



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS



MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(33)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
02.09.2015

GEMEINSAME STELLUNGNAHME*

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenversorgung

(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)

02. September 2015

** Diese Stellungnahme gibt auch die Position des Medizinischen Fakultätentags (MFT) wieder. MFT und VUD bilden gemeinsam den Dachverband Deutsche Hochschulmedizin e.V.*

Forschen. Lehren. Heilen.

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Kontakt

Verband der Universitätsklinika

Deutschlands e.V. (VUD)

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Deutsche Hochschulmedizin plädiert für folgende Änderungen am Gesetzesentwurf:

- Versorgungszuschlag: Dauerhafte Überführung in den Landesbasisfallwert
- Extremkostenfälle: Aufnahme eines Zuschlags als Belastungsausgleich für Kostenausreißer, die bislang noch nicht sachgerecht im DRG-System abgebildet werden können
- Fixkostendegressionsabschlag: Erhebliche Entschärfung der Regelung durch
 - Verkürzung der Laufzeit auf zwei Jahre
 - Konkretisierung des Ausnahmenkatalogs insbesondere hinsichtlich Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, Notfällen und besonders förderungswürdigen Leistungen (z.B. von Zentren)
 - Keine Abschläge auf Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und erleichterte Nachweispflichten ohne Berücksichtigung des Einzugsgebietes
 - Wegfall bzw. anteilige Reduzierung, wenn die Mehrleistungen während der Laufzeit der Abschläge rückläufig sind
 - Möglichkeit, auf Ortsebene auch kürzere Laufzeiten und niedrigere Abschlagssätze zu vereinbaren
- Konsequente Abschaffung der doppelten Degression durch Streichung des bisherigen Mehrleistungsabschlags zum Ende des Jahres 2015
- Besondere Aufgaben von Zentren: Verbesserung der Umsetzbarkeit einer zusätzlichen Finanzierung durch
 - Ergänzung des Katalogs besonderer Aufgaben insbesondere um die Koordination regionaler Versorgungsnetzwerke
 - Beweislastumkehr bei der Finanzierung besonderer Aufgaben, d. h. nicht das Krankenhaus, sondern die Kostenträger müssen darlegen, ob eine Leistung oder Vorhaltung mit den vorhandenen Entgelten bereits finanziert ist
- Strukturfonds: Klarstellung im Gesetz, dass im Rahmen des Fondszwecks auch Universitätsklinika aus Fondsmitteln gefördert werden können

- Pflegestellen-Förderprogramm: Ausgestaltung als pauschalierter Anreizmechanismus zur Vorhaltung einer angemessenen Ausstattung mit Pflegepersonal, nicht als Einzelstellenförderung
- Ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus: Schaffung der Möglichkeit, die Grundlagen für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus künftig direkt zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband zu regeln
- Orientierungswert und Landesbasisfallwertentwicklung:
 - Bis 2018 unter wissenschaftlicher Begleitung Weiterentwicklung des Orientierungswerts zu einer echten krankenhausspezifischen Inflationsrate
 - Entscheidung über die Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen erst 2018 in Verbindung mit der Entscheidung über den Orientierungswert
 - Konsequente Abschaffung der Mengendegression durch Streichung des Absenkungstatbestands „Ausgabenentwicklung außerhalb des Fallpauschalenbereichs“
 - Ersatzlose Streichung der beiden neuen Absenkungstatbestände „Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen“ und „Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich“
- Anpassung der Bewertungsrelationen bei Kostenveränderungen im Sachmittelbereich: Nicht nur Analyse und zeitnahe Berücksichtigung von Sachkostenabsenkungen, sondern auch von Sachkostensteigerungen bei der Kalkulation der DRG-Fallpauschalen, um eine systematische Untervergütung in Folge von Preissteigerungen im Sachmittelbereich zu vermeiden.

1. ALLGEMEINER TEIL

Neue Budgetkürzungen statt Hilfe für Universitätsklinika

Der Gesetzgeber strebt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf an, struktur- und finanzierungspolitische Themen stärker zu verknüpfen. Beispiele hierfür sind die Zuschläge für besondere Aufgaben und Notfallvorhaltung sowie der Strukturfonds. Erst in einigen Jahren wird sich beurteilen lassen, ob die vorgesehenen Instrumente wirklich greifen. Vor allem die Umsetzung der Notfallzuschläge wird voraussichtlich lange dauern. Dennoch unterstützt die Deutsche Hochschulmedizin grundsätzlich diesen Weg.

Vollkommen inakzeptabel sind dagegen die unmittelbaren finanziellen Folgen dieses Gesetzentwurfs für die Hochschulmedizin. Das im Koalitionsvertrag postulierte Ziel, die besonderen Aufgaben der Universitätskliniken und der Krankenhäuser der Maximalversorgung besser im DRG-System zu vergüten, rückt in weite Ferne.

Die Unterfinanzierung der Universitätsklinika wird durch das Gesetz nicht behoben, sondern auf absehbare Zeit sogar verstärkt. Für 2017 zeichnen sich drastische Erlösverluste ab. Sie liegen je nach Annahmen zwischen 150 Mio. und 250 Mio. Euro. Statt der erhofften besseren Finanzierung für stationäre Leistungen der Universitätsklinika drohen somit ab 2017 finanzielle Einbußen aufgrund der folgenden Regelungen:

- Wegfall des Versorgungszuschlags: -75 Mio. Euro
- Verschärfung der Abschläge auf Mehrleistungen (Fixkostendegressionsabschlag): zwischen -50 und -100 Mio. Euro
- schnellere Berücksichtigung von sinkenden Sachkostenpreisen bei den Leistungsentgelten: zwischen -25 und -75 Mio. Euro

In Summe wird dies die Universitätsklinika deutlich härter treffen als die meisten anderen Krankenhäuser. Der Grund: Universitätsklinika haben ein überdurchschnittliches Leistungswachstum, insbesondere bei Notfällen, besonders schweren und komplexen Fällen sowie innovativen Leistungen. Außerdem liegt bei Universitätsklinika aufgrund des hohen Anteiles an sehr schweren und komplexen Fällen der Sachkostenanteil deutlich höher als im Durchschnittskrankenhaus.

Der Gesetzentwurf enthält im Gegenzug keine Regelungen, die diese Kürzungen auch nur annähernd zeitnah kompensieren:

- Die Umsetzung der Notfallzuschläge liegt in den Händen des G-BA. Es ist zweifelhaft, dass die im Gesetz vorgesehene Umsetzungsfrist gehalten wird. Viel wahrscheinlicher ist, dass solche Zuschläge noch lange auf sich warten lassen.
- Große Hürden für die praktische Umsetzung bestehen auch bei den Zuschlägen für besondere Aufgaben und für besondere Qualität.
- Der besseren Finanzierung von Vorgaben aus G-BA-Richtlinien stehen entsprechende Mehrkosten infolge der Umsetzung dieser Richtlinien gegenüber.
- Ein im Vergleich zum Status Quo höherer Anstieg des Landesbasisfallwertes ist nicht zu erwarten, da die wegfallende Mengendegression durch neue Absenkungstatbestände (Produktivität, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und das Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich) neutralisiert wird. Und selbst wenn es zu einem höheren Anstieg der Landesbasisfallwerte käme: Die Universitätsklinika würden davon im Verhältnis zu den ab 2017 eintretenden Erlösminderungen nur unterproportional profitieren.
- Das Pflegeförderprogramm bringt keine Entlastung, denn diesen zusätzlichen Erlösen stehen noch höhere zusätzliche Kosten gegenüber, da das Programm keine 100%-Refinanzierung vorsieht.

Ohne einschneidende und weitgehende Verbesserungen wird dieses Gesetz also ein Kürzungsgesetz für die Krankenhäuser mit überproportionalen Belastungen für die Universitätsklinika werden.

Mehr Komplexität, Bürokratie und viele praktische Umsetzungsprobleme

Bereits heute ist abzusehen, dass in der Krankenhausfinanzierung die Zahl der Finanzierungsinstrumente und deren jeweilige Komplexität enorm zunehmen werden. Insbesondere die Neuregelung der Mehrleistungsabschläge und die neuen Abschlagstatbestände im Landesbasisfallwert werden alle Beteiligten in der praktischen Umsetzung vor enorme Herausforderungen stellen. Neue Konflikte, Rechtsstreitigkeiten und unerwünschte Anreiz- und Steuerungswirkungen sind wahrscheinlich, ebenso ein weiterer massiver Bürokratie-schub.

