

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0074(45)  
gel. VB zur Anhörung am 25.10.  
2010\_GKV-FinG\_Block II  
21.10.2010



Verband der  
Universitätsklinika  
Deutschlands e.V.

**Stellungnahme**  
des  
**Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)**

zum

**Gesetzentwurf**  
eines  
**Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung  
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG)**

**Berlin, 21. Oktober 2010**

## I. Allgemeiner Teil

### Halbierung der Grundlohnrate

Dem vorliegenden Gesetzentwurf fehlt eine Perspektive für Strukturreformen, die den Krankenhäusern ohne Gefährdung der GKV-Finzen eine auskömmliche Finanzierung ihrer Kostensteigerungen sichert. Insbesondere fehlt ein Konzept für den dringend notwendigen Ab- und Umbau von Versorgungskapazitäten im Krankenhaussektor und in der spezialisierten vertragsärztlichen Facharztversorgung, für die Verzahnung der Sektoren sowie für die Umstellung der Finanzierung auf den gesetzlich bereits vorgesehenen Orientierungswert.

Stattdessen greift die Bundesregierung 2011 aus Mangel an Alternativen zu dem tradierten Kostendämpfungsinstrument der Grundlohnratensenkung. Damit wird die GKV-Finanzierung erneut zulasten aller Krankenhäuser stabilisiert. Dies ist keine nachhaltige Strategie. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hat die damalige Bundesregierung anerkannt, dass die Rationalisierungsreserven der Krankenhäuser endlich sind. Seither hat sich die Lage nicht entscheidend verändert. Die Personaldecke ist so dünn, dass weitere pauschale Einsparungen kaum zu verantworten sind.

Weiteres Einsparpotenzial besteht weniger auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses als vielmehr in der Struktur des Versorgungssystems. Notwendig ist deshalb eine Neuordnung der Versorgungsstrukturen.

Gleichwohl ist zu konstatieren, dass sich aufgrund der strukturpolitischen Versäumnisse der letzten Jahre aktuell für 2011 eine Finanzierungslücke in der GKV abzeichnet, die geschlossen werden sollte. Alle Bereiche des Gesundheitswesens sind gefordert, einen Sparbeitrag zu leisten. Hierzu sind die Universitätsklinika bereit, wenn die Sparlasten gleichmäßig auf alle Schultern verteilt werden. Dies ist derzeit nicht der Fall. Insbesondere stellt sich die Frage, ob der vertragsärztliche Bereich angemessen einbezogen wird.

Die Krankenhäuser erbringen im Unterschied zu den Vertragsärzten und zu anderen Leistungsbereichen bereits dadurch einen beachtlichen Sparbeitrag, dass sie infolge der Grundlohndeckelung auf die Refinanzierung erheblicher Steigerungen bei den Faktorpreisen (Gehälter, Energiepreise, Arzneimittel etc.) verzichten. Selbst wenn ihnen für 2011 die volle Grundlohnrate von 1,15 Prozent zur Verfügung stünde, müssten sie nicht gedeckte Kostensteigerungen in Höhe von rund einer halben Mrd. Euro mit Hilfe von Produktivitätssteigerungen kompensieren.

Die Produktivität lässt sich über drei wesentliche Hebel steigern:

- Entlassungen, d.h. Verteilung der gleichen Arbeit auf weniger Mitarbeiter
- Flucht aus den bestehenden Tarifverträgen
- Mengensteigerungen im Rahmen der vorhandenen (Personal)kapazitäten

Alle drei Strategien stoßen mittlerweile an Grenzen. Die Universitätsklinika haben gerade beim Personal keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr. Viele Abteilungen arbeiten an der Auslastungsgrenze.

Deshalb ist schon die Halbierung der Grundlohnrate 2011 eine erhebliche, kaum mehr vertretbare Belastung. Kommen dazu noch die Halbierung der Grundlohnrate auch im Jahr 2012 sowie die Ertragsausfälle infolge der Mehrleistungsabschläge, dann wird dies insbesondere den Krankenhäusern der Maximalversorgung massiv schaden. Im Sinne einer ausgewogenen, für die Klinika verkraftbaren Lösung bitten wir daher eindringlich darum, von diesen Regelungen Abstand zu nehmen.

## **Mehrleistungsabschläge**

Höchst problematisch sind die Mehrleistungsabschläge für Krankenhäuser. Als dauerhaftes Steuerungsinstrument in der Krankenhausfinanzierung sind sie völlig ungeeignet.

Mehrleistungsabschläge sind ordnungspolitisch verfehlt. Sie sind systematisch nicht mit dem DRG-Einheitspreissystem vereinbar. Sie sind ein Rückfall in die Logik der Selbstkostendeckung und brechen mit dem Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“. Außerdem widersprechen sie den politischen Bekenntnissen der Bundesregierung zum Wettbewerb im Krankenhauswesen.

Weiterhin führen sie zu Fehlsteuerungen. Der Aufbau innovativer Leistungsangebote wird ebenso behindert wie die sinnvolle und politisch gewollte Bildung von Zentren und Schwerpunkten, etwa in der Frühgeborenenversorgung. Notwendige Leistungssteigerungen bspw. bei den Transplantationen würden verhindert.

Mehrleistungsabschläge belasten die Krankenhausträger sehr unterschiedlich. Unsere Berechnungen zeigen, dass Maximalversorger mit einem hohen Sicherstellungsanteil und schwer steuerbaren Leistungen überproportional hart getroffen würden. Bezogen auf das gesamte Spektrum an Krankenhausleistungen würden gerade der Versorgung von Schwerstkranken überproportional Mittel entzogen.

