

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0074(44)#  
gel. VB zur Anhörung am 25.10.  
10\_GKV-FinG\_Block II  
20.10.2010

15.10.2010

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)**

### Zusammenfassung

- Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft sind bereit, ihren Anteil an den politisch für notwendig erachteten Einsparmaßnahmen bis zur Höhe von 500 Mio. € zu tragen. Darüber hinausgehende Einsparungen im Krankenhausbereich sind nicht zumutbar und unverhältnismäßig.
- Die Veränderungsrate für die Krankenhäuser darf in den Jahren 2011 und 2012 nicht um 50 % reduziert werden, weil das Instrument der prozentualen Quotierung der Grundlohnrate nicht geeignet ist, um die politisch gewollten Einsparungen im Krankenhausbereich zu erreichen. Die politisch gewollten Einsparungen von 150 Mio. € im Jahr 2011 und 300 Mio. € für 2012 werden mit einer jeweils 0,25 % igen Absenkung der Grundlohnrate erzielt. Dem liegt die Tatsache zugrunde, dass eine Begrenzung des Anstieges des Landesbasisfallwertes den Krankenhäusern auch in den Folgejahren durch die abgesenkte Basis dauerhaft Geld entzogen wird. Das bedeutet, dass diese Kürzung den Krankenhäusern sowohl in 2011 als auch im Jahr 2012 und jedem weiteren Jahr Finanzmittel in Höhe von 150 Mio. € entzieht. Eine erneute Kürzung der Grundlohnrate auch in 2012 um 0,25 % führt somit in 2012 zu Einsparungen in Höhe von insgesamt 300 Mio. €, die ebenfalls für die Folgejahre wirken.
- Zum Beweis der Verlässlichkeit der Gesundheitspolitik ist es nötig, die Systematik des Orientierungswertes anstelle der Grundlohnorientierung einzuführen. Die politisch für tragbar erachteten Ausgabenentwicklungen ließen sich sowohl für 2011 als auch für 2012 wesentlich passgenauer über den Orientierungswert abbilden, als dies mit der Festlegung einer prozentualen Grundlohnkürzung jetzt für 2012 gelingen kann. Der Orientierungswert verliert dadurch auch nicht „seine Unschuld“, weil er wegen der Festlegung des Wertes durch das BMG bereits ein politisches Instrument ist.
- Der vorgesehene undifferenzierte Mehrleistungsabschlag in Höhe von 30 % verhindert jede sinnvolle und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der bundesdeutschen

Krankenhausstrukturen und ist deshalb abzulehnen. Gewollte Leistungsverschiebungen u. a. durch

- veränderte Krankenhausplanung,
- Patienten, die dem guten medizinischen Ruf eines Krankenhauses folgen,
- Eröffnung neuer Krankenhausabteilungen (z.B. neue geriatrische Abteilung),
- sowie die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Mindestmengen oder
- die Einführung neuer DRGs in den Katalog

sind de facto keine Mehrleistungen. Es wäre widersinnig, diese mit einem „30 %igen Zwangsrabatt“ zu bestrafen.

Ist ein zusätzlicher Mehrleistungsabschlag auf der Ebene der Krankenhäuser dennoch politisch gewollt, ist er auf die Jahre 2011 und 2012 zu begrenzen. Dafür sind zwingend Ausnahmeregelungen – wie bei den Leistungen mit 2/3 Sachkostenanteil – nötig.

