Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V.

Ministerium für Arbeit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Herrn Minister Norbert Bischoff
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Magdeburger Straße 23
06112 Halle
Tel.: 0345/21 466-0
Fax.: 0345/2021695

Bearbeiter: Sche / SBr
Datum: 13.09.2012

Einbringung von Änderungsanträgen beim Krebsregistergesetz

Sehr geehrter Herr Minister Bischoff,

mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz sowie dem Psych-EntgG wurden u. a. Regelungen für die Krankenhäuser getroffen, die seitens der Krankenhausgesellschaften stark kritisiert wurden. Leider konnten wir in den o. g. Gesetzen keine Änderungen mehr erwirken.

Da nun jedoch die Möglichkeit besteht in den laufenden Gesetzgebungsverfahren zum Krebsregistergesetz als Bundesland Anträge einzubringen, möchten wir die Gelegenheit nutzen und Sie bitten, sich für die Belange der Krankenhäuser einzusetzen.

Folgende Änderungsanträge sind aus der Sicht der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN) für die Krankenhäuser im Land Sachsen-Anhalt unverzichtbar:

1. Abschaffung des Mehrleistungsabschlages und der doppelten Degression (Abzug von Mehrleistungen beim Landesbasisfallwert)
2. Zurverfügungstellung der Daten gem. § 303e SGB V auch für die Landeskrankenhausgesellschaften
3. Regelung der Kostentragung des Erweiterten Landesausschusses gem. § 116b SGB V

Zu 1. Abschaffung des Mehrleistungsabschlages und der doppelten Degression (Abzug von Mehrleistungen beim Landesbasisfallwert)

Mit dem PsychEntgG wurde für die Jahre 2013 und 2014 der Mehrleistungsabschlag gesetzlich auf eine Höhe von 25% festgesetzt. Zudem gilt der für das Jahr 2013 ermittelte Mehrleistungsabschlag sowohl für das Jahr 2013 als auch für das Jahr 2014.

Die Ausdehnung des Mehrleistungsabschlages auf zwei Jahre belastet die Krankenhäuser finanziell stark. Ebenso finden wir die Höhe des Mehrleistungsabschlages von 25% viel zu hoch.

Da bei der Verhandlung des Landesbasisfallwertes Leistungserhöhungen nur in Höhe der variablen Kosten berücksichtigt werden dürfen, erfolgt hierdurch nochmals ein finanzieller Abzug.

Wir bitten Sie deshalb, sich für eine Streichung des Mehrleistungsabschlages in den Jahren 2013 und 2014 sowie für eine volle Berücksichtigung von Leistungssteigerung beim Landesbasisfallwert einzusetzen.

Sollte es politisch nicht möglich sein den Verzicht auf den Mehrleistungsabschlag umzusetzen, so sollte er für 2013 und 2014 jedoch auf höchstens 15% begrenzt werden und jeweils auf die Leistungssteigerung bezüglich des Vorjahres bezogen werden.

Darüber hinaus müsste berücksichtigt werden, dass es auf Grund des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern zu Verschiebungen von Leistungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern kommt. Diese Verschiebungen entsprechen oftmals der politischen Intention Leistungen an bestimmten Standorten zu konzentrieren (Spezialisierungen). Diese Konzentration von Leistungen hat wiederum den Rückgang der entsprechenden Leistungen bei anderen Krankenhäusern zur Folge. Werden jedoch nur einseitig Mehrleistungen eines Krankenhauses mit einem Abschlag versehen, die entsprechenden Minderleistungen eines anderen Krankenhauses hingegen vollständig aus dem Budget herausgerechnet, so kommt es automatisch zu einer Reduzierung der Finanzmittel im stationären Sektor. Vor diesem Hintergrund wäre dann auch ein Minderleistungszuschlag beim Wegfall von vereinbarten Leistungen einzuführen.