Mehrleistungsabschläge sind ungeeignet, um das Problem der Mengensteigerungen in bestimmten elektiven Leistungsbereichen zu lösen. Sie treffen stattdessen in erheblichem Umfang die falschen Krankenhäuser und die falschen Leistungsbereiche. Deshalb plädieren wir für die ersatzlose Streichung dieser Regelung.

## **Refinanzierung G-BA-induzierter Zusatzleistungen und -anforderungen**

Grundsätzlich ist es ein sinnvoller erster Schritt, dass Zuschläge für bisher nicht über den Basisfallwert finanzierte Leistungen aus der Degressionsregelung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG ausgenommen werden sollen. Abzuwarten bleibt jedoch, ob die Kassen ihren Teil dazu beitragen, diese Regelung gangbar zu machen.

Ergänzend sollten G-BA-induzierte Kostensteigerungen, die alle Krankenhäuser betreffen, im Rahmen der allgemeinen Kostenentwicklung bei den Landesbasisfallwertverhandlungen berücksichtigt werden. Zu diesem Zweck muss der G-BA verpflichtet werden, die Kostenwirkungen seiner Beschlüsse zu ermitteln.

## II. Besonderer Teil

### Zu Artikel 8 Nr. 1 (Mehrleistungsabschläge für Krankenhäuser)

Für 2011 soll ein Mehrleistungsabschlag von 30 % für zusätzlich vereinbarte stationären Leistungen, die mit bundeseinheitlich kalkulierten Entgelten vergütet werden (DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 u. 2 KHEntgG), gesetzlich vorgegeben werden. Ab 2012 soll der Abschlag jährlich hausindividuell mit den Kostenträgern neu verhandelt werden. Bei Nichteinigung kann die Schiedsstelle angerufen werden. Ausgenommen sind lediglich zusätzlich vereinbarte Leistungen, die mit Entgelten vergütet werden, die einen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln aufweisen. Dies gilt sowohl für 2011 als auch für die Folgejahre.

#### Bewertung

Die Regelung sollte ersatzlos gestrichen werden.

Sollte aus politischen Gründen keine vollständige Streichung erfolgen, dann müssten zumindest definierte Leistungsbereiche aus dem Anwendungsbereich der Abschlagsregelung ausgenommen werden. Dies sollte auf der Basis der folgenden Kriterien erfolgen:

- Es besteht oder droht eine Unterversorgung.
- Es handelt sich um innovative Versorgungsangebote bzw. Leistungen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss will über Richtlinien eine Konzentration in speziell qualifizierten Zentren herbeiführen.
- Das Leistungsaufkommen ist vom Krankenhaus schwer steuerbar.

Ein entsprechender Formulierungsvorschlag ist als Anlage 1 beigefügt. Er orientiert sich an den bereits heute in § 4 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Regelungen zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen, da die dort berücksichtigten Sachverhalte gleichermaßen für die geplanten Mehrleistungsabschläge einschlägig sind.

#### Begründung

##### **1) Pauschale Abschläge benachteiligen die hochspezialisierten Leistungen der Supramaximalversorgung, da diese überproportional hohe Anteile an variablen Kosten aufweisen**

Dem Gesetzentwurf liegt die Annahme zugrunde, dass für zusätzliche Leistungen nur in begrenztem Umfang zusätzliche variable Kosten entstünden und somit ein 30 %-Abschlag auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten angemessen sei. Diese rein theoretische Annahme findet in der realen betriebswirtschaftlichen Situation der Hochleistungsmedizin keine Entsprechung.

Hochspezialisierte Leistungen sind mit hohen Sachkostenanteilen und/oder wegen ihrer Betreuungsintensität mit besonderem Personaleinsatz verbunden. Dieser Ressourceneinsatz ist häufig variabel, zumindest aber sprungfix. Sind die vorhandenen Kapazitäten (z.B. Intensivmedizin)

ausgelastet, dann erfordern Leistungssteigerungen zusätzliches Personal. Dies ist heute in vielen Krankenhäusern der Spitzenmedizin nachweislich der Fall.

Die enorme Beanspruchung des Personals hat der Gesetzgeber 2008 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz und dem darin enthaltenen Sonderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte explizit anerkannt. Seither hat sich die Sachlage nicht verändert. Tatsächlich ist die Situation geprägt von immer mehr Überlastungsanzeigen, insbesondere des pflegerischen Personals, weil die Grenzen der Produktivitätssteigerung erreicht bzw. überschritten sind.

Der Fallmix in den Krankenhäusern ist abhängig von der Versorgungsstufe und der Anzahl spezialisierter Leistungen sehr unterschiedlich. Entsprechend unterschiedlich fallen die mittleren Sachkosten je Behandlungsfall aus. Wird z.B. ein großer Umsatzanteil im Bereich intensivmedizinischer und transplantationsmedizinischer Leistungen erbracht, so sind die Sachkostenanteile an den Gesamtkosten deutlich höher als bei der Behandlung anderer Fallkollektive. Der mittlere Sachkostenanteil der DRGs der Prä-MDC (vorrangig Langzeitbeatmung und Transplantationen) beträgt 25,7%, während er über alle übrigen MDC 17,8% beträgt. Lediglich die MDC 05 (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) weist im Mittel einen höheren Sachkostenanteil auf, welcher in erster Linie durch einzelne aufwändige Implantate wie Defibrillatoren bedingt ist. Häuser der Maximalversorgung mit einem höheren Leistungsanteil an Transplantationen oder Langzeitbeatmungen würden im Ergebnis für ihre häufig sachkostenlastigeren Leistungen zusätzlich systematisch benachteiligt.

Auch bei den Personalkosten besteht bei hochspezialisierten Leistungen (z.B. Intensivmedizin, Neonatologie) eine große Abhängigkeit von der Fallzahl. In diesen Bereichen besteht zum Beispiel eine ausgesprochen intensive Bindung von Pflegepersonal an den Patienten. Eine Steigerung der Patientenzahl ist damit zwangsläufig mit einem Anstieg des Pflegepersonals und damit der Pflegepersonalkosten verbunden. Dies ist im Detail in [Anlage 2](#) zu dieser Stellungnahme ausgeführt.

Von den 40 G-DRGs mit höchstem Personalkostenanteil betreffen 31 die Versorgung von Neugeborenen, davon 15 für Neugeborene mit einem Aufnahmegewicht von kleiner als 1.500 Gramm (siehe nachfolgende [Tabelle](#)). Die anderen 9 G-DRG betreffen Kinder und Jugendliche. Dies sind alles Bereiche mit einem extrem hohen Pflege- und Behandlungsaufwand pro Patient.

G-DRG	DRG-Text	Anteil Personal-kosten	Anteil Sach-kosten	Anteil Infrastruktur-kosten
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	68,89%	10,66%	20,45%
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur	68,33%	9,53%	22,15%
P03B	Neugeb., Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sign. OR-Prozedur oder Beatm. > 95 Std., mit mehreren schweren Probl., mit Beatm. > 120 und < 480 Std.	68,04%	9,17%	22,80%
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur	67,33%	10,06%	22,62%
P03C	Neugeb., Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sign. OR-Prozedur oder Beatm. > 95 Std., ohne Beatm. > 120 Std. oder ohne mehrere schwere Probleme	66,91%	8,91%	24,18%
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur	66,84%	9,33%	23,83%
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	66,68%	7,78%	25,55%
P62E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	66,45%	13,96%	19,59%
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g mit signifikanter OR-Prozedur	66,43%	10,92%	22,64%
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	66,21%	11,20%	22,59%
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	65,99%	9,24%	24,77%
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	65,85%	15,03%	19,12%
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	65,78%	8,42%	25,80%
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	64,34%	11,94%	23,73%
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sign. OR-Prozedur oder Beatm. > 95 Std., mit mehreren schweren Probl., mit Beatm. > 479 Std.	63,72%	12,05%	24,23%

Im Mittel beträgt der Infrastrukturkostenanteil über alle kalkulierten G-DRG 26,15 % bei einer Spannweite von 5,23 % [G-DRG D01B] bis 42,88 % [G-DRG- B48Z]. Die Infrastruktur ist größtenteils als Fixkostenanteil ohne direkte Abhängigkeit von der Frequenz der erbrachten Leistungen zu sehen, während der Sachkostenanteil eine sehr hohe Abhängigkeit von der Leistungsfrequenz hat. Sachkosten sind in der Regel direkt leistungsassoziiert. Gleiches gilt wie oben beschrieben für

Personalkosten, insbesondere in hochspezialisierten Leistungsbereichen oder Bereichen mit hoher Auslastung.

Fakt ist zudem: Bei einem großen Teil der DRG werden nach Abzug des 30 %-Abschlags sowie der InEK-kalkulierten Sachkosten die vom InEK für diese G-DRG kalkulierten Personalkosten nicht mehr refinanziert. Dies soll an folgender Modellrechnung aufgezeigt werden:

- Von den kalkulierten Kosten (Grundlage: Kostenmatrix des DRG-Report-Browsers) werden der 30 %-Abschlag sowie die kalkulierten Sachkosten abgezogen. Es verbleibt ein Restbetrag zur Finanzierung der Personalkosten.
- Die Infrastrukturkosten bleiben in dieser Modellrechnung unberücksichtigt. Vereinfachend wird davon ausgegangen, dass die Kosten für Infrastruktur trotz Mehrleistung nicht steigen, also über das bereits vereinbarte Erlösbudget finanziert sind. Es handelt sich hierbei jedoch um eine vereinfachte Darstellung, da selbstverständlich auch die Infrastrukturkosten von der Leistungsfrequenz beeinflusst werden (Logistikkosten, Nahrungsmittel, etc.). Würden diese Kosten auch berücksichtigt, würde eine gegebene Unterdeckung noch verstärkt, eine Überdeckung fiele geringer aus.
- Dem für die Finanzierung der Personalkosten verbleibenden Betrag wird der einkalkulierte Erlös für Personalkosten gegenübergestellt. Bei 397 G-DRG ergibt sich eine Personalkostenunterdeckung von mindestens 1 %. Dabei sind nur die kalkulierten Kosten berücksichtigt, nicht die tatsächlichen G-DRG-Vergütungen, die zwischen den Bundesländern deutlich differieren.
- Bei 15 DRG sind die Personalkosten um mehr als 40 % unterdeckt (Spannweite -40,8 % bis -84,3 %).
- Weitere 28 G-DRG sind zu mindestens 20 % unterdeckt.

Es fällt auf, dass systematisch in fast allen intensivmedizinischen, transplantationsmedizinischen und neonatologischen DRG große Unterdeckungen der Personalkosten resultieren. Dadurch sind diese Spezialleistungen besonders stark durch den Pauschalabschlag betroffen. Die 70 %-Finanzierung wird insbesondere in gut ausgelasteten Kliniken sowie bei hochspezialisierten Leistungen zu einer erheblichen Unterdeckung der realen Mehrkosten, die auch zusätzliche Personalkosten umfassen, führen. Ein pauschaler Abschlag, der diese Fakten nicht würdigt, führt automatisch zu einer erheblichen Ungleichverteilung der Lasten auf die Krankenhäuser. Er benachteiligt Maximalversorger und Krankenhäuser mit hochspezialisierten Leistungsbereichen im Vergleich zu Häusern der Grund- und Regelversorgung erheblich.