- Der erwartete Sparbeitrag der Krankenhäuser dürfte trotz der notwendigen Ausnahmen erreicht werden, weil die Belastungen der Krankenhäuser durch diesen Mehrleistungsabschlag viel größer sind. Die Einsparungen bei den Mehrleistungen sind für die Krankenhäuser sind viel höher als die im Gesetzentwurf ausgewiesenen Beträge (350 Mio. € für 2011 bzw. 270 Mio. € für 2012). Diese Zahlen können sich nur ergeben, wenn aus „kosmetischen Gründen“ mit einer Mehrleistungsquote von 2 % gerechnet wird. In den vergangenen Jahren lagen die Leistungssteigerungen nachweislich bei 3 %. Unterstellt man diese Entwicklung auch für 2011 wirkt sich der Mehrleistungsabschlag mit Einsparungen bei den Krankenhäusern in Höhe von 475 Mio. € aus. Deshalb muss der Mehrleistungsabschlag auf 20 % begrenzt werden und darf nur für die Jahre 2011 und 2012 gelten.
- Bereits heute führen Mehrleistungen zu einer erheblichen Absenkung des Landesbasisfallwertes und werden damit durch Preisverfall aller Krankenhausleistungen kompensiert. Der nun zusätzlich vorgesehene "Zwangsrabatt" auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses führt zusammen mit der Absenkung des Landesbasisfallwertes zur doppelten Degression zum Nachteil der Krankenhäuser. Dieser Mechanismus ist letztlich nicht mehr überschaubar. Deshalb muss entweder die

Degression im Landesbasisfallwert oder auf Ebene des einzelnen Krankenhauses erfolgen. Beides führt zu unvertretbaren Belastungen der Krankenhäuser.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Änderungen sind in roter, kursiver Schrift, mit Unterstreichung bzw. Durchstreichung gekennzeichnet

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

**Nr. 1 Buchstabe b (§ 4 Abs. 2a KHEntgG)**

Die Regelung ist zu streichen.

Ist eine Streichung aus politischen Gründen nicht gewollt, müssen zumindest die die größten Fehler wie folgt korrigiert werden:

„(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 20 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Für das Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren, wobei der Wert des Jahres 2011 die Obergrenze für die zu vereinbarenden Abschläge darstellt. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, für Mehrleistungen eines Krankenhauses durch eine veränderte Krankenhausplanung, nach Eröffnung einer neuen organisatorischen Einheit, dem Aufbau neuer Leistungsbereiche, oder für Mehrleistungen, die aus Veränderungen des Fallpauschalen-Kataloges oder der Abrechnungsregelungen oder der Kodierrichtlinien resultieren oder für Zusatzentgelte, die nach Anlagen 2 und 5 der Fallpauschalenvereinbarung vergütet werden und für krankenhausesindividuelle Entgelte gemäß Anlagen 3 a und 3 b der Fallpauschalenvereinbarung, die über die Landesbasisfallwerte abgerechnet werden. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags, insbesondere zu den Modalitäten des Ausgleichs- und der Verrechnung der nicht erreichten Mehrleistungen, vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend

berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren.“

### **Änderung der Gesetzesbegründung zu Nr. 1 Buchstabe b:**

Die in der Begründung enthaltenen Aussagen, dass "auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist ein gesetzlicher Abschlag von 30 % und damit eine Finanzierung der zusätzlich vereinbarten Leistungen zu 70 % tragfähig und zur finanziellen Stabilisierung der Kostenträger erforderlich ist" sind zu streichen. Es ist ein Widerspruch von betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten auf gesetzliche Abschläge zu schlussfolgern. Faire Verhandlungen über Mehrleistungsabschlägen werden mit der Nennung von vermeintlich betriebswirtschaftlich gerechtfertigten Abschlägen präjudiziert. Auch die Schiedsstellen dürften sich im Zweifel an dieser Gesetzesbegründung orientieren. Andere Ergebnisse sind damit nicht mehr zu erwarten.

Weiterhin sind in der Begründung die Mehrleistungen und die notwendigen Ausnahmeregelungen im vorgenannten Sinne zu präzisieren.

### **Begründung:**

Die pauschale und undifferenzierte Abwertung von vereinbarten Mehrleistungen in Höhe von 30 % im Jahr 2011 sowie die für die ab dem Jahr 2012 vorgesehene Vereinbarungslösung verlagert die finanziellen Folgen der Morbiditätsentwicklung der deutschen Bevölkerung völlig auf die Krankenhäuser und verschärft dadurch die Belastungssituation des Krankenhauspersonals.

