

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0049(32)  
gel. VB zur öAnhörung am 24.09.  
14\_Pflegestärkungsgesetz  
23.09.2014



Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU  
und SPD zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur  
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch –  
Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflege-  
vorsorgefonds  
(BT-Drs. 18/1798)**

**Ausschussdrucksache 18(14)0052.2**

**Zu Artikel 2a (-neu-)**

22. September 2014

## **I. Allgemeiner Teil**

Hygiene und Infektionsschutz genießen in den Krankenhäusern höchsten Stellenwert. Der Erfolg der von den Krankenhäusern ergriffenen Maßnahmen spiegelt sich in der Abnahme der Anzahl im Krankenhaus erworbener Infektionen und den positiven internationalen Vergleichszahlen deutlich wider.

Ein Problem von großer Bedeutung ist allerdings die Zunahme der von außen in die Krankenhäuser eingebrachten Infektionen. Ein sektorenübergreifender Ansatz zur Bekämpfung resistenter Erreger unter Einbindung der Vertragsärzte ist daher aus Sicht der Krankenhäuser unerlässlich. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser die mit dem Änderungsantrag vorgesehene Implementierung eines Modellvorhabens zum Screening auf 4MRGN im ambulanten Bereich vor einem planbaren stationären Eingriff ausdrücklich.

## **II. Besonderer Teil**

### **Zu § 64c SGB V – neu**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung sieht die Durchführung eines Modellvorhabens zum Screening auf 4MRGN im Vorfeld eines geplanten Krankenhausaufenthaltes vor.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen diese Neuregelung und fordern seit Jahren, dass das Screening auf resistente Erreger bei elektiven Eingriffen bereits im Vorfeld ambulant durchgeführt werden soll. Die Krankenhäuser halten das Projekt auch deshalb für sinnvoll, weil in den letzten Jahren die Multiresistenzen bei gramnegativen Bakterien massiv zugenommen haben und sich diese deutlich verbreiten.

Aus dem Gesetzentwurf geht allerdings nicht hervor, ob es sich um ein Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V handeln soll – somit sind die Rahmenbedingungen derzeit unklar.

#### **Änderungsvorschlag**

Konkretisierung der Bezugnahme auf § 63 SGB V.

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU  
und SPD zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur  
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch –  
Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflege-  
vorsorgefonds  
(BT-Drs. 18/1798)**

**Ausschussdrucksache 18(14)0052.3**

**Zu Artikel 2b – neu (KHEntgG)**

22. September 2014

## I. Allgemeiner Teil

Der mit dem Beitragsschuldengesetz im Jahr 2013 als maßgebliche Komponente des finanziellen Hilfsprogrammes eingeführte Versorgungszuschlag ist für die Krankenhäuser ein wichtiges Instrument zur Refinanzierung ihrer Personal- und Sachkostensteigerungen. Damit werden die Lasten aus Mehrleistungen bei den jährlichen Vergütungsanpassungen (Landesbasisfallwerte) gemildert. Die Krankenhäuser begrüßen deshalb grundsätzlich, dass der Versorgungszuschlag fortgeführt werden soll.

Der vorliegende Änderungsantrag sieht jedoch eine drastische Absenkung des Versorgungszuschlages vor. Durch die Überführung in landesspezifische Versorgungszuschläge könnten in einigen Bundesländern nur geringe bis gar keine Zuschläge realisiert werden. In den Krankenhäusern lösen die geplanten Regelungen deshalb allergrößtes Unverständnis aus.

Ein Wegfall des derzeitigen, bundeseinheitlichen Versorgungszuschlages von 0,8 % bedeutet für die Krankenhäuser eine Absenkung der Vergütungen im Volumen von 500 Mio. Euro in 2015, die über den neuen landesspezifischen Zuschlag nur teilweise und in einigen Bundesländern so gut wie gar nicht ausgeglichen werden. Angesichts des Fortbestehens der massiven Belastungen der Krankenhäuser im Personalkostenbereich und bei den Sachkosten (EEG-Umlage, Haftpflichtversicherungsprämien etc.) würde eine solche Preisabsenkung die ohnehin schwierige Lage der Krankenhäuser noch weiter verschärfen.

Die Gründe, die zur Gewährung des Versorgungszuschlages geführt haben, bestehen unvermindert fort und werden durch die sich abzeichnende Obergrenze (Deckelung) für den Anstieg der Landesbasisfallwerte in 2015 (Grundlohnrate 2,53 %) noch verstärkt. Der maßgebliche Tarifabschluss für den Großteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern, der TVöD, sieht für das nächste Jahr Vergütungszuwächse von ca. 3 % vor. Tarifsteigerungen in ähnlicher Höhe sind auch für die Ärzte und Ärztinnen sowie für den Tarifbereich der Länder zu erwarten. Der Rationalisierungsdruck im Personalbereich der Krankenhäuser hält somit unverändert an.

Die Krankenhäuser befinden sich in einer über die Jahre kumulierten Unterfinanzierung, die sich in der „Tariflohn-Vergütungs-Schere“ niederschlägt und sich im Ergebnis so darstellt, dass die Löhne seit 2007 um 22,8 % gestiegen sind, die Vergütungspreise (Landesbasisfallwerte) einschließlich der gewährten Finanzhilfen aber nur um 14,4 % stiegen. Diese Entwicklung, die durch jede weitere Unterdeckung und damit weitere Öffnung der Schere verstärkt wird, ist eine maßgebliche Ursache für die hohe Defizitrate der Krankenhäuser.

Des Weiteren ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Krankenhäuser aus dem Zusammenwirken der seit 2011 als Kostendämpfungsinstrument eingeführten Mehrleistungsabschläge und der leistungsmengenbedingten Degressionseffekte auf die

Landesbasisfallwerte im Zeitraum von 2011 bis 2014 Erlösminderungen von ca. 2 Mrd. Euro hinzunehmen hatten. Diese Last wurde durch die für 2013 und 2014 gewährten Versorgungszuschläge lediglich um ca. 800 Mio. Euro gemindert. Bis zu der geplanten Abschaffung der Degressionseffekte ab 2016 bzw. 2017 finden weitere Kürzungen statt. Hier wird deutlich, dass die Krankenhäuser weit höhere Lasten tragen als dies über die abgerechneten Mehrleistungsabschläge zum Ausdruck kommt. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenhäuser die berechnete Erwartung und dringliche Bitte, dass der Versorgungszuschlag in der vollen Höhe des Jahres 2014 (0,8 % / 500 Mio. Euro) auch in 2015 und in allen Bundesländern fortgeführt wird. Im Hinblick auf die dargestellten hohen basiswirksamen Lasten muss dieser Betrag dauerhaft in die Landesbasisfallwerte überführt werden.

Zudem weisen wir darauf hin, dass die so gewährten Versorgungszuschläge vollständig von denjenigen Krankenhäusern aufgebracht werden müssten, die Mehrleistungen für die Patienten und Patientinnen erbringen.

## II. Besonderer Teil

An dieser Stelle erfolgen noch einige technische Anmerkungen zum Änderungsantrag. Voranzustellen ist, dass die vorgesehene Kopplung der Höhe des Versorgungszuschlags an die Höhe der vereinbarten Mehrleistungsabschläge ungeeignet ist, um die angespannte finanzielle Situation der Krankenhäuser zu verbessern.

Im Änderungsantrag ist vorgesehen, die Höhe des Versorgungszuschlags auf Grundlage der voraussichtlich vereinbarten Mehrleistungen im jeweiligen Bundesland unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Ausnahmen zu vereinbaren. Die in der Vergangenheit vereinbarten Mehrleistungen sind als Prognosegrundlage ungeeignet, da sich diese nicht einfach fortschreiben lassen. Auch in der Vergangenheit gab es in den Ländern erhebliche jährliche Schwankungen bei den vereinbarten Mehrleistungen. Kritisch ist in diesem Zusammenhang auch die vorgesehene Frist bis zum 30. November jeden Jahres zu sehen, die nur schwer einzuhalten sein dürfte.

Infolge der Prognoseunsicherheit sind erhebliche Fehlschätzungen bei den Mehrleistungsabschlägen vorprogrammiert. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Praxis die Budgetverhandlungen aus unterschiedlichen Gründen in der Regel nicht prospektiv abgeschlossen werden. Selbst retrospektive Budgetabschlüsse sind keine Seltenheit. Zum derzeitigen Zeitpunkt sind in vielen Ländern selbst die Budgetverhandlungen für das Jahr 2013 bei Weitem nicht beendet. Damit ist bereits jetzt absehbar, dass Fehlschätzungen beim Versorgungszuschlag 2015 erst im Rahmen der Verhandlung des Versorgungszuschlags bzw. Landesbasisfallwerts 2018 (je nach gesetzlicher Anschlussregelung) oder sogar noch später vollständig ausgeglichen werden können.

Darüber hinaus können die vereinbarten Mehrleistungen von den tatsächlich erbrachten Mehrleistungen abweichen. Ein Ausgleich von Fehlschätzungen beim Mehrleistungsabschlag ist gesetzlich nicht vorgesehen, so dass die tatsächliche Belastung des Krankenhauses, z. B. durch zusätzliche Mehrerlösausgleiche deutlich höher ausfallen kann. Insofern ist eine Kopplung des Versorgungszuschlags an die Höhe der vereinbarten Mehrleistungsabschläge auch aus technischer Sicht nicht sachgerecht und würde die Verhandlung erheblich verkomplizieren. Die dargestellten Fehlschätzungsprobleme bei den Mehrleistungsabschlägen würden die ohnehin reduzierten Versorgungszuschläge noch unsicherer machen.

Mit Blick auf die beabsichtigte aufkommensneutrale Ausgestaltung ist der Gesetzestext nicht hinreichend eindeutig formuliert. Es muss unmissverständlich schon aus dem Gesetzestext hervorgehen, dass zur Ermittlung der Höhe des Versorgungszuschlags die kumulierten vereinbarten Mehrleistungsabschläge aus zwei Vereinbarungsjahren in Ansatz gebracht werden. Die im Änderungsantrag vorgesehene Formulierung könnte die Krankenkassen zu der Argumentation verleiten, lediglich auf die vereinbarten Mehrleistungen im Folgejahr abzustellen.