Die Ausnahmeregelung für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil über zwei Drittel wird der Problemlage nicht gerecht. Sie betrifft nur wenige Leistungen. Die folgende Tabelle zeigt die neun G-DRGs in der G-DRG-Version 2010 (8 Herz-Kreislauf + 1 Kochleaimplantation) mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln (66,67 %). Diese entsprechen lediglich 0,78 % der in der G-DRG-Version 2010 bewerteten G-DRG.



G-DRG	DRG-Text (Auszug)	Anteil Personal-kosten	Anteil Sach-kosten	Anteil Infrastruktur-kosten
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)...	9,06%	84,99%	5,95%
D01B	Kochleaimplantation, unilateral	10,30%	84,47%	5,23%
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD) ...	9,52%	84,39%	6,09%
F01C	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) ...	12,34%	79,37%	8,29%
F01G	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) ...	12,86%	78,64%	8,50%
F01A	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) ...	15,96%	73,87%	10,17%
F01F	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD) ...	16,25%	73,63%	10,11%
F95B	Interv. Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts ...	17,67%	70,53%	11,80%
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz	19,66%	67,82%	12,52%

Im Ergebnis werden damit über 99 % der G-DRG mit Abschlägen bei Mehrleistung von 30 % ab dem Jahr 2011 belegt.

Bei den Zusatzentgelten sind insbesondere die Zusatzentgelte für Medikalprodukte und Medikamente sachkostendominiert. Sie dürften von der Abschlagsregelung ausgenommen werden. Bei Zusatzentgelten, die hohe Personalkostenanteile enthalten, muss der Abschlag gemäß Gesetzentwurf jedoch angewendet werden. Zusatzentgelte enthalten die Kosten für die Erbringung einer bestimmten Leistung, die unsystematisch über mehrere DRG streut. Sie bilden folglich zu einem hohen Anteil variable Kosten ab. Abschläge führen damit zu einer entsprechenden Unterfinanzierung dieser Leistungen.

## 2) Pauschale Abschläge sind ordnungspolitisch verfehlt und führen zu Fehlsteuerungen

Mehrleistungsabschläge sind als dauerhafter Systembestandteil die Abkehr von bewährten ordnungspolitischen Grundprinzipien der Krankenhauspolitik:

- Alle politischen Parteien bekennen sich derzeit noch zum Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Wettbewerb impliziert die Umverteilung von Leistungen. Im Wettbewerb gibt es Leistungserbringer mit Fallzahlsteigerungen und Leistungserbringer mit Fallzahlrückgängen. Mehrleistungsabschläge bestrafen Leistungserbringer mit Fallzahlsteigerungen und widersprechen damit den politischen Bekenntnissen zu mehr Wettbewerb.
- Das DRG-System baut auf den Prinzipien „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ und „Das Geld soll der Leistung folgen“ auf. Beide Grundprinzipien würden durch Mehrleistungsabschläge untergraben.
- Das DRG-System sollte die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bringen. Die Mehrleistungsabschläge wären ein großer Schritt zurück zur reinen Selbstkostenfinanzierung.

Wir halten einen ordnungspolitischen Richtungswechsel nicht für angezeigt. Sollte er dennoch erfolgen, dann müssten konsequent auch die anderen Stellschrauben der Krankenhauspolitik darauf abgestimmt werden. Dies betrifft insbesondere Fragen des Einheitspreissystems und der Landesbasisfallwerte sowie der Krankenhausplanung und der Einzelverträge. Die Konsequenz wäre ein umfassender Umbau des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhäuser.

Dazu kommen weitere Inkonsistenzen:

- Politisch gefordert wird ein höheres Organspenden- und damit Transplantationsaufkommen. Die Transplantationszentren bemühen sich entsprechend um Fallzahlsteigerungen. Dies würde nun mit einer Unterdeckung dieser sehr teuren Fälle bestraft. Es entsteht ein Fehlanreiz. Dies gilt gleichermaßen für alle anderen Leistungsbereiche, in denen Unterversorgung besteht oder droht.
- Politisch gewollt ist der möglichst uneingeschränkte Zugang der Patienten zum medizinischen Fortschritt. Hier besteht heute schon ein Finanzierungsproblem infolge von Vollzugsdefiziten bei der NUB-Regelung. Krankenhäuser müssen deshalb regelmäßig mit Investitionen und/oder nicht refinanzierten laufenden Kosten in Vorleistung gehen, um neue, innovative Leistungsangebote aufzubauen. Durch die Mehrleistungsabschläge entsteht nun ein zusätzliches Problem, sobald innovative Leistungen in der Regelfinanzierung (bewertete DRG oder bewertetes Zusatzentgelt) abgebildet sind. Denn der Aufbau innovativer Leistungsangebote resultiert an den entsprechenden Standorten häufig in einer überproportional steigenden Fallzahl. Die Patienten fragen diese Leistungen aktiv nach. Das Beispiel der Endoskopie und der minimalinvasiven Chirurgie belegt dies eindrucksvoll. Solche Fallzahlsteigerungen würden finanzielle Abschläge nach sich ziehen. Es entsteht ein Negativanreiz zulasten des Aufbaus innovativer Versorgungsangebote. Dieser würde auch die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten treffen, da sie bei innovativen Leistungen häufig Partner der Klinika sind.
- Der G-BA hat jüngst eine Richtlinie beschlossen, mit der die Frühgeborenenversorgung in Zentren konzentriert werden soll. In diesen Zentren werden deshalb die Fallzahlen für diese ebenfalls sehr teuren Fälle steigen. Auch hier entsteht ein Fehlanreiz. Gleiches gilt für alle anderen Leistungsbereiche, für die der G-BA über seine Richtlinien eine Konzentration in Zentren auf den Weg bringt, etwa die Kinderherzchirurgie oder die Kinderonkologie. Hier

handelt es sich um höchst anspruchsvolle Versorgung, der nun über Mehrleistungsabschläge Mittel entzogen werden sollen.

- Politisch gefordert wird der Ausbau palliativmedizinischer Angebote. Das bewertete Zusatzentgelt „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ soll aber mit einem Abschlag belastet werden, der zwangsläufig zu einer Unterdeckung der durch medizinisch notwendige Leistungen bedingten Kosten führen wird.

Ordnungspolitisch fragwürdig ist zudem, dass die Regelung gleichermaßen für elektive wie für vom behandelnden Krankenhaus nicht steuerbare (Not-)Fälle gelten soll. Aus Gründen der Sicherstellung müssen Krankenhäuser diese von ihnen nicht steuerbaren Mehrleistungen erbringen, obwohl sie aufgrund des Abschlags unterfinanziert sind. Damit werden insbesondere Maximalversorgungshäuser benachteiligt, da sie überproportional viele Leistungen mit hohem intensivmedizinischem Anteil (z.B. Prä-MDC-DRG) haben bzw. überproportional an der Sicherstellung hochspezialisierter Notfallversorgung mitwirken.

Besonders deutlich zeigt sich dies an der Versorgung von Schwerverletzten. Hier handelt es sich um Notfälle mit hohem Behandlungsaufwand, z.B. polytraumatisierte Patienten oder Schwerverbrannte. Sie werden oft gezielt in Zentren transportiert oder von anderen, erstversorgenden Krankenhäusern dorthin zur Weiterbehandlung verlegt. Diese Zentren haben eine sehr wichtige Sicherstellungsfunktion und können ihre Patientenzahlen kaum selbst steuern. Trotzdem sollen sie für Mehrleistungen mit Preisabschlägen belastet werden.

Ganz anders ist die Lage bei planbaren Eingriffen wie Hüft- oder Knieendoprothesen. Planbare Eingriffe kann das Krankenhaus steuern. Teilweise hat es hier in den letzten Jahren enorme Fallzahlsteigerungen gegeben, weil immer mehr Krankenhäuser diese Leistungen anbieten. Es ist nachvollziehbar, wenn der Gesetzgeber in diesen Leistungsbereichen Handlungsbedarf sieht. Die geplanten undifferenzierten Preisabschläge sind dafür aber denkbar ungeeignet, weil sie zum größten Teil die falschen Leistungen und die falschen Krankenhäuser treffen.

### **3) Pauschale Abschläge auf Zusatzentgelte bergen Umsetzungsprobleme**

Jenseits der oben genannten systematischen Argumente gegen Mehrleistungsabschläge auf Zusatzentgelte sprechen auch Umsetzungsprobleme gegen eine solche Regelung. Das InEK hat die Sach- und Personalkostenanteile aus der Kalkulation der einzelnen Zusatzentgelte bisher nicht öffentlich ausgewiesen. Dies müsste erfolgen, um den Vertragsparteien vor Ort eine Bewertung zu ermöglichen. Besonders bei den Dialyseverfahren wird es ohne Informationen vom InEK zu Diskussionen darüber kommen, welchen Anteil die Sachkosten an den Gesamtkosten haben. Diese Diskussionen würden dazu führen, dass für gleiche Verfahren je nach Krankenhaus unterschiedliche Mehrleistungsabschläge verhandelt werden. Dies wäre wiederum ein Bruch mit den Grundprinzipien des DRG-Einheitspreissystems.

### **Zu Artikel 8 Nr. 3 a) aa) (Herausnahme von Zuschlägen für neue Leistungen aus der Degressionsregelung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG)**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass hausindividuelle Zuschläge dann nicht absenkend auf den Landesbasisfallwert wirken sollen, wenn die über den Zuschlag finanzierten Leistungen bislang nicht über den Landesbasisfallwert finanziert worden sind.

#### **Bewertung**

Grundsätzlich ist die Regelung ein sinnvoller erster Schritt. Damit kann potenziell ein Teil des Problems gelöst werden, dass der G-BA zwar über Struktur- und Prozessqualitätsvorgaben neue Leistungen oder Anforderungen an die Leistungserbringung in der Krankenversorgung induziert, dafür bisher aber kein zusätzliches Geld in das Krankenhaussystem fließt.

Die Funktionsfähigkeit der geplanten Regelung ist allerdings an die Voraussetzung gebunden, dass in den entsprechenden G-BA-Richtlinien die Refinanzierung der Zusatzleistungen bzw. -anforderungen über hausindividuelle Zuschläge ermöglicht wird und diese dann auch auf der Ortsebene vereinbart werden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Kassen sich hierbei konstruktiv verhalten werden.

Zu bedenken ist darüber hinaus, dass ein hausindividueller Zuschlag als Finanzierungsinstrument nur dort sinnvoll ist, wo nicht alle Krankenhäuser gleichermaßen von G-BA-Anforderungen betroffen sind. Dies ist etwa bei G-BA-Richtlinien zu bestimmten Leistungsbereichen (z.B. Kinderonkologie) bzw. Zentren oder Schwerpunkten der Fall.

Nicht aufgegriffen werden damit allgemeine Kostensteigerungen für alle Krankenhäuser, die durch für alle Krankenhäuser geltende G-BA-Vorgaben bspw. in der allgemeinen Qualitätssicherung entstehen. Diese sollten im Rahmen der allgemeinen Kostenentwicklung bei den Landesbasisfallwertverhandlungen berücksichtigt werden. Hierfür müssen die Voraussetzungen geschaffen werden. Insbesondere sollte der G-BA verpflichtet werden, die Kostenwirkungen seiner Beschlüsse zu ermitteln.

## Anlage 1

### Formulierungsvorschlag (Änderungen ggü. dem Referentenentwurf sind fett hervorgehoben)

§ 4 Absatz 2a KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlages zu vereinbaren. **Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln.** Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlages vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes nicht berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwertes zu vereinbaren.“

In § 4 wird folgender Absatz 2b neu eingefügt:

„(2b) Der Mehrleistungsabschlag nach Absatz 2a Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Ferner gilt er nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte für Leistungen, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen: Es besteht oder droht eine Unterversorgung; es handelt sich um innovative Leistungen; der Gemeinsame Bundesausschuss will über Richtlinien eine Konzentration in speziell qualifizierten Zentren herbeiführen; das Leistungsaufkommen ist vom Krankenhaus schwer steuerbar. Mindestens eines dieser Kriterien ist insbesondere bei folgenden Leistungsbereichen erfüllt: Transplantationen, Frühgeborenenversorgung, Kinderherzchirurgie, Kinderonkologie, Versorgung von Bauchaortenaneurysmen, Versorgung von polytraumatisierten Patienten, Versorgung von Schwerverbrandverletzten, Fälle mit Langzeitbeatmung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Ergänzung dieses Katalogs um weitere Leistungsbereiche; kommt eine solche Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der Vertragsparteien.“

### Begründung

Es ist auszuschließen, dass ein dauerhafter Mehrleistungsabschlag zu Fehlsteuerungen führt und dadurch die Sicherstellung der Versorgung gefährdet. Deshalb gibt das Gesetz einen Katalog von Entgelten vor, für die keine Mehrleistungsabschläge fällig werden. Diesem Katalog liegen die folgenden, im Gesetz definierten abstrakten Kriterien zugrunde:

- Bestehende Unterversorgung: Leistungsbereiche wie etwa die Transplantationen, in denen Unterversorgung besteht und für die deshalb aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung eine Mengenausweitung geboten ist, sind von den Mehrleistungsabschlägen auszunehmen.
- Innovative Leistungsformen: Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen oft neue Versorgungsangebote aufgebaut werden, die an den entsprechenden Kliniken aufgrund der hohen Nachfrage seitens der Patienten zu Leistungssteigerungen führen. Innovative Medizin soll nicht behindert werden.
- Gewollte Konzentration in Zentren: Leistungsbereiche, die aufgrund von entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses an speziell qualifizierten Zentren konzentriert werden sollen, sind von den Mehrleistungsabschlägen auszunehmen. Hierzu gehören etwa die Frühgeborenenversorgung, die Kinderherzchirurgie, die Kinderonkologie und die Versorgung von Bauchaortenaneurysmen.
- Durch behandelndes Krankenhaus schwer steuerbar: Das Leistungsaufkommen ist vom Krankenhaus unter nahezu keinem Gesichtspunkt steuerbar; insbesondere sind keine Verlegungen möglich. Dies betrifft insbesondere wesentliche Teile der komplexeren Notfallversorgung, z.B. polytraumatisierte Patienten, Schwerbrandverletzte und andere Fälle mit einem hohen intensivmedizinischen Anteil (z.B. G-DRG der Prä-MDC). Solche Fälle werden meist in Krankenhäusern der höheren Versorgungsstufen mit entsprechenden Sicherstellungsverpflichtungen versorgt. Sie sind häufig mit hohen Sachkostenanteilen oder besonderen Personalausstattungen verbunden, die variabel oder zumindest sprungfix sind. In überdurchschnittlichem Maß werden solche Fälle aus Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung nach erfolgter Erstversorgung in Häuser der Maximalversorgung oder Spezialkliniken verlegt.

Die Ausnahmeregelung orientiert sich an den bereits heute in § 4 Abs. 3 KHEntgG enthaltenen Regelungen zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen, da bei den Mehrleistungsabschlägen die gleichen Sachverhalte einschlägig sind.

Aufgrund der ständigen Veränderung der Versorgungslandschaft kann der gesetzliche Katalog keinen abschließenden Charakter haben. Außerdem ist nicht auszuschließen, dass der G-BA künftig für weitere Leistungsbereiche Vorgaben macht, die zu einer Konzentration von Leistungen in Zentren und damit zu Leistungsverchiebungen zwischen den Krankenhäusern führen. Deshalb vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Ergänzung dieses Katalogs um weitere Leistungsbereiche. Diese Vereinbarung ist schiedsstellenfähig.

## Anlage 2

### Zusammenhang von Mehrleistungen und Mehrkosten am Beispiel der Neonatologie und Intensivmedizin

Die Behandlung eines Frühgeborenen geht mit erheblicher Personalbindung einher. Kommt es durch den G-BA-Beschluss zu einer Zentralisierung der Leistungen in ausgewählten Zentren, wird der Personalbedarf dort in Abhängigkeit von der Fallzahlsteigerung steigen. Es wäre ein Trugschluss zu glauben, dass die Frühchen durch das bereits in den Zentren vorhandene Personal adäquat versorgt werden könnten.

Wie groß die Personalbindung bei den extrem Frühgeborenen ist, lässt sich an den im Internet veröffentlichten durchschnittlichen Kosten je DRG nachvollziehen. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Kosten für die G-DRG P61A (Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600g mit signifikanter OP-Prozedur). Allein für den Pflegedienst auf Intensiv- und Normalstation fallen im Durchschnitt Kosten in Höhe von 40.919€ (39,38 % der Gesamtkosten der DRG) an. Dies entspricht fast den jährlichen Kosten für eine Pflegekraft. Hinzu kommen Kosten für den ärztlichen Dienst in Höhe von 27.361€ (26,33 % der Gesamtkosten der DRG). Damit entfallen fast 65,71 % der vom InEK kalkulierten Kosten auf die Kosten für die pflegerische und ärztliche Leistung.

**DRG: P61A: Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur** Zurücksetzen

**Daten:** 15 MDC 15 Neugeborene Anz. DRGs: 43 N: 89.387

Fallzahl Normallieger: 19  
v. MDC: 0,02%  
v. gesamt: 0,00%

Verweildauer:  
Kurzlieger: 10,00%  
Normallieger: 47,50%  
Langlieger: 42,50%  
1. Tag mit Abschlag: 37  
1. Tag zus. Entgelt: 133  
Mittl. arithm. VWD: 115,3  
Standardabw. VWD: 23,7

PCCL:  
0: 0,00%  
1: 0,00%  
2: 0,00%  
3: 0,00%  
4: 100,00%

Geschlecht:  
Männlich: 31,58%  
Weiblich: 68,42%  
Unbestimmt: 0,00%

Alter:  
< 28 Tage: 100,00%  
28 T. - < 1 Jahr: 0,00%  
1 - 2 Jahre: 0,00%  
3 - 5 Jahre: 0,00%  
6 - 9 Jahre: 0,00%  
10 - 15 Jahre: 0,00%  
16 - 17 Jahre: 0,00%  
18 - 29 Jahre: 0,00%  
30 - 39 Jahre: 0,00%  
40 - 49 Jahre: 0,00%  
50 - 54 Jahre: 0,00%  
55 - 59 Jahre: 0,00%  
60 - 64 Jahre: 0,00%  
65 - 74 Jahre: 0,00%  
75 - 79 Jahre: 0,00%  
80 Jahre u. älter: 0,00%

Bewertungsrelation: 39,671

Falkosten:  
Arith. MW: 103.902,31  
Std. Abw.: 46.199,49

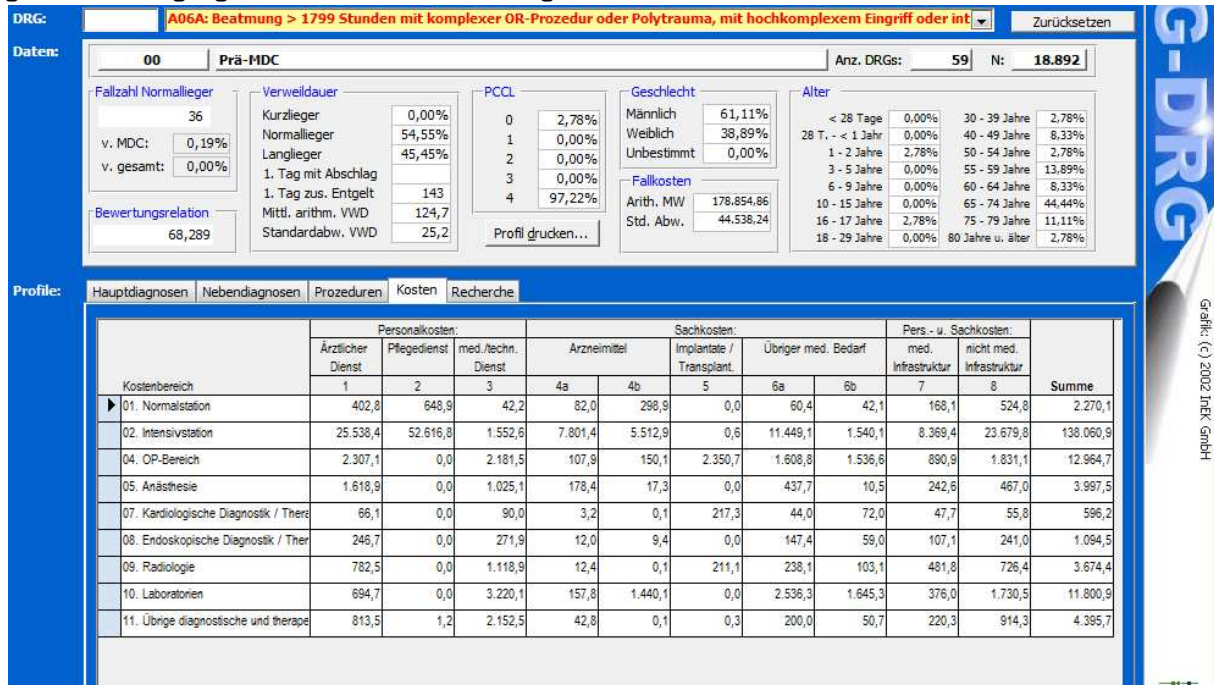
**Profile:** Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren Kosten Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:			Pers.- u. Sachkosten:		Summe		
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur			
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	
01. Normalstation	736,9	3.022,7	42,2	87,1	22,1	0,0	259,1	0,2	196,1	644,1	5.010,4
02. Intensivstation	25.445,8	37.896,5	1.257,4	2.416,2	889,5	0,0	4.976,2	380,7	5.518,5	13.407,9	92.188,7
04. OP-Bereich	324,6	0,0	271,3	28,9	0,1	17,3	139,5	100,4	125,6	278,6	1.286,2
05. Anästhesie	291,3	0,0	157,7	23,1	2,0	0,0	59,9	0,0	37,4	78,7	650,1
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	5,8	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	4,2	12,9
09. Radiologie	131,7	0,0	152,7	0,7	0,0	0,0	25,0	1,2	61,5	100,5	473,4
10. Laboratorien	154,8	0,0	793,8	15,0	703,5	0,0	699,1	148,0	81,7	433,3	3.029,2
11. Übrige diagnostische und therapeutische	270,9	0,2	624,2	35,1	0,0	0,0	42,5	2,4	40,2	235,9	1.251,5