Zu 2. Zurverfügungstellung der Daten gem. § 303e SGB V auch für die Landeskrankenhausgesellschaften

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde im § 303e SGB V geregelt, dass die von der Datenaufbereitungsstelle beim BMG gespeicherten Daten von verschiedenen Institutionen verarbeitet und genutzt werden können. Die genannten Institutionen können gem. § 301e Abs. 2 SGB V die Daten insbesondere zur Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben, zur Verbesserung der Qualität der Versorgung sowie zur Planung von Leistungsressourcen (zum Beispiel Krankenhausplanung) verwenden. Bei der Aufzählung der Institutionen wurden die Landeskrankenhausgesellschaften „vergessen"! Für uns ist es nicht hinnehmbar, dass in Gremien wie z. B. dem neuen gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V die Landesverbände und die Kassenärztliche Vereinigungen über Daten von Krankenhäusern verfügen und wir hingegen keine Daten aus den anderen Sektoren erhalten sollen. Dieses Missverhältnis muss dringend vom Gesetzgeber korrigiert werden.

Zu 3. Regelung der Kostentragung des Landesausschusses gem. § 116b SGB V

Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde mit der Neufassung des § 116b SGB V eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen als eigenständiger Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV geschaffen. Dabei wurde auch niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Möglichkeit eröffnet, unter den gleichen Voraussetzungen und hohen speziellen Qualitätsanforderungen wie Krankenhäuser, solche Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen.

Während jedoch nach der Vorgängerregelung des § 116b das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt über die Zulassung von Leistungserbringern zur spezialfachärztlichen Versorgung entscheiden musste, wurde diese Aufgabe nunmehr im Rahmen eines Anzeigeverfahrens einem neu zu schaffenden Gremium der Selbstverwaltung aus den Landesverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN), dem sog. „Erweiterten Landesausschuss" übertragen. Dessen Finanzierung sollen nach der gesetzlichen Regelung des § 116b SGB V die KVSA und die KGSAN zu je ¼, die Landesverbände der Krankenkassen zur Hälfte übernehmen. In anderen Bundesländern vergleichbarer Größe werden die notwendigen Kosten der Tätigkeit des Erweiterten Landesausschusses derzeit mit voraussichtlich 180.000 Euro pro Jahr beziffert. Hinzu kommen Kosten aus einem hochgerechneten Prozessrisiko von 250.000 Euro jährlich.

Allerdings scheidet eine – auch nur teilweise – Refinanzierung dieser erheblichen Kostenrisiken durch die Erhebung von Verfahrensgebühren nach derzeitiger rechtlicher Beurteilung aus, weil der (Bundes-)Gesetzgeber die hierfür erforderliche rechtliche Grundlage nicht geschaffen hat und damit den Landeskrankenhausgesellschaften eine erneute Kostenlast aufbürdet. Angesichts der zu erwartenden hohen Anzahl von Anzeigeverfahren zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte und der demgegenüber verschwindend geringen Anzahl seitens der Krankenhäuser ist die KGSAN nicht in der Lage die Kosten aus dem anderen Sektor zu tragen. Nach unserer Auffassung ist es sachgerechter, dass derjenige, der die Kosten verursacht, diese auch trägt.

Diese Kosten und Kostenrisiken können von einem freiwilligen Mitgliedsverband des stationären Sektors **nicht** übernommen werden. Die KGSAN ist – wie die anderen Landeskrankenhausgesellschaften auch – als eingetragener Verein konstituiert, der sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge finanziert. Im Gegensatz zu KV und den Krankenkassen handelt es sich bei den Krankenhausgesellschaften nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts, die über Beitragsmittel ausfinanziert sind.

Wir bitten deshalb auch in diesem Punkt das Land dringend um Unterstützung, beim Bundesgesetzgeber auf eine Gesetzesänderung in § 116b SGB V hinzuwirken, welche die Krankenhausgesellschaften aus der Kostenbeteiligung am Erweiterten Landesausschuss entlässt oder aber eine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Erhebung von Verfahrensgebühren schafft.

Gern stehen wir Ihnen zur Erläuterung der einzelnen Forderungen auch persönlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Heelemann
Geschäftsführer