Es ist falsch, anzunehmen, dass in Deutschlands Krankenhäusern "überschüssiges Personal" mit Freiräumen herum säße, das nur darauf wartet, endlich etwas „Produktives“ tun zu können. Im Gegenteil, ist doch heute schon die Belastungssituation für ärztliches und pflegerisches Personal - verschärft durch die Einführung der Fallpauschalen - am Limit. Dies belegen auch die Bemühungen der Vorgängerregierung um Entlastungen der Personalsituation am Beispiel des mit dem KHRG eingeführten Pflegestellenprogramms.

Im OECD-Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich der Personalproduktivität seiner Krankenhäuser auf dem ersten Platz. Es bestehen schlicht keine Ressourcen für

Mehrleistungen, die ohne Anpassung der Personalkapazitäten möglich wäre. Neu eingestelltes Personal in neuen Krankenhausabteilungen ist sicher nicht bereit, wegen dieser wenig überzeugenden Begründung zum GKV-Finanzierungsgesetz einen 30 %igen Gehaltsabschlag zu akzeptieren.

Zusätzliche stationäre Leistungen, resultieren aus den Faktoren

- Entwicklung der Morbidität,
- Entwicklung der Demographie und
- medizinischer Fortschritt.

Die Vermutung, Krankenhäuser könnten nach Belieben Patienten in ihrer Häuser locken um ihnen stationäre Leistungen aufzuschwatzen, geht fehl. Dafür sorgt allein schon der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit seiner fast schon übertriebenen Fehlbelegungsprüfung.

Mit dem Sparvorschlag des Mehrleistungsabschlags werden dringend notwendige Strukturveränderungen, wie Spezialisierung und Zentrenbildung, Schließung zu kleiner und nicht wirtschaftlich zu führender Abteilungen auch infolge der Krankenhausplanung ad absurdum geführt. Am schlimmsten ist jedoch die Tatsache, dass eine solche Maßnahme die Krankenhäuser mit gutem medizinischem Ruf bestraft, wenn die Patienten statt der mäßigen Krankenhäuser die besseren auswählen. Auch hier ist offensichtlich, dass es sich nicht um Mehrleistungen handelt. Schlimmstenfalls könnten die Krankenhäuser motiviert werden, sich keinen guten medizinischen Ruf zu erarbeiten, weil sie im Zweifel dafür ökonomisch bestraft würden.

Wenn die Politik dennoch dafür die Verantwortung übernehmen möchte, muss zumindest sichergestellt werden, dass nur wirkliche Mehrleistungen mit Mehrleistungsabschlägen "abgestraft" werden dürfen. Für folgende Tatbestände, die keine Mehrleistungen sind, sind Ausnahmeregelungen zu schaffen

- Veränderung der Leistungsmengen eines Krankenhauses durch eine veränderte Krankenhausplanung (z. B. Bettenerhöhung, Fachrichtungserweiterung, Eröffnung einer neuen organisatorischen Einheit, Aufbau neuer Leistungsbereiche, Schließung einer Abteilung im Nachbarkrankenhaus),

- Aufnahme neuer Leistungen durch Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Kataloges,
- Leistungen, die aufgrund der Veränderung von Abrechnungsregelungen oder Kodierrichtlinien zusätzlich erbracht werden,
- Zusatzentgelte, die nach Anlagen 2 und 5 der Fallpauschalenvereinbarung vergütet werden,
- krankenhausesindividuelle Entgelte gemäß Anlagen 3 a und 3 b der Fallpauschalenvereinbarung, die über die Landesbasisfallwerte abgerechnet werden.

Zusätzlich ist es zwingend notwendig, in der Begründung zum GKV-Finanzierungsgesetz präjudizierender Prozentsätze zu Artikel 5, § 4 Nummer 1 Buchstabe b, erster Absatz zu streichen.

Der Abschlag in Höhe von 30 % ist von den politischen Entscheidungsträgern willkürlich gewählt. Unter Berücksichtigung der Schiedsstellenentscheidungen des Jahres 2009 ist eine Korrektur auf 20 % notwendig. Damit wird der bisherigen Praxis entsprochen. Im Hinblick auf die Marktmacht einzelner Krankenkassen von bis zu 40 % sind faire Verhandlungen nicht zu erwarten. Deshalb muss der in Verhandlungen zu erzielende Mehrleistungsabschlag gesetzlich begrenzt werden. Die Geltung einer solchen Regelung muss auf die Jahre 2011 und 2012 begrenzt werden.

**§ 10 Abs 1 Satz 2 KHEntgG ist wie folgt zu ergänzen:**

Nach den Worten „B2“ wird folgender Klammerzusatz angefügt. „(Nrn. 1 und 3)“

**Begründung:**

Die Änderung ist notwendig, um in den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert eine doppelte Degression auszuschließen. Andernfalls ist in den Verhandlungen unklar, welche konkrete Position im B2-Schema Grundlage sein soll. Sonst sind Streitigkeiten mit den Krankenkassen vorprogrammiert, ob die Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2 a (Ifd. Nr. 5 –neu- der B2) in die Ausgangsbasis einzubeziehen sind.

### **Nr. 3 Buchstabe a, bb) und Buchstabe b (§ 10 Abs. 3 und 4 KHEntgG)**

Die vorgesehenen Ergänzungen sind nicht notwendig und daher zu streichen. Auch ohne gesetzliche Änderungen in § 10 Abs. 3 und 4 KHEntgG kann der Sparbeitrag wesentlich passgenauer mit dem bereits gesetzlich verankerten Instrument des Orientierungswertes erreicht werden. Werden aus politischen Gründen andere Regelungen zur Reduzierung der Veränderungsrate getroffen, so ist die Formulierung redaktionell anzupassen.

#### **Begründung:**

Die erwartete Finanzierungslücke der GKV im Jahr 2011 in Höhe von 11 Mrd. Euro soll neben einer veränderten Finanzierung der GKV mit Einsparungen u. a. im Krankenhausbereich i. H. v. 500 Mio. Euro geschlossen werden. Dafür ist unter anderem vorgesehen, den Ausgabenzuwachs im Krankenhausbereich auf die Hälfte des Einnahmenezuwachses bei der GKV zu begrenzen. Der hierfür vorgesehene Sparbeitrag der Krankenhäuser soll 150 Mio. Euro betragen.

Die nunmehr vorliegende günstigere Prognose der Einnahmenentwicklung in der GKV i. H. v. 1,15% für 2011 muss zwangsläufig zu einer Veränderungsrate i. H. v. 0,9% für Krankenhäuser führen, um das vorgesehene Einsparvolumen von 150 Mio. Euro zu erzielen.

Die Veränderungsrate für die Krankenhäuser darf in den Jahren 2011 und 2012 nicht um 50 % reduziert werden, weil das Instrument der prozentualen Quotierung der Grundlohnrate nicht geeignet ist, um die politisch gewollten Einsparungen im Krankenhausbereich zu erreichen. Die politisch gewollte Einsparung von 150 Mio. € im Jahr 2011 und 300 Mio. € für 2012 wird mit einer jeweils 0,25 %igen Absenkung der Veränderungsrate erzielt. Dem liegt die Tatsache zugrunde, dass eine Begrenzung des Anstieges des Landesbasisfallwertes durch eine gesenkte Obergrenze den Krankenhäusern auch in den Folgejahren durch eine abgesenkte Basis dauerhaft Geld entzieht.

Die vorgesehene Verschiebung der Einführung des mit dem KHRG beschlossenen Orientierungswertes anstelle einer Anbindung an die Veränderungsrate stellt für die Krankenhäuser einen enormen Vertrauensbruch dar. Wir bitten deshalb darum, dass die Gesundheitspolitik den Krankenhäusern Kontinuität und Verlässlichkeit bei



gesundheitpolitischen Entscheidungen zukommen lässt und den gesetzlich vorgesehenen Orientierungswert, in der politisch opportun erscheinenden Höhe, einführt.

### **Zu Nummer. 3 Buchstabe a**

#### **In § 10 Absatz 3 wird in Nummer Nr. 7 folgender Satz angefügt:**

*„Der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a des entsprechenden Jahres ist immer auch im gleichen Jahr im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen.“*

#### **Begründung:**

Würde der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a nicht auch im gleichen Jahr im Landesbasisfallwert berücksichtigt wird, kommt es zumindest im ersten Jahr der Anwendung zu einer Doppelbelastung für die Krankenhäuser.

#### **In § 10 Abs. 12 KHEntgG wird folgender Satz 2 angefügt:**

*„Von einer Einberechnung in den Landesbasisfallwert sind die Finanzierungstatbestände von Besonderen Einrichtungen auszunehmen.“*

#### **Begründung:**

In § 10 Absatz 12 Satz 1 KHEntgG ist geregelt, dass das Pflegepersonal betreffende Finanzierungsbeträge (§ 4 Abs. 10) zum 01.01.2012 in den Landesbasisfallwert eingerechnet werden. Besondere Einrichtungen rechnen mehrheitlich nicht nach Landesbasisfallwert ab, sondern nach tagesgleichen Pflegesätzen oder individuellen Krankenhaus-Entgelten. Um zu verhindern, dass Besondere Einrichtungen die ihnen individuell errechneten Finanzierungsbeträge durch eine Einberechnung in den Landesbasisfallwert ganz oder teilweise verlieren, muss klargestellt werden, dass die aufgelaufenen Finanzierungsbeträge den Budgets der besonderen Einrichtungen solange erhalten bleiben, wie der Status als Besondere Einrichtung gilt.

**In § 14 Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt ergänzt:**

Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwertes nach § 10, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6 und der Zu- und Abschläge nach § 4 und 5...

**Stellungnahme:**

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung zu § 4 Abs. 2a KHEntgG.

**In § 15 Abs. 3 KHEntgG wird nach Satz 1 folgender Satz 2 angefügt:**

„Dies gilt auch für Mindererlöse, die dadurch entstehen, dass erstmals vereinbarte Entgelte, insbesondere Entgelte nach § 6 Abs. 2, im Vereinbarungszeitraum nicht ab dem 1. Januar abgerechnet werden können“.

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

**Stellungnahme:**

Im Verhandlungsalltag wird die derzeitige Fassung des § 15 Abs. 3 KHEntgG in einigen Bundesländern seitens der Krankenkassen dahingehend ausgelegt, als dass es für NUB-Entgelte (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG keinen Zahlbetragsausgleich gem. § 15 Abs. 3 KHEntgG gibt.

Die Praxis sieht jedoch wie folgt aus: die NUB-Statusmeldung des InEK erhalten die Kliniken am 31.01. des jeweiligen Vereinbarungszeitraums. D.h. dass eine NUB-Vereinbarung somit frühestens (sofern die Verhandlung der NUB-Entgelte bereits vor dem 31.01. mit den Vertragsparteien geführt und Einigung erzielt wird) zum 01.03. des Vereinbarungszeitraumes genehmigt und umgesetzt werden kann. Somit sind grundsätzlich zwei Monate für neue NUB nicht abrechenbar. Auch entscheiden die Schiedsstellen hierzu unterschiedlich.

§ 15 Abs. 3 KHEntgG regelt jedoch einen unabhängig von dem Budget oder der Erlössumme durchzuführenden Preisausgleich. Um die o.g. Missverständnisse aufzuheben, ist daher eine Klarstellung seitens des Gesetzgebers notwendig.