Aber nicht nur in der Neonatologie sondern auch in anderen Leistungsbereichen wie der Transplantationsmedizin und Intensivmedizin sind extreme Personalbindungen zu beobachten, die verdeutlichen, dass Mehrleistungen nicht mit dem in den Krankenhäusern vorhandenen Personal ohne Einfluss auf die Qualität der Leistungserbringung durchzuführen sind. Bereits heute existiert ein extremer Wettbewerb um Intensivpflegepersonal. D.h. bereits heute ist die Personalsituation auf den Intensivstationen der Maximal- und Spezialversorgung extrem „angespannt“. Gleichzeitig steigt



der Bedarf an Intensivleistungen kontinuierlich an. Mehrleistungen können aber nicht Aufstockung des Personals erbracht werden. Folgende Abbildung zeigt die Kostenstruktur der G-DRG A06A (Beatmung >1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung >3680 Aufwandspunkte). Hier liegen die Pflegepersonalkosten für einen Patienten bei 53.266€. 45% der Patienten dieser DRG sind so genannte Langlieger. Ihre Personalkosten liegen noch höher.



Bei diesen hochspezialisierten Leistungen bestehen extreme Personalbindungen, die nicht von dem Krankenhauspersonal bei Fallzahlsteigerungen kompensiert werden können. Zusätzliches Personal muss eingestellt werden, um die Versorgung der Patienten sicherstellen zu können.

Ganz anders stellen sich die Personalbindung und die resultierenden Personalkosten bei „Standardleistungen“ dar, die in der Masse der Krankenhäuser erbracht werden. Folgende Abbildung zeigt die Kostenstruktur der H08B (Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose). Hier liegen die Kosten für den Pflegedienst bei 308,6 € (13,04 % der Gesamtkosten der DRG). Die Kosten des Ärztlichen Dienstes bei 567,50 € (23,98 % der Gesamtkosten der DRG). Damit entfallen fast 37,02 % der vom InEK kalkulierten Kosten auf die Kosten für die pflegerische und ärztliche Leistung, also nur gut die Hälfte des prozentualen Kostenanteils bei den Frühchen.



**DRG: H08B: Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose** Zurücksetzen

**Daten:** 07 MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas Anz. DRGs: 36 N: 70.902

Fallzahl Normallieger: 19.369  
 v. MDC: 27,32%  
 v. gesamt: 0,92%

**Verweildauer:**  
 Kurzlieger: 0,27%  
 Normallieger: 90,44%  
 Langlieger: 9,29%  
 1. Tag mit Abschlag: 1  
 1. Tag zus. Entgelt: 10  
 Mittl. arithm. VWD: 4,9  
 Standardabw. VWD: 2,2

**PCCL:**  
 0: 80,02%  
 1: 0,70%  
 2: 10,04%  
 3: 7,51%  
 4: 1,72%

**Geschlecht:**  
 Männlich: 30,28%  
 Weiblich: 69,71%  
 Unbestimmt: 0,01%

**Fallkosten:**  
 Arith. MW: 2.366,13  
 Std. Abw.: 677,46

**Alter:**

< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	12,90%
28 T. - < 1 Jahr	0,00%	40 - 49 Jahre	20,01%
1 - 2 Jahre	0,00%	50 - 54 Jahre	10,23%
3 - 5 Jahre	0,01%	55 - 59 Jahre	10,90%
6 - 9 Jahre	0,01%	60 - 64 Jahre	8,47%
10 - 15 Jahre	0,27%	65 - 74 Jahre	19,64%
16 - 17 Jahre	0,56%	75 - 79 Jahre	5,01%
18 - 29 Jahre	8,68%	80 Jahre u. älter	3,30%

**Profile:** Hauptdiagnosen | Nebendiagnosen | Prozeduren | Kosten | Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:					Pers. - u. Sachkosten:		Summe
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel		Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	
01. Normalstation	156,9	300,3	17,4	32,3	1,8	0,0	31,3	3,3	81,4	319,0	943,5
02. Intensivstation	3,2	6,9	0,1	1,0	0,2	0,0	1,0	0,0	1,2	3,7	17,3
04. OP-Bereich	211,7	0,0	170,9	7,5	0,9	2,0	137,8	61,4	90,3	132,8	815,2
05. Anästhesie	154,0	0,0	103,3	10,8	0,6	0,0	33,1	1,5	18,0	43,0	364,2
07. Kardiologische Diagnostik / Ther.	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
08. Endoskopische Diagnostik / Ther.	11,4	0,0	11,7	0,6	0,0	0,2	5,9	0,6	5,2	8,7	44,3
09. Radiologie	6,5	0,0	8,7	0,2	0,0	0,0	2,2	3,0	2,8	5,9	29,2
10. Laboratorien	4,7	0,0	27,3	1,1	0,5	0,0	19,8	19,0	2,7	13,0	88,1
11. Übrige diagnostische und therap.	19,0	1,3	22,9	0,9	0,0	0,0	2,8	0,4	3,8	13,1	64,2

Grafik: (c) 2002 InfrK GmbH

Ein Abschlag für Mehrleistungen, der undifferenziert für alle Leistungen gleichermaßen zur Anwendung kommt, benachteiligt daher systematisch Krankenhäuser der Maximal- und Spezialversorgung.