



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS



MEDIZINISCHER
FAKULTÄTENTAG

GEMEINSAME STELLUNGNAHME*

zum Referentenentwurf eines Ge- setzes zur Reform der Strukturen der Krankenversorgung

(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)

12. Mai 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 Referentenentwurf:

- Versorgungszuschlag: Dauerhafte Überführung in den Landesbasisfallwert
- Extremkostenfälle: Aufnahme eines Zuschlags als Belastungsausgleich
- Fixkostendegressionsabschlag: Erhebliche Entschärfung der Regelung durch
 - Verkürzung der Laufzeit auf zwei Jahre
 - Konkretisierung des Ausnahmenkatalogs für den Fixkostendegressionsabschlag insbesondere hinsichtlich Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, Notfällen, besonders förderungswürdigen Leistungen und Innovationen
 - Möglichkeit, auf Ortsebene auch kürzere Laufzeiten und niedrigere Abschlagssätze zu vereinbaren
- Besondere Aufgaben von Zentren: Verbesserung der Durchsetzungschancen für eine zusätzliche Finanzierung durch
 - Übergangsweise Weitergeltung der heute schon vereinbarten Zentrumszuschläge bis Ende 2017
 - Beweislastumkehr bei der Finanzierung besonderer Aufgaben, d. h. nicht das Krankenhaus sondern die Kassen müssen belegen, dass eine Leistung oder Vorhaltung mit den vorhandenen Entgelten bereits finanziert ist
 - Ergänzung des Katalogs besonderer Aufgaben insbesondere um die Koordination regionaler Versorgungsnetzwerke
- 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 einem echten Preis-Index
 - 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“
 - Entscheidung über die Berücksichtigung von Produktivitätsentwicklungen erst 2018 in Verbindung mit der Entscheidung über den Orientierungswert

1. ALLGEMEINER TEIL

Unklare Finanzierungswirkungen erfordern Übergangsregelungen

Die Auswirkungen dieses Referentenentwurfs auf die Universitätsklinik sind schwer einzuschätzen. Ob die Reform tatsächlich geeignet ist, die finanzielle Lage der Universitätsklinik spürbar und dauerhaft zu verbessern, ist zweifelhaft. Angesichts des Wegfalls des Versorgungszuschlags ist keineswegs auszuschließen, dass sich die Betriebskostenfinanzierung der Universitätsklinik durch die vorgeschlagenen Regelungen sogar weiter verschlechtert.

Einzelne Regelungen bergen zwar Chancen, es gibt aber auch erhebliche Risiken, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung von Leistungsmengeteigerungen. Viele Optionen zur besseren Finanzierung der Universitätsklinik sind vom Entgegenkommen der Krankenkassen und der Landesplanungsbehörden abhängig. Zahlreiche Reformmaßnahmen sind durch die Selbstverwaltung umzusetzen und daher in ihren Auswirkungen frühestens Ende 2016 oder 2017 abschätzbar. Dazu gehören bspw. die Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Zentren und die Notfallvorhaltung.

Eine Bewertung der Finanzierungswirkungen wird daher frühestens Ende 2017 möglich sein. Bis dahin sind Übergangsregelungen zur Zentrenfinanzierung zwingend erforderlich.

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 Funktionalität der Regulierungsinstrumente zweifelhaft

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 kommt insbesondere Struktur- und Prozessqualitätskriterien eine wichtige Rolle zu. Ein

wichtiger Fortschritt ist, dass Krankenhäuser mit dauerhaften Qualitätsdefiziten künftig aus dem Krankenhausplan genommen werden können. Abzuwarten bleibt allerdings, inwieweit Ergebnisqualität tatsächlich rechtssicher zur Grundlage von Zulassungs- und Finanzierungsentscheidungen gemacht werden kann.

