

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(18.1)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
02.09.2015



Berlin, den 02.09.2015

Stellungnahme zum Entwurf des

Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

A. Vorbemerkungen

Wir verweisen auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Ausschussdrucksache 18(14)0125(6), mit der wir übereinstimmen. Lediglich einige allgemeine Anmerkungen sowie einige Nuancen andere Aspekte möchten wir vortragen:

Der vorgelegte Gesetzentwurf wird in zentralen Punkten abgelehnt. Die Zielsetzung des KHSG 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 Gesetzentwurf aufgezeigten Maßnahmen, die die bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser verschärfen wird. Der daraus entstehende zusätzliche wirtschaftliche Druck wird die Versorgung der Patienten und die Arbeitsbedingungen vor allem der Pflegefachkräfte in den Krankenhäusern verschlechtern. Daran wird auch das geplante Pflegestellenprogramm nichts ändern, weil es die wirtschaftlichen Einschnitte durch das KHSG nicht kompensiert.

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. In der Folge werden die Krankenhäuser weiter gezwungen sein, Investitionen aus der Finanzierung der Betriebskosten zu erwirtschaften.

Der geplante Fixkostendegressionsabschlag führt den gewollten Qualitätswettbewerb ad absurdum. Denn er differenziert nicht nach gewollten und nicht gewollten Leistungskonzentrationen in Krankenhäusern. Völlig unverständlich ist, warum Fixkostendegressionsabschläge auch auf Leistungen erhoben werden sollen, die sich durch krankenhauplanerische Entscheidungen (Krankenhausschließungen) oder qualitätsbedingte Patientenwanderungen ergeben. Deshalb ist der Fixkostendegressionsabschlag nicht mehr als ein vom Gesetzgeber verordneter Zwangsrabatt. Die zu erwartende Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern wird sich zulasten der Beschäftigten auswirken.

Besondere Kritik ist an dem kaum noch zu überblickenden Nebeneinander von alten Mehrleistungsabschlägen für 3 Jahre und neuen Fixkostendegressionsabschlägen für 5 Jahre zu üben. Der bürokratische Aufwand in den Budgetverhandlungen ist mit den vorgesehenen Regelungen für die fast 2.000 Krankenhäuser ist kaum zu steigern.

Weiterhin kritisieren wir, 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. Wird das DRG-System verändert, um andere als die sich kalkulatorische ergebenden Bewertungsrelationen auszuweisen, stellt dies die Akzeptanz und damit die Zukunftsfähigkeit des DRG-Systems infrage. 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.

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:

Streichung Versorgungszuschlages und des Mehrleistungsabschlages

Die Streichung der Mengenberücksichtigung beim Landesfallwert ist sinnvoll. Um den Fehler der „doppelten Degression“ auszugleichen, hat der Gesetzgeber den Versorgungszuschlag eingeführt, der Ende 2016 ersatzlos wegfallen soll, während die Mehrleistungsabschläge auch für die Jahre 2017 und 2018 erhoben werden sollen.

Ablösung des Mehrleistungsabschlages durch den Fixkostendegressionsabschlag

Die Fixkostendegression ist ein betriebswirtschaftlich unbestreitbares Prinzip. Die Ablösung des Mehrleistungsabschlages durch den Fixkostendegressionsabschlag muss aber hinterfragt werden. Während bisher die Mehrleistungsabschläge der Leistungssteuerung dienen, geht es bei den Fixkostendegressionsabschlägen um das gezielte Abschöpfen jedweder Kostenvorteile von gewollten Leistungsverschiebungen. Bei gewollten Krankenhausschließungen erbringen die umliegenden Krankenhäuser die dort wegfallenden Leistungen mit einem 5 jährigen Zwangsrabatt. Dies dient den Krankenkassen, aber nicht einer sachgerechten Personalausstattung.

Der hohe Abschlag 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, länger 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 dass 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 Abschläge und einer längeren Geltungsdauer auf Ortsebene wird gestrichen.
- Es ist eine 1 %ige Freigrenze für Mehrleistungsabschläge einzuführen, die den anerkannten Leistungszuwachs durch die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Morbidität berücksichtigt.
- Das Inkrafttreten des neuen Abschlags beendet die Anwendung von Mehrleistungsabschlägen 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 begründete 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 eingrenzbar existieren. Allerdings konnte auch das Forschungsgutachten der Selbstverwaltung zur Leistungsentwicklung, das 2014 vorgestellt wurde, keine entsprechenden Leistungsbereiche identifizieren. Für eine Vereinbarung auf Bundesebene fehlen belastbaren 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, gefährdet die Akzeptanz des DRG-Systems und ist abzulehnen.

Dem Kalkulationsprinzip widerspricht es auch wenn der Gesetzgeber die Vorgabe 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 abgestaffelten 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.

5. Nachweispflicht der Stellenbesetzung und Rückzahlungsverpflichtung von Psych-PV-Mitteln

Art. 5 Nr. 9: § 18 Abs. 2 BPfIV

Neuregelung:

Mit einer Erweiterung des Verweises auf die Bundespflegesatzverordnung in der alten Fassung wird die Nachweispflicht und Rückzahlungsverpflichtung der Budgetmittel für Psych-PV-Stellen von den nach § 6 Absatz 4 (alte Fassung) nachverhandelten Stellen auf alle regulär nach § 6 Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 verhandelten Psych-PV-Stellen ausgeweitet.

Bewertung:

Gemäß der Gesetzesbegründung soll die Erweiterung der Nachweis- und Rückzahlungsverpflichtung auf alle regulären Psych-PV-Stellen lediglich einer Klarstellung dienen.

In der Umsetzungspraxis stellt diese gesetzestechnisch unauffällige Änderung jedoch einen massiven Eingriff in die Budgetverhandlungen der psychiatrischen Einrichtungen dar. Es ist allgemein bekannt, dass die vereinbarten Budgets als Ergebnis eines über viele Jahre geführten Verhandlungsprozesses zwischen Krankenhaus und Krankenkassen zu verstehen sind, das von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. Die i.d.R. im Einvernehmen mit den Krankenkassen getroffene Vereinbarung eines „Gesamtbudgets“ muss zudem (u.a. durch eine Anpassung der durchschnittlichen Personalkosten) in die Form der LKA gebracht werden. Eine Ausfinanzierung der regulären Psych-PV-Stellen hat somit zu keinem Zeitpunkt stattgefunden.

Änderungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung.