mit dem DRG-System als Preissystem nicht vereinbar. Im DRG-System führt die Kalkulation der Sach- und Personalkosten zu den Bewertungsrelationen. Willkürliche Eingriffe mit dem Ziel der Steuerung von Leistungen ist systemwidrig und gefährdet die Akzeptanz des DRG-Systems und ist abzulehnen.

Dem Kalkulationsprinzip widerspricht es auch wenn der Gesetzgeber die Vorgaben macht, lediglich sinkende Sachkosten in der Kalkulation zu berücksichtigen. Genauso müssen steigende Kosten (z. B. Personal) in die Kalkulation einfließen. Die Abbildungsgenauigkeit soll im Übrigen durch die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Teilnahme an einer repräsentativen Kalkulationsstichprobe geschaffen werden.

Sollte diese Regelung dennoch umgesetzt werden, muss klargestellt werden, dass für die ab gestaffelten Leistungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses keine Mehrleistungsabschläge/Fixkostendegressionsabschläge anfallen.

Änderungsvorschlag:

Streichung der Neuregelung.

4. Sicherstellungszuschlag

Art. 2 Nr. 5 b: § 5 Abs. 2 KHEntgG

Neuregelung:

Bis zum 31.03.2016 sollen durch den G-BA bundeseinheitliche Vorgaben für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen vorgegeben werden. Von den Ländern können abweichende Regelungen getroffen werden. Sicherstellungszuschläge sollen nur dann gewährt werden können, wenn ein Krankenhaus insgesamt Defizite zu tragen hat. Verhandlungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlags sollen auf Ortsebene erfolgen.

Bewertung:

Die Absicht Sicherstellungszuschläge rechtssicher auszugestalten ist begrüßenswert.

Die Verknüpfung der Gewährung eines Sicherstellungszuschlags mit dem Defizit des gesamten Krankenhauses ist nicht nachvollziehbar. Warum soll eine Geburtshilfestation nur dann mit Sicherstellungszuschlägen fortgeführt werden können, wenn auch die anderen Abteilungen des Krankenhauses Defizite machen? Ziel eines Sicherstellungszuschlags ist nicht die wirtschaftliche Förderung des Krankenhauses, sondern die Aufrechterhaltung eines gewollten und notwendigen Versorgungsangebots, das sich alleine nicht trägt. Es ist systemfremd, die Gewährung des Sicherstellungszuschlags von etwas anderem, als der Notwendigkeit des Versorgungsangebots abhängig zu machen.

Änderungsvorschlag:

Streichung der Voraussetzung eines negativen wirtschaftlichen Ergebnisses der Betriebsstätte für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen.