



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0049(36.1)
gel. VB zur öAnhörung am 24.09.
14_Pflegestärkungsgesetz
23.09.2014

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 23.09.2014

**zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und SPD
Ausschussdrucksache (18(14)0052.2) und
Ausschussdrucksache (18(14)0052.3)**

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
für ein Fünftes SGB XI–Änderungsgesetz
(18/1798)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	3
Ausschussdrucksache 18(14)0052.2	3
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	3
Artikel 2a (neu) – Modellvorhaben zu 4 MRGN	3
Ausschussdrucksache 18(14)0052.3	5
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)	5
Artikel 2b (neu) – Verlängerung von Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag	5

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Ausschussdrucksache 18(14)0052.2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 2a (neu) – Modellvorhaben zu 4 MRGN

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 115 Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner sollen gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit dem Robert-Koch-Institut die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63 vereinbaren, um Erkenntnisse zur Effektivität und zum Aufwand eines Screenings auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) im Vorfeld eines planbaren Krankenhausaufenthaltes zu gewinnen.

B) Stellungnahme

Primär angegangen werden sollte der unkritische Einsatz von Antibiotika. Die Anstrengungen aller Beteiligten müssen intensiviert werden.

Der vom Gesetzgeber geplante Weg zur Einführung einer Screeningleistung für Vertragsärzte ohne vorangehende Methoden- und Nutzenbewertung im G-BA ist ungewöhnlich. Ein Modellvorhaben, das eine repräsentative Evaluation zur Schaffung einer Evidenzbasis vorsieht, mag sinnvoll sein, bevor über eine Tauglichkeit für die kollektivvertragliche Versorgung entschieden werden kann. Ein wissenschaftlich fundiertes Evaluationskonzept zur Analyse des Patientennutzens ist unabdingbar.

Beim vorgeschlagenen prästationären Screening, welches sich in einem Modellvorhaben ausschließlich auf die von der KRINKO definierten Risikopatientengruppen beschränken dürfte, handelt es sich um eine Intervention, deren Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten (Keimträger und Krankenhauspatienten, die sich über diese möglicherweise infizieren können) nicht eindeutig belegt ist. Daher begrüßen wir ein entsprechendes Forschungsvorhaben zur Klärung, wobei die Finanzierung aus Forschungsmitteln erfolgen und die Durchführung wissenschaftlich begleitet werden sollten.

Eine gesetzliche Vorgabe zur Durchführung eines Modellvorhabens zum Screening auf 4MRGN über einen neuen § 64c SGB V ist allerdings nicht erforderlich, da seit dem 1. Juli 2014 im KV-Bezirk Hamburg bereits eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen zur Durchführung des Screenings multiresistenter Erreger

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.09.2014
zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und SPD (18(14)0052.2 und 18(14)0052.3)
zum Gesetzentwurf für ein Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz (18/1798)
Seite 4 von 8

(MRGN) im Vorwege von Krankenhausbehandlungen ausschließlich bei Risikopatienten gemäß KRINKO-Empfehlung einschließlich eines Evaluationsvorhabens vereinbart wurde.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Ausschussdrucksache 18(14)0052.3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Artikel 2b (neu) – Verlängerung von Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der 2014 ausgelaufene Mehrleistungsabschlag wird durch die dargelegte Neuregelung bis zu einer differenzierenden Anschlussregelung zur Mengensteuerung auf unbestimmte Zeit verlängert. Für die Jahre ab 2014 ist ein jeweils zweijähriger Abschlag vorgesehen. Die Höhe des Abschlages soll weiterhin 25 Prozent betragen. Die bisher geltenden Ausnahmeregelungen von den Mehrleistungsabschlägen bleiben bestehen.

Die Verlängerung der Regelung soll aufkommensneutral erfolgen. Für eine aufkommensneutrale Ausgestaltung der Kombination aus Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag ist anstelle der bisherigen gesetzlich fixierten Zuschlagshöhe die Höhe des Versorgungszuschlages ab 2015 jährlich neu durch die Vertragsparteien auf Landesebene in Abhängigkeit von der Summe der voraussichtlichen Mehrleistungsabschläge im Land zu vereinbaren. Dabei eintretende Fehlschätzungen sind jeweils im Folgejahr auszugleichen. Die erstmalige Vereinbarung hat zum 30.11.2014 für das Jahr 2015 zu erfolgen.

Unter Verweis auf eine vermeintliche Doppelbelastung durch die absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nummer 4) in Verbindung mit der Erhebung des zeitlich befristeten Mehrleistungsabschlages nach § 4 Abs. 2a wird neben dem Mehrleistungsabschlag parallel auch der Versorgungszuschlag auf unbestimmte Dauer verlängert.

Der Versorgungszuschlag ist bei denjenigen Patientinnen und Patienten letztmalig in Rechnung zu stellen, die zum 31. Dezember des Jahres aufgenommen werden, in dem der Mehrleistungsabschlag das letzte Mal erhoben wird.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Verlängerung des zweijährigen Mehrleistungsabschlages als Übergangsmaßnahme bis zu einer differenzierenden Anschlussregelung zur Mengensteuerung begrüßt. Die Anreizwirkung des Mehrleistungsabschlages für die Krankenhäuser, weniger Mehrleistungen zu erbringen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes positiv zu bewerten. Um überfällige strukturelle Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft zu initiieren bedarf es aber zeitnah weiterer wesentlicher Reformen (Stichworte: Umstrukturierungs-

fonds, Direktverträge, Neuausrichtung der Preisfindung, Maßnahmen zur qualitätsorientierten Vergütung).

Die Verlängerung des Versorgungszuschlages wird hingegen in Gänze abgelehnt und sollte gestrichen werden. In der Begründung wird von einer vermeintlichen doppelten Belastung, der sog. doppelten Degression gesprochen. Diese Einschätzung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht korrekt. In über 50 Prozent der Bundesländer haben die Mengensteigerungen auf der Landesebene keinerlei den Landesbasisfallwert absenkende Wirkung (Stichwort Phantomverhandlungen: Länder, die unterhalb des Korridors verhandeln, werden automatisch an die untere Korridorgrenze angehoben). Auch der Mehrleistungsabschlag wird seit 2013 über den Versorgungszuschlag deutlich überkompensiert. Es gibt in diesen Ländern also überhaupt keinen absenkenden Effekt der Mengensteigerung auf den Preis (Degression). Darüber hinaus konterkariert die durch den Versorgungszuschlag vorgenommene flächendeckende Anhebung der Preise für Krankenhausleistungen das Ziel des Mehrleistungsabschlages, mengenbegrenzend zu wirken. Dadurch, dass nach dem Gießkannenprinzip die Preise angehoben werden, verschärft sich das Mengenproblem. Es gilt „Je höher der Preis, desto höher der Anreiz, Mehrmengen zu erbringen“. Diesen Zusammenhang hat das gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und dem GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Mengengutachten bestätigt. Preiserhöhungen verhindern notwendige strukturelle Bereinigungen auf dem Krankenhausmarkt und subventionieren bestehende Ineffizienzen. Vor diesem Hintergrund ist der Versorgungszuschlag zu streichen.

Über den Versorgungszuschlag wurden im Jahr 2013 rund 250 Mio. Euro und werden aktuell im Jahr 2014 rund 500 Mio. Euro direkt an die Krankenhäuser ausgeschüttet. Diese gezahlten Mittel werden deutlich über den vereinbarten Mehrleistungsabschlagsvolumina in den Jahren 2013 und 2014 liegen. Nach aktuellem Stand der Budgetvereinbarungen des Jahres 2013 mit den einzelnen Krankenhäusern (Vereinbarungen nahezu vollständig) liegt die Höhe der vor Ort vereinbarten Mehrleistungsabschläge bei rund 140 Mio. Euro, d. h. der Mehrleistungsabschlag wird zu Lasten der GKV deutlich überkompensiert (In den Vereinbarung zum Budgetjahr 2014, die derzeit noch laufen, zeichnet sich ein ähnliches Bild ab). Es fehlt ein Ausgleichsmechanismus für die zu viel gezahlten Mittel der Jahre 2013 und 2014. Da die Mittel auch schon 2013 und 2014 direkt an den Mehrleistungsabschlag gekoppelt wurden, sollte es zu einem Ausgleich der zu viel an die Krankenhäuser gezahlten Mittel kommen. Dieser Ausgleich sollte im Jahr 2015 erfolgen.

Vor diesem Hintergrund ist es positiv zu bewerten, dass ab 2015 die Versorgungszuschläge auf Landesebene vereinbart werden sollen und ein Ausgleichsmechanismus eingeführt wird.

Ein Grund der geringeren Höhe der Mehrleistungsabschlagsvolumina sind die zahlreichen Ausnahmetatbestände. Diese zahlreichen Ausnahmen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht notwendig und unterlaufen den Mehrleistungsabschlag. Sie sind hinsichtlich ihrer Sachgerechtigkeit und weiteren Notwendigkeit zu überprüfen.

C) Änderungsvorschlag

Überprüfung der Ausnahmetatbestände des Mehrleistungsabschlages:

§ 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG

Streichung des Versorgungszuschlages ab 2015 und Einführung eines Ausgleiches für den zu hoch angesetzten Versorgungszuschlag 2013 und 2014:

§ 8 Abs. 10 KHEntgG soll wie folgt gefasst werden:

(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte **und** für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte ~~und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2015 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in der gemäß § 10 Absatz 14 vereinbarten Höhe~~ vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 für 2013 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. **Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren für das Jahr 2015 einen einheitlichen Abschlag als Fehlschätzungsausgleich für die in 2013 und 2014 bundesweit einheitlich festgesetzten Versorgungszuschläge. Der Versorgungszuschlag ist letztmalig für Patientinnen und Patienten zu berechnen, die zum 31. Dezember des Jahres aufgenommen werden, in dem der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a letztmalig erhoben wird.**

Streichung des Versorgungszuschlages ab 2015:

Streichung des § 10 Abs. 14 KHEntgG (neu).

Hilfsweise:

Ausgleich für die Jahre 2013 und 2014 im Rahmen des Versorgungszuschlages 2015.

Ergänzung des § 8 Abs. 10 KHEntgG (neu) um folgenden Satz 3:

(10) Bei Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 berechnet werden, ist für Aufnahmen ab dem 1. August 2013 ein Versorgungszuschlag in Höhe von 1 Prozent der entsprechenden Entgelte, für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in Höhe von 0,8 Prozent der entsprechenden Entgelte und für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2015 aufgenommen werden, ein Versorgungszuschlag in der gemäß § 10 Absatz 14 vereinbarten Höhe vorzunehmen und gesondert in der Rechnung auszuweisen. Der nach Satz 1 für 2013 zu berechnende Versorgungszuschlag ist nach Maßgabe von § 10 Absatz 5 Satz 6 zu erhöhen. Der Versorgungszuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt. **Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren für das Jahr 2015 einen einheitlichen Abschlag als Fehlschätzungsausgleich für die in 2013 und 2014 bundesweit einheitlich festgesetzten Versorgungszuschläge.** Der Versorgungszuschlag ist letztmalig für Patientinnen und Patienten zu berechnen, die zum 31. Dezember des Jahres aufgenommen werden, in dem der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a letztmalig erhoben wird.

Ergänzung des § 10 Abs. 14 KHEntgG (neu) um folgenden Satz:

„Der auf Bundesebene vereinbarte Fehlschätzungsausgleich gemäß § 8 Absatz 10 Satz 3 KHEntgG ist absenkend zu berücksichtigen.“