- Die Finanzierung von Vorhaltung ergänzend zur reinen Leistungsfinanzierung
- Die gezielte Förderung erwünschter Versorgungsstrukturen (z. B. Notfallversorgung, besondere Aufgaben von Zentren u. a. für Seltene Erkrankungen)

Diese positiven Ansätze werden jedoch dadurch relativiert, dass zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt nicht absehbar ist, inwieweit die Finanzierungsinstrumente (z. B. Qualitätszuschläge) in der praktischen Umsetzung wirklich greifen werden. Insbesondere die Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren müssen verbindlicher ausgestaltet werden, wenn sich hier in relevanter finanzieller Größenordnung etwas verbessern soll.

Gestufte Zuschläge für Teilnahme an Notfallversorgung positiv, aber im Widerspruch zum Fixkostendegressionsabschlag

Die geplante bessere Abbildung der Teilnahme an der Notfallversorgung durch ein Stufensystem ist uneingeschränkt 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 unten). Der geplante Fixkostendegressionsabschlag führt gerade für Einrichtungen, die sich stark in der Notfallmedizin engagieren, zu zahlreichen Problemen. Der Referentenentwurf 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 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 die bestehenden Defizite nicht annähernd ausgleichen. Eine umfassende Krankenhausreform sollte die

Vergütung der ambulanten Notfälle nicht ausblenden. Notwendig ist die gesetzliche Grundlage dafür, dass in Zukunft die Krankenhäuser direkt mit den Krankenkassen sachgerechte Vereinbarungen treffen können.

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 Universitätsklinika 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 Krankenkassen in die Investitionsfinanzierung mit einer klar definierten Investitionsquote. Der Gesetzentwurf bietet hierzu keine Lösungsperspektive.

Der Strukturfonds adressiert das Problem nicht. Zudem ist im Referentenentwurf nicht klar, ob auch Universitätsklinika 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 Universitätsklinika aus Fondsmitteln gefördert werden können.

2. Preisverfall im Basisfallwert: Laut der OECD hat Deutschland mittlerweile im internationalen Vergleich sehr niedrige Preise und damit Fallkosten für Krankenhausleistungen.¹ Die Leistungserbringung ist hoch-effizient. Eine weitere Absenkung des Vergütungsniveaus können die Universitätsklinika 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 Universitätsklinika und konterkariert das 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

¹ Koechlin, Lorenzoni, Schreyer (2010): „Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of Pilot Study“, OECD Health Working Papers No. 53

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 Bereich als Wirtschaftlichkeitsreserven deklariert. Es ist aktuell völlig unklar, wie sich diese Tatbestände in Summe auf die Entwicklung der Landesbasisfallwerte und damit die Finanzierung der Universitätsklinik 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 vorerst bestehen. 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 in einem eigenständigen Projekt 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. Wünschenswert wäre, wenn der Gesetzgeber ergänzend hierzu ein wissenschaftliches Projekt initiieren würde.

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

In die richtige Richtung weisen eine Reihe von Detailregelungen. Dazu gehören:

- 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

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 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 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. Wie beim letzten Pflegeförderprogramm wird es dabei 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.

Im Übrigen ist auch hinsichtlich der Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal der Gesetzentwurf in sich in hohem Maße 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.

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

Hochproblematisch ist auch die Ausgestaltung des sog. „Fixkostendegressionsabschlags“. Er stößt auf grundsätzliche ordnungspolitische Bedenken, die im Besonderen Teil dieser Stellungnahme ausführlich dargelegt werden. Dies betrifft insbesondere den Bruch mit dem Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ sowie die Möglichkeit nicht vermeidbarer Verluste in nicht steuerbaren Leistungsbereichen.

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. Notwendig ist eine dazu eine umfassende Analyse der ordnungspolitischen Auswirkungen des Fixkostendegressionsabschlags insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenhäuser.

Ungeachtet dieser Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung werden im Folgenden Verbesserungsvorschläge für den Fixkostendegressionsabschlag unterbreitet. Das ordnungspolitische Grundsatzproblem lässt sich durch solche Anpassungen jedoch nicht lösen. Deshalb sollten auch grundlegende konzeptionelle Alternativen geprüft werden.

Die Regelung ist in ihrer jetzigen Gestaltung praktisch kaum umsetzbar. Zudem drohen dadurch für die Universitätsklinika im Vergleich zu anderen Krankenhausgruppen aufgrund der Mengenkompente überproportional hohe Erlösausfälle. Hier gibt es an mehreren Stellen dringenden Änderungsbedarf:

1. Die gesetzliche Festlegung auf eine 5-jährige Mindestlaufzeit wirft in der praktischen Umsetzung (Budgetverhandlung, Abrechnung, Ausgleiche bei Leistungsschwankungen etc.) enorme Probleme auf. Diese sind in der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausführlich beschrieben und werden daher im Folgenden nicht weiter vertieft. Eine deutliche Verkürzung der gesetzlich vorgegebenen Laufzeit auf zwei Jahre ist notwendig, um die Handhabungspraxis erheblich zu vereinfachen.
2. Der Ausnahmekatalog muss mindestens die in § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG definierten Ausnahmetatbestände fortschreiben. In jedem Fall müssen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, Notfälle und besonders förderungswürdige Leistungsmengenentwicklungen (insbesondere Transplantationen und Leistungsverlagerungen in Zentren) sowie Innovationen ausgenommen werden. Ansonsten würden die Abschläge die Universitätsklinika besonders hart treffen. Sie gehörten seit Einführung des Fallpauschalensystems u. a. infolge der qualitätsorientierten und politisch intendierten Konzentration spezialisierter Leistungen zu den Kliniken mit dem stärksten Fallwachstum. Die Mengenstudie der Selbstverwaltung hat klar gezeigt, dass dieses Wachstum sich u. a. überproportional bei nicht steuerbaren akuten Notfällen abgespielt hat. Dazu kommt die starke Rolle der Uniklinika in der Onkologie und bei innovativen Leistungen. Beide Bereiche profitieren von der Verbindung von Forschung und Krankenversorgung in Universitätsklinika in besonderer Weise. Zukünftig ist zudem zu erwarten, dass die politisch geförderte qualitätsorientierte Zentrenbildung 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 Innovationen, echte 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. Die Regelung zum Mindestabschlag, der von der Landesebene vorgegeben werden soll, verschärft die Problematik weiter. Die Bildung eines durchschnittlichen Fixkostendegressionswerts kann der tatsächlichen

Fixkostendegression des einzelnen Krankenhauses mit seinem spezifischen Leistungsportfolio nicht gerecht werden. Letztere wird mal höher, mal niedriger ausfallen. Die Krankenkassen bekommen einseitig die Möglichkeit, höhere und länger wirkende Abschläge zu fordern. Die Krankenhäuser müssen dagegen den Mindestabschlag und die Mindestlaufzeit akzeptieren. Deshalb muss es möglich sein, auf Ortsebene sowohl kürzere Laufzeiten als auch niedrigere Abschlagssätze zu vereinbaren.

Extremkostenzuschlag muss im Gesetz verankert werden

Nicht akzeptabel ist, dass das Problem nicht finanziert Extremkostenfälle im Referentenentwurf 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 für allein für das Jahr 2013 für alle 32 Universitätsklinika eine Unterdeckung von wenigstens 105 Mio. Euro. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Eine reine Selbstverwaltungslösung im Fallpauschalenkatalog 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 und Maximalversorger bestehen bleibt, wenn der Gesetzgeber nicht handelt. Deshalb muss die Selbstverwaltung gesetzlich verpflichtet werden, einen Extremkostenzuschlag als Belastungsausgleich festzulegen. Dessen Höhe und der Kreis der Zuschlagsberechtigten sind auf Grundlage des Extremkostenberichts zu bestimmen.

2. ZU DEN EINZELREGELUNGEN DES REFERENTENENTWURFES

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nr. 3, Nr. 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 Pflegesatzverhandlungen mit der Nichtanerkennung der Kosten für besondere Aufgaben zu rechnen. Die Regelung würde dann weitgehend leerlaufen.

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 krankenhausplanerischen 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 enthaltene Leistungsumfang und somit die durch DRG 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 Krankenkassen 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.“

Übergangsfrist für Weitergeltung bisheriger Zentrumszuschläge

Unklar ist, wie schnell nach Verabschiedung des Gesetzes die besonderen Aufgaben von Zentren in den Krankenhausplänen hinterlegt werden. Hier ist mit einem längeren Vorlauf zu rechnen. Außerdem ergibt sich aufgrund der

geplanten zeitlichen Umsetzung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben durch die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene für die Vertragsparteien auf der Ortsebene eine Regelungslücke. Eine Weitergeltung bisheriger Vereinbarungen über „Zentrumszuschläge“ könnte in den Budgetverhandlungen für 2016 von den Kostenträgern mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass bisher keine Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nummer 2 besteht. Uniklinika, die bereits Zentrumszuschläge haben, würden hierdurch massiv schlechter gestellt. Um für bestehende Zentren Planungssicherheit zu gewährleisten, ist es eine Übergangsregelung zumindest in Form eines Bestandsschutzes bis Ende 2017 notwendig.

Formulierungsvorschlag zu Artikel 2 Nr. 5 c (Ergänzung des § 5 Abs. 3 KHEntgG)

„(3) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nummer 2. Für Krankenhäuser, in denen bisher schon Zuschläge für besondere Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 vereinbart wurden, wird eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2017 eingeräumt, die es den Krankenhäusern ermöglicht, weiterhin Zuschläge unter den bisherigen Kriterien mit den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren.“

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 Referentenentwurf nicht ausreichend abgebildet. Das Kriterium „überörtliche und krankenhausesübergreifende 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 Referentenentwurfs 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 krankenhausesübergreifenden 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 Basisfallwert

Angesichts der anhaltenden Unterfinanzierung vieler Krankenhäuser und insbesondere der Universitätsklinika 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 Referentenentwurf ist nicht davon auszugehen, dass der Wegfall des Versorgungszuschlags durch die anderen im Referentenentwurf vorgesehenen Finanzierungsmaßnahmen verlässlich kompensiert wird. Deshalb sollte der Versorgungszuschlag dauerhaft in den Landesbasisfallwert überführt werden.

Zu Nr. 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. Kaum nachvollziehbar ist, warum dieser Beitrag in weit überproportionaler Weise von Krankenhäusern mit Leistungswachstum erbracht werden soll. Eine solche einseitige Belastung einzelner Krankenhäuser wäre nur zu rechtfertigen, wenn folgende Bedingungen erfüllt wären:

- 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, wie weiter unten ausgeführt, 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.
- Der Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“ muss gewahrt bleiben. Mit diesem Anspruch ist jedoch nicht vereinbar, dass ein profitables Haus mit bereits hohen Fallzahlen (z. B. bei einzelnen Eingriffen) trotz günstiger Kostenstrukturen keinen Abschlag hinnehmen muss, solange es nicht wächst. Der Wettbewerber, der bei den gleichen Leistungen deutlich gerin-

gere Fallzahlen und deutlich ungünstigere Kostenstrukturen hat, muss jedoch Abschläge hinnehmen, sobald er wächst. Der Fixkostendegressionsabschlag wirkt dadurch extrem strukturkonservierend. Außerdem kommt es zu nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlungen. Ein Beispiel: Klinikum A schließt bei den Fallzahlen für endoprothetische Eingriffe zu Klinikum B auf, das nicht gewachsen ist. Beide haben nun die gleiche Fallzahl bei gleicher Kostenstruktur. Trotzdem muss Klinikum A erheblich reduzierte Entgelte hinnehmen, Klinikum B dagegen nicht. Dies widerspricht elementar dem Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“.

Diese Bedingungen werden 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 steht nach Lage der Dinge im Referentenentwurf nicht zu befürchten.

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. Notwendig ist eine dazu eine umfassende Analyse der ordnungspolitischen Auswirkungen des Fixkostendegressionsabschlags insbesondere auf den Wettbewerb der Krankenhäuser.

Ungeachtet dieser Notwendigkeit einer grundsätzlichen Überprüfung werden im Folgenden Verbesserungsvorschläge für den Fixkostendegressionsabschlag unterbreitet. Das ordnungspolitische Grundsatzproblem lässt sich durch solche Anpassungen jedoch nicht lösen. Deshalb sollten auch grundlegende konzeptionelle Alternativen geprüft werden.

Änderungsvorschläge zur Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlags

Bereits der Begriff „Fixkostendegressionsabschlag“ ist inhaltlich irreführend. Die Fixkostendegression ist ein betriebswirtschaftliches Konzept. Sie kann da-

her 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 krankenhaus- 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 Universitätsklinik drohen durch die neue Ausgestaltung des Abschlags im Vergleich zu anderen Krankenhausgruppen überproportional hohe Erlösausfälle. Die Universitätsklinik 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 Universitätsklinik mit Abschlägen wird dadurch massiv steigen. Das konterkariert alle Bemühungen, die wirtschaftliche Lage der Universitätsklinik 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 Ausnahmenkatalog darf auf keinen Fall hinter die Ausnahmetatbestände des § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG zurückfallen. Er muss in jedem Fall Leistungen mit hohem Sachkostenanteil, 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. 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. Diese im Referentenentwurf vorgesehene Option läuft völlig ins Leere. Die Krankenhäuser haben nur ihre eigenen § 21-Leistungsdaten, nicht die der anderen Krankenhäuser. Folglich ist es ihnen objektiv unmöglich, Leistungsverlagerungen empirisch zu belegen. Notwendig ist eine Umkehrung der Beweislast. Dementsprechend müssen die Krankenkassen zu dem Nachweis verpflichtet werden, dass es sich nicht um Leistungsverlagerungen handelt. Den Kassen liegen die Leistungsdaten aller Krankenhäuser vor.
 4. 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 Krankenkassen. 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.

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. Nach internen Analysen des VUD ergibt sich auf Grundlage der InEK-Methode hochgerechnet auf alle 32 Universitätsklinika eine Unterdeckung für das Jahr 2013 von wenigstens 105 Mio. Euro. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

Das wird auch nicht dadurch relativiert, dass sich das Extremkostenproblem primär in der Gruppe der Regelversorgungsfälle manifestiert. Denn es ist sehr wahrscheinlich, dass eine wesentliche Problemursache gerade darin besteht, dass Fälle im DRG-System als Regelversorgungsfälle bewertet werden, die aufgrund ihres Erkrankungs- und Behandlungsverlaufs eigentlich keine Regelversorgungsfälle waren.

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

Notwendig ist daher ein alternativer Lösungsansatz. In § 9 Abs. 1a KHEntgG des Referentenentwurfs wird künftig eine Liste von Zu- und Abschlägen definiert, die von der Selbstverwaltung zu regeln sind. Hier muss zusätzlich ein Zuschlag zum Ausgleich von Belastungen aus Extremkostenfällen eingefügt werden, die nicht über Anpassungen des Fallpauschalenkatalogs ausgeglichen werden. Die Höhe des Zuschlags und der Kreis der Zuschlagsberechtigten sind auf Grundlage des Extremkostenberichts zu bestimmen.

Die Notwendigkeit eines solchen Zuschlags besteht ohnehin schon alleine deshalb, weil das DRG-System erstmals 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.