Ordnungspolitische Neuausrichtung im Grundsatz positiv, aber Zweifel an zeitnaher Umsetzbarkeit

Im Grundsatz positiv zu bewerten ist, dass mit dieser Reform in der Krankenhauspolitik wichtige ordnungspolitische Weichen neu gestellt werden sollen. Hervorzuheben sind insbesondere folgende Punkte:

- Die Möglichkeit, Qualitätsparameter verstärkt als Instrument der Krankenhausplanung und -finanzierung zu nutzen: hier kommen insbesondere Struktur- und Prozessqualitätskriterien eine wichtige Rolle zu. Ein wesentlicher Fortschritt ist, dass Krankenhäuser mit dauerhaften Qualitätsdefiziten künftig aus dem Krankenhausplan genommen werden können. Abzuwarten bleibt allerdings, inwieweit neben Struktur- und Prozessqualitätskriterien auch Ergebnisqualität tatsächlich rechtssicher zur Grundlage von Zulassungs- und Finanzierungsentscheidungen gemacht werden kann. Hier sind erhebliche Zweifel angebracht, dass dies einigermaßen zeitnah praktisch umsetzbar ist. Internationale Erfahrungen deuten darauf hin, dass eine Vergütung auf Basis von Ergebnisqualität extrem fehleranfällig ist und zudem Risikoselektion auf Seiten der Leistungserbringer befördert. Bei der Umsetzung solcher Modelle ist deshalb allergrößte Vorsicht und Sorgfalt geboten.
- Die Finanzierung von Vorhaltung ergänzend zur reinen Leistungsfinanzierung: Die heutige rein leistungsorientierte Vergütung greift zu kurz. Sie muss überall dort um vorhaltungsbezogene Vergütungselemente ergänzt werden, wo die Auslastung von Versorgungskapazitäten nicht optimal gesteuert werden kann (z.B. Notfälle, Transplantationen, Seltene Erkrankungen). Hier sind im Gesetzentwurf zumindest Ansätze erkennbar.
- Die gezielte Förderung erwünschter Versorgungsstrukturen (z. B. Zuschläge für Notfallversorgung, Struktur- und Prozessvorgaben des G-BA, besondere Aufgaben von Zentren u. a. für Seltene Erkrankungen): Eine engere Kopplung der Vergütung an die gewünschten Versorgungsstrukturen ist grundsätzlich sinnvoll. Zum jetzigen Zeitpunkt ist jedoch überhaupt nicht absehbar, inwieweit dies in der praktischen Umsetzung wirklich greifen wird. Insbesondere die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren müssen verbindlicher ausgestaltet werden, wenn sich hier in relevanter finanzieller Größenordnung etwas verbessern soll.

Extremkostenzuschlag muss im Gesetz verankert werden

Völlig unverständlich ist, dass das Problem unzureichend finanzierter Extremkostenfälle im Gesetzentwurf völlig ausgeblendet wird, obwohl der Extremkostenbericht des InEK hier unbestreitbaren Handlungsbedarf aufzeigt. Nach internen Analysen des VUD auf Basis der Ergebnisse des Extremkostenberichtes ergibt sich allein für das Jahr 2013 für alle Universitätsklinika eine Unterdeckung von wenigstens 105 Mio. Euro. Hierfür bedarf es dringend einer Finanzierungsregelung.

Eine reine Selbstverwaltungslösung im DRG-System zeichnet sich nicht einmal im Ansatz ab. Alle diesbezüglichen Bemühungen in der Selbstverwaltung blieben bisher ergebnislos. Konkret heißt das für 2016 und die Folgejahre, dass hier eine jährliche Finanzierungslücke im dreistelligen Millionenbereich für Universitätsklinika bestehen bleibt, wenn der Gesetzgeber nicht handelt. Deshalb muss per Gesetz ein Extremkostenzuschlag als Belastungsausgleich eingeführt werden, der auf der Ortsebene zwischen Kostenträgern und Krankenhaus zu vereinbaren ist. Dieser würde für alle Krankenhäuser gelten, die von entsprechenden Finanzierungslücken betroffen sind. Die Höhe des Zuschlags und der Kreis der Zuschlagsberechtigten sind auf Grundlage des Extremkostenberichts zu bestimmen.

Fixkostendegressionsabschlag führt bei Uniklinika zu hohen Erlösausfällen und großen Problemen bei Zentrenbildung und Notfallmedizin

Hochproblematisch ist auch die Ausgestaltung des sog. „Fixkostendegressionsabschlags“. Mit der massiv verschärften Sanktionierung von Mehrleistungen entfernt sich der Gesetzgeber immer weiter vom Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“. Außerdem können diese Abschläge dazu führen, dass einzelne Universitätsklinika nicht vermeidbare Defizite hinnehmen müssen, wenn ihre Fallzahlen in nicht steuerbaren Leistungsbereichen wie der Notfallversorgung steigen, etwa weil sich andere Krankenhäuser hier zurückziehen.

Die Deutsche Hochschulmedizin spricht sich deshalb dafür aus, nicht nur die technische Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags zu hinterfragen. Es sollte darüber hinaus nach ordnungspolitisch weniger bedenklichen Alternativen gesucht werden, um die politisch offensichtlich für erforderlich gehaltene Begrenzung der durch Mengenentwicklungen bedingten Mehrausgaben umzusetzen.

Ungeachtet dieser Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung werden im Folgenden konkrete Verbesserungsvorschläge für den Fixkostendegressionsabschlag unterbreitet. Er ist in seiner jetzigen Ausgestaltung praktisch kaum umsetzbar. Zudem drohen dadurch für die Universitätsklinika aufgrund ihrer Fallzahlsteigerungen im Vergleich zu anderen Krankenhausgruppen überproportional hohe Erlösminderungen. Hier gibt es an mehreren Stellen dringenden Änderungsbedarf:

1. Die gesetzliche Festlegung auf eine 5-jährige Mindestlaufzeit wirft in der praktischen Umsetzung (Budgetverhandlung, Abrechnung, Ausgleich bei Leistungsschwankungen etc.) enorme Probleme auf. Diese sind in der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausführlich beschrieben. Eine deutliche Verkürzung der gesetzlich vorgegebenen Laufzeit auf zwei Jahre ist notwendig, um die Regelung praktikabel zu machen.

2. Der Ausnahmekatalog muss mindestens folgende Punkte beinhalten:
 - a. Die bereits heute in den § 4 Abs. 2a Satz 3 und Abs. 3 Satz 4 und 5 KHEntgG definierten Leistungsbereiche. Hierdurch werden bestehende Ausnahmeregelungen fortgeführt. Wichtige Punkte sind hier u. a. die Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, Transplantationen, Langzeitbeatmungen und Polytraumata.
 - b. Darüber hinaus müssen jene DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden, die mehrheitlich mit Notfallaufnahmen einhergehen, um der besonderen Situation der stationären Notfallversorgung Rechnung zu tragen.
 - c. Besonders förderungswürdige Leistungen, z.B. Leistungen von Zentren (Seltene Erkrankungen etc.) und Leistungen, die Gegenstand einer Richtlinie des G-BA (Kinderonkologie etc.) sind.

Ansonsten würden die Abschläge die Universitätsklinika besonders hart treffen. Sie gehören seit Einführung des Fallpauschalensystems u. a. infolge der qualitätsorientierten und politisch intendierten Konzentration von spezialisierten Leistungen und Notfällen zu den Kliniken mit dem stärksten Fallwachstum. Die Mengenstudie der Selbstverwaltung hat klar gezeigt, dass dieses Wachstum sich u. a. überproportional bei nicht steuerbaren Notfällen abspielt.¹ Dazu kommt die starke Rolle der Uniklinika bei innovativen Leistungen. Zukünftig ist zudem zu erwarten, dass die politisch geförderte qualitätsorientierte Zentrenbildung etwa durch Richtlinien des G-BA bei den Universitätsklinika zu Mehrleistungen führen wird. Auch der zunehmende Fachkräftemangel wird zu einer Abnahme des peripheren Angebots und damit zu einer Zunahme der Fälle an Großkrankenhäusern und Universitätsklinika führen. Deshalb müssen bereits im Gesetz insbesondere Notfälle sowie Leistungsverlagerungen infolge besonderer Vorhaltungen bzw. Zentrenbildung abschlagsfrei gestellt werden. Ansonsten würde die politisch gewollte Konzentration von Notfallmedizin und komplexer medizinischer Versorgung in Zentren massiv behindert.

3. Leistungsverlagerungen sind grundsätzlich vom Fixkostendegressionsabschlag auszunehmen. Es gibt keinen sachlichen Grund, warum die Behandlung von Patienten in Folge des Abschlags anteilig vergütet wird, nur weil sie in Krankenhaus B und nicht wie bisher in Krankenhaus

¹ Schreyögg et. al. (2014): „Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG“;

http://www.g-drg.de/cms/content/download/4861/38231/version/2/file/Endbericht+zum+Forschungsauftrag+gem.+%C2%A7+17b+Abs.+9+KHG+%28Druck%29.pdf?pk_campaign=Forschungsauftrag&pk_kwd=Endbericht+Druck (abgerufen am 28.08.2015)

A erfolgt. Gleichzeitig ist gesetzgeberisch klarzustellen, dass der Nachweis von Leistungsverlagerungen nicht durch das Krankenhaus, sondern durch die Kostenträger zu erfolgen hat. Das Krankenhaus selbst hat keinen Zugriff auf Leistungskennzahlen aus anderen Einrichtungen (wie z. B. den Daten nach § 21 KHEntgG), die Kostenträger sehr wohl. Ohne diese Klarstellung würde die Regelung ansonsten ins Leere laufen. Darüber hinaus ist die Berücksichtigung des Einzugsgebiets in der Umsetzung bei Universitätsklinika nicht umsetzbar. Es ist offenkundig, dass das Einzugsgebiet einer Universitätsklinik bei bestimmten Seltenen Erkrankungen deutschlandweit sein kann, während es sich bei Leistungen aus dem Bereich der Grund- und Regelversorgung auf das lokale Umfeld bezieht. Eine Differenzierung über alle in Frage kommenden Indikationen ist nicht praktikabel und überfrachtet die Entgeltverhandlungen.

4. Es fehlt eine gesetzliche Vorgabe, wie zu verfahren ist, wenn zunächst vereinbarte Mehrleistungen in den Folgejahren nicht mehr eintreten. Der Abschlagsgrund wäre dann entfallen, die Abschläge wären aber vom Krankenhaus weiter zu zahlen. Ursachen hierfür könnten beispielsweise zwischenzeitig Versorgungsangebote anderer Kliniken sein. Es muss sichergestellt werden, dass ein Abschlag nur solange Anwendung findet, wie die damit einhergehenden Mehrleistungen auch tatsächlich vom Krankenhaus erbracht werden. Ist das ursprünglich geplante Mehrleistungsvolumen rückläufig, ist der Fixkostendegressionsabschlag entsprechend zu mindern.
5. Laut Gesetzentwurf sollen die Kostenträger einseitig das Recht bekommen, vor Ort vom einzelnen Krankenhaus höhere und länger wirkende Abschläge zu fordern. Die Krankenhäuser müssen dagegen den auf Landesebene vereinbarten Abschlag und die Laufzeit akzeptieren, selbst wenn sie – wie zum Beispiel die Universitätsklinika – eindeutig eine unterdurchschnittliche Fixkostendegression haben. Diese Ungleichbehandlung ist nicht hinnehmbar. Es muss möglich sein, auf Ortschaftsebene sowohl kürzere Laufzeiten als auch niedrigere Abschlagssätze zu vereinbaren. Andernfalls wäre der auf Landesebene vereinbarte Fixkostendegressionsabschlag lediglich ein Mindestabschlag, der nur einseitig zugunsten der Kostenträger verschärft werden kann. Darüber hinaus wird der auf Landesebene festgelegte Fixkostendegressionswert der tatsächlichen Fixkostendegression des einzelnen Krankenhauses mit seinem spezifischen Leistungsportfolio nicht immer gerecht werden. Diese kann sowohl höher als auch niedriger ausfallen.

Bisheriger Mehrleistungsabschlag muss zum Ende des Jahres 2015 auslaufen

Sofern der bisherige Mehrleistungsabschlag nicht Ende des Jahres 2015 ausläuft, ist die politisch gewollte Abschaffung der doppelten Degression nicht gegeben. Es muss gewährleistet werden, dass eine doppelte Anrechnung von Mehrleistungen beim Landesbasisfallwert und bei der Fallpauschalenabrechnung vor Ort vermieden wird. Die bisher im Landesbasisfallwert eingerechneten Minderungen auf Grund von Mehrleistungen wirken über das Jahr 2015 hinaus. Es gibt daher keinen Grund, die bis einschließlich 2015 geltenden Mehrleistungsabschläge bei der Leistungsabrechnung vor Ort beizubehalten. Andernfalls würde für die Jahre 2016 bis 2018 die doppelte Degression fortgeführt.

Nicht nur Kostenabsenkungen, sondern auch -steigerungen im Sachmittelbereich analysieren

Der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner, „mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen“, ist insofern inkonsequent, als dass der Auftrag nur einseitig auf die Analyse von Kostenabsenkungen ausgelegt ist. Der Auftrag muss auch die Berücksichtigung möglicher Kostensteigerungen für Sachmittel umfassen, um eine systematische Untervergütung von Krankenhausleistungen zu vermeiden. Denn immer wieder sind auch Preisanstiege bei Medikalprodukten und Arzneimitteln festzustellen, insbesondere innovativen Verfahren und in Folge einer Konzentration bei den Herstellern (bis hin zum Angebotsmonopol).

Gestufte Zuschläge für Teilnahme an Notfallversorgung positiv, werden aber durch Fixkostendegressionsabschlag konterkariert

Die geplante bessere Abbildung der Teilnahme an der Notfallversorgung durch ein Stufensystem ist positiv zu bewerten. Der geplante neue § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG ist sachgerecht und wird von der Deutschen Hochschulmedizin ausdrücklich unterstützt.

Allerdings werden die Bemühungen um eine bessere Finanzierung der stationären Notfallvorhaltung dadurch relativiert, dass die Mehrleistungsabschläge auch für diesen Bereich erheblich verschärft werden (siehe oben). Der geplante Fixkostendegressionsabschlag führt gerade in jenen Einrichtungen zu zahlreichen Problemen, die sich stark in der Notfallmedizin engagieren und dadurch ein Leistungswachstum verzeichnen. Der Gesetzentwurf ist deshalb mit Blick auf die bessere Finanzierung der Notfallvorhaltung in hohem Maße in sich widersprüchlich.

Keine Lösung für Finanzierungslücke bei ambulanten Notfällen

Außerdem fehlen Regelungen für eine ausreichende Vergütung der stetig steigenden Fallzahlen in der ambulanten Notfallversorgung. Hier ist allein in den Universitätsklinikum von einer Finanzierungslücke in dreistelliger Millionenhöhe auszugehen. Die Halbierung des Investitionskostenabschlags bei ambulanten (Notfall-)Leistungen auf künftig fünf Prozent kann diese Lücke nicht annähernd schließen. Eine umfassende Krankenhausreform sollte die Vergütung der ambulanten Notfälle nicht ausblenden. Notwendig ist die gesetzliche Grundlage dafür, dass in Zukunft die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Selbstverwaltung direkt mit den Krankenkassen sachgerechte Vereinbarungen treffen kann.

Keine Lösung für Kosten-Erlös-Schere und Investitionsstau

Äußerst kritisch zu bewerten ist, dass zwei grundsätzliche Mängel in der Krankenhausfinanzierung im Wesentlichen unverändert fortbestehen:

1. Unzureichende Investitionsfinanzierung: Alleine den Universitätsklinikum fehlen pro Jahr in der Krankenversorgung rund eine halbe Mrd. Euro Investitionsmittel. Die Länder werden diese Mittel auch in Zukunft nicht annähernd aufbringen können. Notwendig wäre der Einstieg der Kostenträger in die Investitionsfinanzierung mit einer klar definierten Investitionsquote. Der Gesetzentwurf bietet hierzu keine Lösungsperspektive.

Der Strukturfonds adressiert das Problem nicht. Zudem ist im Gesetzentwurf nicht klar, ob auch Universitätsklinikum aus Fondsmitteln gefördert werden können, sofern es um die grundsätzlich förderfähige „Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten“ sowie die Förderung „palliativer Versorgungsstrukturen“ geht. Hier ist eine Klarstellung nötig, dass auch Universitätsklinikum aus Fondsmitteln gefördert werden können.

2. Preisverfall im Landesbasisfallwert: Laut der OECD hat Deutschland mittlerweile im internationalen Vergleich sehr niedrige Preise und damit Fallkosten für Krankenhausleistungen.² Die Leistungserbringung ist hocheffizient. Eine weitere Absenkung des Vergütungsniveaus können die Universitätsklinikum nicht verkraften. Unverständlich ist deshalb, dass dieses Problem nicht mit Nachdruck angegangen wird. Im Gegenteil drohen weitere Absenkungen der Vergütungen:

- Durch die Streichung des Versorgungszuschlags sinken die Preise Anfang 2017 um 0,8 Prozent. Das verschlechtert unmittelbar die wirtschaftliche Lage der Universitätsklinikum und konterkariert das

² Koechlin, Lorenzoni, Schreyer (2010): „Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of Pilot Study“, OECD Health Working Papers No. 53

Ziel des Pflegestellen-Förderprogramms, die Personalausstattung im Klinikbetrieb zu verbessern.

- Die absenkende Berücksichtigung der Leistungsentwicklung im Fallpauschalenbereich soll beim Landesbasisfallwert entfallen. Das ist positiv, macht aber nur die Hälfte des Problems aus. Die andere Hälfte, nämlich die Absenkung des Basisfallwerts infolge der Ausgabenentwicklung außerhalb des Fallpauschalenbereichs, bleibt bestehen. Außerdem werden künftig die Entwicklung der Produktivität, Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen und das Verlagerungspotenzial von stationären Leistungen in den ambulanten Bereichen als Wirtschaftlichkeitsreserven deklariert. Es ist aktuell völlig unklar, wie sich diese Tatbestände in Summe auf die Entwicklung der Landesbasisfallwerte auswirken. Dies gilt insbesondere in Verbindung mit der Tatsache, dass die Bundesbasisfallwertkonvergenz ab dem Jahr 2021 so angepasst wird, dass die Basisfallwerte künftig langsamer steigen werden als nach der bisherigen Methode.
- Die Kosten-Erlös-Schere bleibt unverändert bestehen, da weiterhin keine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen erfolgen wird. Abzuwarten bleibt, ob sich hier die Lage ab 2018 verbessert. Dies wird maßgeblich davon abhängen, ob es gelingt, den Orientierungswert zu einem wirklich aussagekräftigen Preis-Index für Preissteigerungen bei Personal und Sachmitteln zu entwickeln. Dazu müssen die angewendeten statistischen Verfahren und deren Datengrundlagen wissenschaftlich evaluiert werden. Sonst wird der Orientierungswert weiterhin wenig Bezug zur betriebswirtschaftlichen Realität der Kliniken haben. Positiv ist, dass dieser Weiterentwicklungsbedarf im Gesetz ausdrücklich bekräftigt wird.

Mindestmengenregelung und verbesserte Finanzierung von Einzeltatbeständen (z. B. Mehrkosten von G-BA-Richtlinien) sind positiv

Die folgenden Detailregelungen sind im Grundsatz positiv:

- Die konsequentere Ausgestaltung der Mindestmengenregelung
- Die Refinanzierung von Mehrkosten infolge von G-BA-Richtlinien
- Die verbesserte Finanzierung (Wahloption) für Palliativstationen oder -einheiten
- Die bessere Finanzierung von Sektionen

Sie kompensieren allerdings nicht einmal im Ansatz die an anderer Stelle verankerten finanziellen Nachteile des Gesetzentwurfs.

Verbesserungsbedarf bei Pflegestellen-Förderprogramm

Grundsätzlich zu unterstützen ist zudem, dass mehr Geld für die Schaffung von Pflegestellen zur Verfügung gestellt werden soll. Bei der Ausgestaltung des Pflegestellen-Förderprogramms besteht jedoch erheblicher Anpassungsbedarf, damit diese Regelung nachhaltig funktioniert.

Die derzeit geplante Neuauflage des Förderprogramms setzt erneut an der Finanzierung einzelner Stellen an. Damit wird der grundlegende Konstruktionsfehler des mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) von 2009-2011 initiierten letzten Förderprogramms wiederholt. Da eine dauerhafte Einzelstellenfinanzierung parallel zum pauschalierten Entgeltsystem nicht sinnvoll ist, werden diese Mittel am Ende ins pauschalierte Entgeltsystem überführt werden müssen. Dabei wird es dann zahlreiche Krankenhäuser geben, die Fördermittel verlieren und deshalb Stellen wieder abbauen müssen. Wie beim letzten Pflegeförderprogramm wird es deshalb auch diesmal wieder zu erheblichen Verwerfungen kommen. Deshalb sollte von vornherein ein pauschaler Förder- bzw. Anreizmechanismus etabliert und auf die Finanzierung einzelner Stellen gänzlich verzichtet werden.

Widerspruch zwischen Pflegestellen-Förderprogramm und Wegfall des Versorgungszuschlags

Im Übrigen ist der Gesetzentwurf hinsichtlich der Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal in hohem Maße in sich widersprüchlich. Einerseits wird ein Pflegestellen-Förderprogramm aufgelegt. Gleichzeitig werden aber die Budgets durch den Wegfall des Versorgungszuschlags um 0,8 Prozent gekürzt. Das Kürzungsvolumen beträgt 500 Mio. Euro und ist somit deutlich größer als das Volumen des Förderprogramms. Unter dem Strich verlieren die Krankenhäuser also Geld. Die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal wird sich unter diesen Bedingungen nicht nachhaltig verbessern.

2. ZU DEN EINZELREGELUNGEN DES GESETZENTWURFES

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 7 Buchstabe a (Zeitnahe Analyse der Sachkostentwicklungen)

Der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner zur zeitnahen Analyse der Sachkostenentwicklungen muss konsequenterweise auch mögliche Kostensteigerungen umfassen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der bestehende Kalkulationsrhythmus mit seiner zweijährigen Verzögerung immer nur zu Übervergütungen in Folge von Kostensenkungen im Sachmittelbereich führt. Es ist in gleicher Weise zu analysieren, inwieweit zwischenzeitige Preissteigerungen im Arzneimittel- und Medikalproduktebereich zu einer systematischen Untervergütung von Krankenhausleistungen führen.

Formulierungsvorschlag zu § 17b Abs. 1 Satz 6:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Unter- oder Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Unter- oder Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts bis spätestens zum 30. Juni 2016 sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Analyse und die geeigneten Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2017 durchzuführen.“

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Vorgaben an die Selbstverwaltungspartner zur Analyse der Sachkostenentwicklungen fokussierte lediglich zwischenzeitige Kostensenkungen im Sachmittelbereich. Eine analoge Regelung für Kostensteigerungen fehlte bislang. Diese ist allerdings erforderlich, um auch Kostensteigerungen im Sachmittelbereich zeitnah im DRG-System berücksichtigen und hierüber systematische Unterdeckungen vermeiden zu können.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 4 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (Verkürzung der Geltung von Mehrleistungsabschlägen)

Formulierungsvorschlag:

aa) In Satz 8 wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

"der für das Jahr 2014 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist nur noch zweijährig und der für das Jahr 2015 zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag nur noch einjährig zu vereinbaren."

Begründung:

Dieser Formulierungsvorschlag entspricht der Forderung des Bundesrates nach einer konsequenten Abschaffung der doppelten Degression.

Bis einschließlich 2015 wirken Mehrleistungen in vollem Umfang dauerhaft absenkend auf den Landesbasisfallwert. 2016 wird zwar das Verhältnis zwischen Vor-Ort-Abschlägen auf zusätzliche Leistungen und der Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert neu geregelt. Ziel ist dabei unter anderem, eine doppelte Anrechnung von Mehrleistungen sowohl auf Landes- als auch auf Ortsebene künftig zu vermeiden. Die bereits erfolgten mehrleistungsbedingten Preissenkungen im Landesbasisfallwert bleiben aber über 2015 hinaus bestehen. Es gibt daher keinen Grund, an den bis einschließlich 2015 vereinbarten Mehrleistungsabschlägen nach § 4 Absatz 2a KHEntgG über 2015 festzuhalten. Ansonsten würde die bis 2015 bestehende doppelte Degression auch in den Jahren 2016-2018 fortgeschrieben.

Folgeänderung:

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d ist Absatz 2b Satz 7 zu streichen.

Zu Nummer 3, Nummer 5 Buchstabe c und Nr. 9 (Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren):

Auffällig ist bei dieser Neuregelung, dass der Begriff „Zentrum“ in den einschlägigen Paragraphen im Wesentlichen durch „Besondere Aufgaben“ ersetzt

wird. Der Krankenhausplan soll entsprechend auch nicht mehr „Zentren“ (institutioneller Bezug), sondern „Besondere Aufgaben“ (inhaltlicher Bezug) ausweisen. Somit wird die Definition der besonderen Aufgaben nicht mehr wie bisher den Verhandlungspartnern überantwortet, sondern in die Krankenhausplanung verlagert. Dies bedingt eine vergleichsweise tiefe inhaltliche Auseinandersetzung der Krankenhausplanung mit den Leistungen und Vorhaltungen einzelner Einrichtungen. Dazu kommt, dass sich Leistungen und Vorhaltungen von Zentren über die Zeit verändern. Inwieweit die detaillierte Abbildung von spezifischen Aufgaben und den dahinterstehenden besonderen Leistungen und Vorhaltungen im Krankenhausplan tatsächlich praktikabel ist, bleibt abzuwarten. Geschieht dies nicht, dann ist mit Verweis auf die fehlende Definition im Krankenhausplan in den Pflelegesatzverhandlungen mit der Nichtanerkennung der Kosten für besondere Aufgaben zu rechnen. Die Regelung würde dann weitgehend ins Leere laufen.

Problematisch bleibt auch die Beschränkung des Zentrumsbegriffs auf den stationären Bereich. Die meisten Zentren verbessern die Versorgung gerade an der Schnittstelle stationär – ambulant. Besondere Aufgaben, die Leistungen und Vorhaltungen für die ambulante Versorgung beinhalten, müssten deshalb in die Regelung einbezogen werden.

Darüber hinaus besteht in den im Folgenden genannten Punkten Änderungsbedarf, damit diese Regelung in der Praxis tatsächlich finanzielle Relevanz für die betroffenen Klinika entfalten kann.

Beweislastumkehr hinsichtlich der Zusatzkosten von besonderen Aufgaben und Aufgabenzuweisung an Universitätsklinika

Besonderheiten ergeben sich bei der Feststellung der Zentrumseigenschaft bei den Universitätsklinika. Hier ist zu berücksichtigen, dass sich der Versorgungsauftrag – anders als bei den Plankrankenhäusern – nicht aus einem krankenhauplanerischen Feststellungsbescheid ergibt. Vielmehr beurteilt sich der Versorgungsauftrag der Universitätskliniken nach der Anerkennung auf Grundlage weiterer landesrechtlicher Vorschriften, dem Krankenhausplan sowie den ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHEntgG). Daher ist bei einer Neuregelung des § 5 Abs. 3 KHEntgG nicht nur auf den krankenhauplanerischen Feststellungsbescheid (für Plankrankenhäuser), sondern für Universitätskliniken auf weitere landesrechtliche Vorschriften abzustellen. Außerdem sollte hier abstrakt vom „Land“, nicht von der „zuständigen Landesbehörde“ gesprochen werden.

Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass mit „Besonderen Aufgaben“ neben Leistungen auch Vorhaltungen gemeint sind, die über die Regelfinanzierung nicht vollständig abgedeckt sind. Dies wäre kongruent mit der Formulierung zu den Zentren für Seltene Erkrankungen in Artikel 2 Nr. 9 (§ 9 Abs. 1a Nr. 2b KHEntgG neu).

Ein großer Konfliktpunkt in den Schiedsstellenverfahren über die Zentrumsfinanzierung nach § 5 Abs. 3 KHEntgG ist häufig die Bewertung, ob und inwieweit die Kosten besonderer Aufgaben bereits in den Fallpauschalen berücksichtigt sind. Der in den DRG-Fallpauschalen enthaltene Leistungsumfang und somit die hierüber finanzierten Aufgaben sind nirgends definiert. Entsprechend ist es einem Krankenhaus nicht möglich nachzuweisen, dass eine bestimmte Leistung oder Vorhaltung nicht bereits durch die Fallpauschalen finanziert ist. Daher sollte mit einer Ergänzung des § 5 Abs. 3 KHEntgG klargestellt werden, dass der Gesetzgeber vom Grundsatz ausgeht, die Kosten der im Krankenhausplan definierten besonderen Aufgabenwahrnehmung seien nicht bereits in der DRG-Kalkulation berücksichtigt, es sei denn, die Kostenträger können dies explizit belegen.

Formulierungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 3 (Ergänzung § 2 Absatz 2 KHEntgG):

„Besondere Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine sonstige Festlegung durch das Land im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus; bei den Hochschulkliniken können sich besondere Aufgaben daneben auch aus anderen landesrechtlichen Vorschriften ergeben. Eine besondere Aufgabe nach Satz 2 Nummer 4 liegt nicht vor, soweit Leistungen oder Vorhaltungen bereits durch Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; besondere Aufgaben können auch Leistungen und Vorhaltungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“

Definition der besonderen Aufgaben und Abgrenzung zu Besonderen Einrichtungen

In der Selbstverwaltung auf Bundesebene und auf der Ortsebene besteht ein erhebliches Streitpotential zu der Frage, welche Leistungen und Vorhaltungen der Krankenhäuser der besonderen Aufgabenwahrnehmung im Sinne von § 5

Abs. 3 i.V.m. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG zuzuordnen sind. Deshalb sollte im Gesetz hierzu eine möglichst konkrete Regelung getroffen werden. Dabei ist wichtig, dass auch Leistungen und Vorhaltungen der Krankenhäuser ohne direkten Bezug zur stationären Versorgung einzelner Patienten erfasst werden. Hierunter fallen unter anderem die umfangreichen Koordinierungsaufgaben der Universitätskliniken im Rahmen der regionalen Versorgungsnetzwerke. Zentren koordinieren Leistungen oft nicht nur intern. Sie binden darüber hinaus andere stationäre und ambulante Leistungserbringer in die Versorgung der Patienten ein, definieren gemeinsame Standards und sichern so die Qualität der Versorgung in besonderer Weise ab. Dieser Aspekt ist im Gesetzentwurf nicht ausreichend abgebildet. Das Kriterium „überörtliche und krankenhaushübergreifende Aufgabenwahrnehmung“ erfasst diesen Sachverhalt nicht richtig, da es hier oft um Netzwerke geht, die primär niedergelassene Ärzte und teils auch Pflegeheime beinhalten. Darüber hinaus sollte durchgängig von „besonderen Leistungen und Vorhaltungen“ gesprochen werden und analog zu § 2 Abs. 2 die Abgrenzung besonderer Aufgaben geregelt werden.

Der in § 9 Abs. 1a Nr. 2 Satz 3 enthaltene Hinweis auf die Regelungen der Besonderen Einrichtungen (§ 17b Abs. 1 Satz 10 KHG) sollte entfallen. In der Begründung des Gesetzentwurfs ist hierzu ausgeführt (S. 82): „eine zusätzliche Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen für besondere Aufgaben sei für Besondere Einrichtungen nicht zulässig“. Hierbei muss aber berücksichtigt werden, dass die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2015 (VBE 2015) in § 3 vorsieht, dass die Entgelte für die Leistungen der Besonderen Einrichtungen nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren sind. Im Einzelfall könnte umstritten sein, ob bei der Kalkulation dieser Entgelte auch die besonderen Aufgaben dieser Einrichtungen berücksichtigt werden, soweit sie eine Zentrumsfunktion wahrnehmen. Um hier Einschränkungen bei der Vergütung von Besonderen Einrichtungen, die daneben möglicherweise auch eine Zentrumsfunktion wahrnehmen, zu vermeiden, sollte § 9 Abs. 1a Nr. 2 Satz 3 gestrichen werden.

Formulierungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 9 (§ 9 Abs. 1a – neu)

„(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf Grundlage von Absatz 1 Satz 1 Nummer 3

1. (...)

2. bis zum 31. März 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4; diese können sich insbesondere ergeben aus

- a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung
- b) der Erforderlichkeit von besonderen Leistungen und Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen
- c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen
- d) Koordinierung regionaler oder überregionaler Versorgungsnetzwerke mit ambulanten oder stationären Leistungserbringern.

Eine besondere Aufgabe nach § 2 Satz 2 Nummer 4 liegt nicht vor, soweit Leistungen oder Vorhaltungen bereits durch Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; besondere Aufgaben können auch Leistungen und Vorhaltungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.“

Zu Nummer 8 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (Abschaffung des Versorgungszuschlags Ende 2016)

Überführung des Versorgungszuschlags in den Landesbasisfallwert

Angesichts der anhaltenden Unterfinanzierung vieler Krankenhäuser und insbesondere der Universitätsklinik kann auf den Versorgungszuschlag nicht verzichtet werden. Eine Vergütungsabsenkung um 0,8 Prozent würde die aktuell schon sehr schlechte wirtschaftliche Lage weiter verschärfen. Aufgrund der sehr restriktiven Finanzierungsregelungen im Gesetzentwurf ist nicht davon auszugehen, dass der Wegfall des Versorgungszuschlags durch die anderen im Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzierungsmaßnahmen verlässlich kompensiert wird. Deshalb sollte der Versorgungszuschlag dauerhaft in den Landesbasisfallwert überführt werden.

Zu Nummer 9 Buchstabe a und Nr. 10 Buchstabe j (Laufzeit und Ausnahmekatalog Fixkostendegressionszuschlag)

Vorbemerkung

Ordnungspolitisch hochproblematisch ist die Ausgestaltung des sog. „Fixkostendegressionsabschlags“. Er soll offenbar einen zentralen Beitrag zur

Sicherung der Beitragssatzstabilität in der GKV leisten. Mit ihm wird die Abkehr vom Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“ fortgesetzt. Kaum nachvollziehbar ist, warum dieser Beitrag zur Beitragssatzstabilität in weit überproportionaler Weise von Krankenhäusern mit Leistungswachstum erbracht werden soll. Dies gilt in besonderer Weise bei Leistungswachstum in Folge politischer gewollter Leistungsverlagerungen in ausgewählte Zentren und Schwerpunkte. Auf Grund des Fixkostendegressionsabschlags wird diesen Krankenhäusern eine vollständige Vergütung ihrer Leistungen verweigert, obgleich die Leistung zuvor in dem Krankenhaus, welches bisher diese Fälle versorgte, vollumfänglich erstattet wurde. Dementsprechend profitieren neben den Patienten insbesondere die Kostenträger von politisch gewollten Leistungsverlagerungen, weil sie dank des Fixkostendegressionsabschlags Leistungen nur anteilig erstatten müssen.

Eine solche einseitige Belastung einzelner Krankenhäuser wäre nur zu rechtfertigen, wenn folgende Bedingung erfüllt wäre: Mehrleistungen müssten für das von Abschlägen betroffene einzelne Krankenhaus tatsächlich immer zu wirtschaftlichen Vorteilen mindestens in der Höhe führen, die als Abschlagsvolumen an die Kostenträger abgeführt werden. Dies ist jedoch beim Fixkostendegressionsabschlag beileibe nicht immer der Fall. Sind aber die Abschläge höher als der wirtschaftliche Vorteil infolge von Mehrleistungen, dann werden Mehrleistungen für das Krankenhaus zum Verlustgeschäft. Faktisch käme dies einem Wachstumsverbot gleich. Hat in einem solchen Fall das Haus Leistungssteigerungen in nicht steuerbaren Bereichen (z. B. Notfälle), dann entstehen aufgrund der Behandlungspflicht unausweichliche Defizite. Auch sind Krankenhäuser und insbesondere Universitätsklinika, die auf Grund der überdurchschnittlichen Schwere und Komplexität der behandelten Fälle einen deutlich höheren Sachkostenanteil (also Materialverbrauch) pro Behandlungsfall als das Durchschnittskrankenhaus haben, durch den Fixkostendegressionsabschlag benachteiligt. Auch hier würde der Fixkostendegressionsabschlag zu einer nicht auskömmlichen Finanzierung der (variablen) Behandlungskosten und damit zu Verlusten führen.

Diese Bedingung wird regelmäßig für einzelne vom Fixkostendegressionsabschlag betroffene Häuser nicht erfüllt sein. Hier stellt sich ganz grundsätzlich die Frage nach der Legitimität einer solchen Regelung.

Dazu kommt, dass derart drastische Abschläge im Gesamtkontext des Gesetzes nicht zu rechtfertigen sind. Der Wegfall der Mengendegression für den Fallpauschalenbereich im Basisfallwert bedarf keiner Kompensation durch derart drastisch verschärfte Mehrleistungsabschläge. Dies gilt umso mehr, als im Gegenzug für den Wegfall der Mengendegression zahlreiche neue Absenkungstatbestände für den Landesbasisfallwert etabliert werden.

Ein im Durchschnitt deutlich höherer Wachstumspfad der Landesbasisfallwerte ist nach Lage der Dinge im Gesetzentwurf nicht zu befürchten.

Die Deutsche Hochschulmedizin spricht sich deshalb dafür aus, nicht nur die technische Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags zu hinterfragen. Das wäre zu kurz gegriffen. Es sollte allenfalls nach ordnungspolitisch weniger bedenklichen Alternativen gesucht werden, um die politisch offensichtlich für erforderlich gehaltene Begrenzung der durch Mengenentwicklungen bedingten Mehrausgaben umzusetzen.

Ungeachtet dieser Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung werden im Folgenden Verbesserungsvorschläge für den Fixkostendegressionsabschlag unterbreitet.

Änderungsvorschläge zur Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags

Bereits der Begriff „Fixkostendegressionsabschlag“ ist inhaltlich irreführend. Die Fixkostendegression ist ein betriebswirtschaftliches Konzept. Sie kann daher nur auf betrieblicher Ebene kalkuliert werden. Nicht jede Leistungssteigerung impliziert eine Fixkostendegression, da es bei der Leistungserstellung je nach Art, Umfang und Ausgangslage auch sprungfixe Kosten gibt. Ein krankenhauses- und leistungsbereichsübergreifender einheitlicher Fixkostendegressionsabschlag ist deshalb schon aus methodischen Gründen nicht ermittelbar. Letztlich handelt es sich hier um eine vergleichsweise willkürlich auf Landesebene verhandelte normative Setzung, die mit den Fix- und Grenzkostenrealitäten in einzelnen Krankenhäusern oder gar Abteilungen nichts zu tun hat. Es wäre daher besser und der Sache angemessener, wenn der Gesetzgeber beim Begriff „Mehrleistungsabschlag“ bliebe.

Für die Universitätsklinika drohen durch die neue Ausgestaltung des Abschlags im Vergleich zu anderen Krankenhausgruppen überproportional hohe Erlösausfälle. Die Universitätsklinika gehören seit Einführung des Fallpauschalensystems zu den Kliniken mit dem stärksten Fallwachstum. Es ist auch in Zukunft davon auszugehen, dass dies so bleibt. Nun soll die Laufzeit der Abschläge verlängert werden. Zudem werden die Ausnahmetatbestände deutlich reduziert, da der Ausnahmenkatalog auf „unverzichtbare“ Ausnahmen „eng begrenzt“ werden soll. Nicht mehr einschlägig wären die derzeit in § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG definierten Ausnahmetatbestände. Die Belastung der Budgets der Universitätsklinika mit Abschlägen wird dadurch massiv steigen. Das konterkariert alle Bemühungen, die wirtschaftliche Lage der Universitätsklinika zu verbessern.

Deshalb gibt es an mehreren Stellen dringenden Änderungsbedarf:

1. Die gesetzliche Festlegung auf eine 5-jährige Mindestlaufzeit erhöht massiv das Abschlagsvolumen und wirft in der praktischen Umsetzung (Budgetverhandlung, Abrechnung, Ausgleiche bei Leistungsschwankungen etc.) enorme Probleme auf. Eine deutliche Verkürzung der gesetzlich vorgegeben Laufzeit auf zwei Jahre würde diese Probleme erheblich reduzieren.
2. Der Ausnahmekatalog darf auf keinen Fall hinter die Ausnahmetatbestände nach § 4 Abs. 2a Satz 3 und Abs. 3 Satz 4 und 5 zurückfallen. Der Ausnahmekatalog muss aber in jedem Fall auch Notfälle, Innovationen und besonders förderungswürdige Leistungsentwicklungen umfassen:
 - Die Mengenstudie der Selbstverwaltung hat klar gezeigt, dass das Wachstum der Universitätsklinik sich überproportional bei nicht steuerbaren akuten Notfällen abgespielt hat. In diesem schwer steuerbaren, stark von Vorhaltung und Auslastungsschwankungen geprägten Bereich kann bei Mehrleistungen nicht in gleicher Weise von Effizienzsteigerungen ausgegangen werden wie in reinen Elektivbereichen.
 - Dazu kommt die starke Rolle der Uniklinika in der Onkologie und bei innovativen Leistungen. Zukünftig ist zudem zu erwarten, dass die politisch gewollte Forcierung von Zentrenbildung bei den Uniklinika zu Mehrleistungen führt. Gerade hier ist mit sprunghaften Kosten zu rechnen, da Kapazitäten erweitert und die organisatorischen Voraussetzungen für Wachstum geschaffen werden müssen. Ähnliches gilt für die politisch gewollte Leistungskonzentration in Folge von Richtlinien des G-BA. Deshalb ist nicht nachvollziehbar, dass verlagerte Leistungen bei den Häusern, die diese Leistungen aus Qualitätsgründen nicht mehr erbringen sollen, zu 100 Prozent aus dem Budget gehen und von Unikliniken und anderen Maximalversorgern mit hohen Mehrleistungsabschlägen belastet übernommen werden sollen. Dies bremst die qualitätsorientierte Leistungskonzentration. Angesichts ausbleibender Investitionsmittel ist es umso wichtiger, dass diese Veränderungen zumindest in der Finanzierung des laufenden Betriebs finanziell gefördert werden. Deshalb müssen Innovationen und Leistungsverlagerungen infolge besonderer Vorhaltungen bzw. Zentrenbildung vollständig abschlagsfrei gestellt werden.
3. Es darf dabei nicht den Krankenhäusern auferlegt werden, den Nachweis zu führen, dass es sich um Leistungsverlagerungen handelt. Der

Gesetzentwurf unternimmt nun zwar den Versuch, die Bestimmungen von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern gangbarer zu machen. Die Regelung läuft in der Praxis jedoch weiterhin ins Leere. Auch wenn nunmehr kein konkreter Nachweis mehr zu erbringen ist, haben Krankenhäuser Leistungsverlagerungen auf der Grundlage von Informationen glaubhaft darzulegen, die den an den Entgeltverhandlungen Beteiligten im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen. Die Krankenhäuser haben aber nur ihre eigenen § 21-Leistungsdaten, nicht die der anderen Krankenhäuser. Folglich ist es ihnen objektiv unmöglich, Leistungsverlagerungen empirisch zu belegen. Zudem stehen insbesondere Universitätsklinika vor dem Problem, dass auf Grund des breiten Behandlungsspektrums nicht von einem homogenen Einzugsgebiet ausgegangen werden kann, sondern im Grunde eine Differenzierung je Krankheitsbild erfolgen müsste. Eine derartige Differenzierung ist praktisch nicht umsetzbar. Aus Sicht der Uniklinika ist hinsichtlich der Leistungsverlagerungen eine Umkehrung der Beweislast erforderlich. Dementsprechend müssen die Kostenträger zu dem Nachweis verpflichtet werden, dass es sich nicht um Leistungsverlagerungen handelt. Anders als den Krankenhäusern liegen den Kostenträgern die Leistungsdaten aller Krankenhäuser vor.

4. Es sind beim Fixkostendegressionsabschlag ergänzende Regelungen aufzunehmen, dass der Abschlag wegfällt bzw. zu reduzieren ist, sofern im Folgejahr die vereinbarten Mehrleistungen nicht mehr bzw. nicht im selben Umfang wie bisher im Budget des Krankenhauses vereinbart werden. Andernfalls würde der Abschlag auf Grund seiner Mehrjährigkeit Mehrleistungen sanktionieren, die dauerhaft nicht eingetreten sind. Für den umgekehrten Fall, dass die zunächst vereinbarten Mehrleistungen in der Folgezeit weiter gesteigert werden, führt der Gesetzentwurf bereits heute zu einem höheren Fixkostendegressionsabschlag.
5. Abweichungen zu den gesetzlichen Vorgaben bzw. den Vereinbarungen auf Landesebene dürfen auf Ortsebene nicht nur einseitig zulasten der Krankenhäuser möglich sein. Die derzeit vorgesehene Abweichungsregelung auf Ortsebene bevorteilt in massiver und inhaltlich durch nichts gerechtfertigter Weise die Kostenträger. Es muss umgekehrt auch möglich sein, zugunsten des Krankenhauses auf Ortsebene niedrigere Abschlagssätze zu vereinbaren als auf Landesebene vorgegeben. Außerdem muss auch die gesetzlich geregelte Abschlagsdauer auf Ortsebene verkürzt werden dürfen.

Formulierungsvorschlag:

In Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe d ist § 4 Absatz 2b wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 2 sind die Wörter "abgestuft wurde." durch die Wörter "abgestuft wurde; ein niedrigerer Abschlag oder eine kürzere Abschlagsdauer ist von den Vertragsparteien für zusätzliche Leistungen mit niedrigerer Fixkostendegression zu vereinbaren." zu ersetzen.
- b) Satz 4 ist wie folgt zu ändern:
 - aa) Die Wörter "die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 in halber Höhe" sind durch die Wörter „der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 nicht" zu ersetzen.
 - bb) Die Wörter "im Einzugsgebiet des Krankenhauses" sind zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag sehen vor, dass im Rahmen der Entgeltverhandlungen auf der Ortsebene vom landesweit vorgegebenen Fixkostendegressionsabschlag und seiner Anwendungsdauer nach oben abgewichen werden kann. Es fehlt an einer analogen Vorgabe, dass eine Abweichung zu Gunsten des Krankenhauses auf der Ortsebene vereinbart werden kann, um krankenhausesindividuelle Umstände bei der Vereinbarung berücksichtigen zu können. Dies ist beispielsweise dort sachgerecht, wo der landesweit vorgegebene Fixkostendegressionsabschlag zu einer fehlenden Deckung der fallvariablen Kosten führt und die Leistungserbringung folglich nur defizitär erfolgen könnte.

Zu Buchstabe b:

Der Gesetzentwurf sieht bei Leistungsverlagerungen ein Fixkostendegressionsabschlag in halber Höhe vor. Um die Konzentration von Leistungen in geeigneten Krankenhäusern zu fördern, darf bei Leistungsverlagerungen dem aufnehmenden Krankenhaus auf keinen Fall ein wirtschaftlicher

Nachteil entstehen. Dies bedingt die Finanzierung entsprechender Leistungen zum vollen Preis. In der Praxis nicht sinnvoll umsetzbar ist zudem die Vorgabe des Regierungsentwurfs, Leistungsentwicklungen im Einzugsgebiet des Krankenhauses zum Maßstab für die Vergütungsfindung zu machen. Die Definition des Einzugsgebietes ist insbesondere für Großkrankenhäuser nicht sinnvoll, da hier zwischen Grund- und Regelversorgung sowie Maximalversorgung unterschieden werden muss. Während beispielsweise Universitätsklinika in der Grund- und Regelversorgung üblicherweise ein regionales Einzugsgebiet haben, sind sie etwa in der Onkologie oder in der Maximalversorgung oft überregional, teils bundesweit tätig. Eine nach Leistungsbereichen differenzierte Festlegung von Einzugsgebieten und deren Zugrundelegung für Entgeltverhandlungen ist in der Praxis nicht umsetzbar. Entsprechendes gilt aus den genannten Gründen für die Vorgabe, wonach die Summe der effektiven Bewertungsrelation im Einzugsgebiet nicht ansteigen soll. Auch hier müsste aus Gründen der Sachgerechtigkeit nach Leistungsbereichen differenziert werden. Dies würde die Komplexität in der Umsetzung dieser Regelung auf ein unzumutbares Maß steigern. Im Übrigen sind zahlreiche Konstellationen denkbar, bei denen im Einzugsgebiet die Summe der effektiven Bewertungsrelation steigt, obwohl es zu sinnvoller und allseits erwünschter Leistungskonzentration kommt. In solchen Fällen sollten Leistungsverlagerungen trotzdem abschlagsfrei gestellt werden.

Formulierungsvorschlag zu Nr. 9 Buchst. a) (Ausnahmekatalog)

§ 9 Abs. 1 Nr. 6 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

...

6. erstmals bis zum 30. September 2016 einen Katalog von unverzichtbaren Ausnahmen, die nicht dem Abschlag nach § 10 Absatz 13 unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags. Zu den unverzichtbaren Ausnahmen zählen insbesondere

- a) die in § 4 Abs. 2a Satz 3 und Abs. 3 Satz 4 und 5 genannten Leistungsbereiche,

- b) DRG-Fallpauschalen, die mehrheitlich mit Notfallaufnahmen einhergehen,
- c) besonders förderungswürdige Leistungen, wie Leistungen von Tumorzentren und sonstigen Zentren nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 sowie Leistungen, die Gegenstand einer Richtlinie nach §§ 137 und 137e des Fünften Sozialgesetzbuches sind.“

Begründung:

Die Selbstverwaltung bekommt künftig den Auftrag, einen Katalog von Ausnahmen für den Fixkostendegressionsabschlag zu verhandeln. Hier sollte gesetzlich nicht zu restriktiv vorgegeben werden, dass dieser Katalog „eng begrenzt“ auf „unverzichtbare Ausnahmen“ sein muss. Stattdessen sollte die Selbstverwaltung die Möglichkeit haben, überall dort Ausnahmen zu regeln, wo dies aus Finanzierungsgründen sachgerecht oder für die Weiterentwicklung der Versorgung hilfreich ist, etwa bei der Konzentration von Leistungen in Zentren. Besonders relevante Punkte sollten bereits im Gesetz benannt und geregelt werden. Hierzu gehören insbesondere die Leistungsbereiche, die bereits heute in § 4 Abs. 2a Satz 3 und Abs. 3 Satz 4 und 5 vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen bzw. die im Rahmen der Erlösausgleiche besonders zu berücksichtigen sind, sowie Leistungen der stationären Notfallversorgung.

Formulierungsvorschlag zur Verkürzung des Fixkostendegressionsabschlags auf zwei Jahre:

In Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe h ist § 10 Absatz 13 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist das Wort "fünf" durch das Wort "zwei" zu ersetzen.
- b) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:
"Abweichend von Satz 1 ist im Falle eines Rückgangs der vereinbarten Leistungen im Vergleich zum Vorjahr der Mehrleistungsabschlag entsprechend zu reduzieren."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die nach dem Regierungsentwurf vorgesehene Laufzeit der Fixkostendegressionsabschläge wird von fünf auf zwei Jahre verkürzt. Fünfjährige Abschläge sind in der Praxis kaum administrierbar und führen zu unverhältnismäßig hohen finanziellen Belastungen leistungsstarker Krankenhäuser mit überproportionalem Mengenwachstum. Hier handelt es sich häufig um jene Krankenhäuser, die künftig noch stärker als Zentren für die Notfallversorgung oder hochspezialisierte Leistungen fungieren sollen. Ein fünfjähriger Fixkostendegressionsabschlag würde diesen notwendigen Strukturwandel behindern und insbesondere bei Krankenhäusern, die ein breites Spektrum an elektiven und Notfall-Versorgungsleistungen sicherstellen, absehbar zu erheblichen Verlusten führen.

Zu Buchstabe b:

Die mehrjährige Laufzeit des Fixkostendegressionsabschlags ist nur gerechtfertigt, wenn die entsprechenden Mehrleistungen tatsächlich auch über die gesamte Laufzeit vereinbart werden. Dies ist jedoch bei Leistungssteigerungen nicht zwingend der Fall. So kann beispielsweise ein Krankenhaus gehalten sein, im Zuge eines größeren Bauvorhabens sein Leistungsangebot vorübergehend zu reduzieren. Auch könnte sich das Notfallaufkommen anders entwickeln als ursprünglich erwartet. Für derartige Fälle bedarf es einer Klarstellung, dass Fixkostendegressionsabschläge dann nicht weiter gelten, wenn ursprünglich vereinbarte Mehrleistungen im Vergleich zum Vorjahr nicht mehr erreicht werden.

3. ZUSÄTZLICHER REGULUNGSBEDARF

Einführung eines Zuschlags als Belastungsausgleich für Extremkosten

Der am 31. März 2015 vom InEK-Institut vorgelegte erste Extremkostenbericht belegt für die 14 kalkulierenden Universitätsklinika im Datenjahr 2013 eine erhebliche Unterdeckung infolge von Extremkostenfällen.³ Nach internen Analysen des VUD ergibt sich auf Grundlage der InEK-Methode hochgerechnet auf alle Universitätsklinika eine Unterdeckung für das Jahr 2013 von wenigstens 105 Mio. Euro. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Dieser ist auch deswegen erforderlich, weil das DRG-System frühestens mit Wirkung für 2016 systematisch auf die nun vorliegenden Erkenntnisse reagieren kann. Der aktuelle Extremkostenbericht stellt die Unterdeckung aber bereits für das Datenjahr 2013 fest. Auch für die Datenjahre 2014 und 2015 ist von Finanzierungslücken in relevanten Größenordnungen auszugehen. Diese werden über die Extremkostenberichte 2016 und 2017 noch der Höhe nach festzustellen sein. Offen ist derzeit, wie diese für 2013 bis 2015 identifizierten Finanzierungslücken ausgeglichen werden sollen. Für die Gruppe der Universitätsklinika dürfte diese Lücke im deutlich dreistelligen Millionenbereich liegen. Für diesen Zeitraum ist ein nachträglich gewährter Belastungsausgleich in Form eines pauschalen Zuschlags für die Universitätsklinika in jedem Fall sachgerecht und erforderlich.

Unstrittig ist, dass das erste Mittel der Wahl zur Lösung des Problems die Verbesserung des DRG-Systems ist. Die Selbstverwaltung hat jedoch kein erkennbares Konzept, die durch Kostenausreißer bedingte Finanzierungslücke durch entsprechende Anpassungen im Katalog zu schließen. Für das DRG-System 2016 sind nach derzeitigem Stand keine signifikanten Verbesserungen zu erwarten. Mehrere diesbezügliche Beratungsrunden in den Selbstverwaltungsgremien blieben am Ende weitgehend ergebnislos.

Formulierungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe j (§ 17b Absatz 10 Satz 7 - neu - bis 9 - neu - KHG)

In Artikel 1 Nummer 7 ist Buchstabe j wie folgt zu fassen:

j) Absatz 10 wird wie folgt geändert:

³ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2015): „Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2015“; http://www.g-drg.de/cms/content/download/5714/44045/version/3/file/Extremkostenbericht_2015_150317_oS.pdf?pk_campaign=Extremkosten&pk_kwd=Bericht (abgerufen am 28.08.2015)

- aa) In Satz 1 wird ... <weiter wie Vorlage> ...
- bb) Folgende Sätze werden angefügt:

"Bis zum Inkrafttreten geeigneter Regelungen im Sinne des Satzes 6 sind die Belastungen durch einen Vergütungszuschlag für Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes berechnet werden, erstmalig im Jahr 2016 aufgrund einer Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes im Umfang von 80 vom Hundert auszugleichen. Soweit die Belastung nicht durch den Bericht nachgewiesen ist, wird die individuelle Belastung anhand der in dem Bericht ermittelten Ergebnisse von den jeweiligen Krankenkassen gemeinsam mit dem Krankenhaus festgestellt. Das DRG-Institut teilt den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern die ermittelte Belastung mit und veröffentlicht in seinem Bericht die den Fallpauschalen zugrundeliegenden Kosten durch Angabe der jeweiligen oberen und unteren Kostengrenzen, die von den Vertragsparteien zur Feststellung der Kostenausreißer herangezogen werden."

Begründung:

Es handelt sich um eine Übergangsbestimmung, mit der ein Anspruch auf Kostenausgleich erstmalig für das Jahr 2016 vereinbart werden kann, solange die Fallpauschalen oder andere Vergütungsregelungen für bestimmte Leistungen nicht die dem Krankenhaus entstehenden Kosten decken. In den Vereinbarungen nach § 11 des KHEntgG sind bis zum Inkrafttreten geeigneter Regelungen Belastungen von den Kostenträgern in angemessenem Umfang auszugleichen. Bei Krankenhäusern, die sich an der Kalkulation des DRG-Instituts im Kalkulationsjahr 2015 mit den Daten des Jahres 2014 beteiligt haben, ergeben sich die Belastungen unmittelbar aus den dem Extremkostenbericht zugrunde liegenden Berechnungen. Da der Extremkostenbericht nur anonymisierte Daten enthält, übermittelt das DRG-Institut den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern die berechneten Ergebnisse. Bei allen anderen Krankenhäusern müssen die Belastungen individuell durch die Kostenträger und Krankenhäuser gemeinsam festgestellt werden, wobei sich die Feststellungen an den bereits vorliegenden Ergebnissen des Extremkostenberichts orientieren müssen. Damit soll auch denjenigen Krankenhäusern, die nicht oder noch nicht an der Kalkulation teilgenommen haben, die Möglichkeit zur Realisierung des Belastungsausgleichs eingeräumt werden. Das DRG-Institut ergänzt deshalb seinen Bericht um die oberen und unteren Kostengrenzen,

die den Fallpauschalen zugrunde liegen. Die Vertragsparteien berücksichtigen bei Überschreitung der oberen Kostengrenze die durchschnittliche Kostenbelastung durch Kostenausreißer (Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) je Fall (vgl. Abschnitt 3.4.5.1 des Extremkostenberichts 2015 gemäß § 17b Absatz 10 KHG) im Umfang von 80 vom Hundert. Mit der Begrenzung auf diesen Vomhundertsatz wird etwaigen Ungenauigkeiten bei der Ermittlung der Belastung Rechnung getragen. Der Ausgleich erfolgt erstmals im Jahr 2016 als Vergütungszuschlag für Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des KHEntgG berechnet werden, gewährt.

Folgeänderung:

Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c ist wie folgt zu fassen:

c) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

"Vergütungszuschlag für Kostenausreißer (§ 17b Absatz 10 Satz 7 bis 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes),".