Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V.

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration
des Landes Sachsen-Anhalt
Frau Ministerin
Petra Grimm-Benne
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Magdeburger Straße 23
06112 Halle
Fon: 0345-214660
Fax: 0345-2021695

Bearbeiter: Hee
Datum: 15.06.2016

Sehr geehrte Frau Ministerin Grimm-Benne,

mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde der ab 2017 anzuwendende Fixkostendegressionsabschlag (FDA) nach § 4 Abs. 2b KHEntgG eingeführt. Dieser löst den noch in 2016 auf Ortsebene geltenden Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ab.

Die Vertragsparteien auf Landesebene sollen nach § 10 Abs. 13 KHEntgG die Höhe des FDA bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2016, vereinbaren.

Aus Sicht der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN) ist die Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen auf Landes- sowie auf Ortsebene an drei Punkten als besonders kritisch einzustufen. Es ist davon auszugehen, dass die vorgesehenen Regelungen erhebliche negative Auswirkungen auf die Krankenhäuser bundesweit haben werden sowie mit den Interessen der Landeskrankenhausplanung kollidieren.

Vor diesem Hintergrund schlägt die KGSAN folgende Änderungen an den entsprechenden Rechtsvorschriften vor:

1. Berücksichtigung des Ausnahmetatbestands Krankenhausplanung beim FDA

Bisher wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern zu gewährleisten (§ 4 Abs. 2a S. 3 KHEntgG).

Für den Fixkostendegressionsabschlag sieht § 4 Abs. 2b KHEntgG dagegen nur noch einen Ausnahmetatbestand vor, der einen **„zusätzlich bewilligten Versorgungsauftrag, für den bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand“** voraussetzt. Diese neue Formulierung des Ausnahmetatbestandes lässt große Interpretationsspielräume zu,

die aus Sicht der KGSAN dazu führen werden, dass weite Teile der von der Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern nicht mehr umsetzbar sind, weil sie einem 3-jähren Fixkostendegressionsabschlag unterfallen würden.

Durch die Wiederaufnahme des bisherigen Ausnahmetatbestandes in § 4 Abs. 2b KHEntgG kann diese negative Auswirkung verhindert werden.

Vor diesem Hintergrund bittet die KGSAN, sich für folgende Änderungen bei der Regelung zum FDA einzusetzen:

§ 4 Abs. 2b S. 3 Ziffer 1c KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„c) zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogrammes des Landes."

2. Vollständiger Entfall des (hälftigen) FDA bei Leistungsverlagerungen

Der FDA sieht vor, dass nach § 4 Abs. 2b S. 4 KHEntgG für Mehrleistungen eines Krankenhauses, die dadurch begründet sind, dass Leistungen zwischen Krankenhäusern verlagert werden, ohne dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses ansteigt, der FDA in halber Höhe anzuwenden ist.

Die intensiven Bemühungen zahlreicher Krankenhausträger, Leistungsabstimmungen zwischen Krankenhausstandorten zu erreichen, werden durch die neu eingeführte Regelung konterkariert.

Die Konzentration stationärer Leistungen an dem Standort, der hierfür die besten Voraussetzungen erfüllt, ist versorgungspolitisch zu unterstützen, insbesondere bei benachbarten Krankenhäusern, um zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beizutragen. Unwirtschaftliche Mehrfachvorhaltungen können hierdurch vermieden werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um Versorgungsangebote mit hoher Komplexität handelt. Außerdem wird im Zusammenhang mit einer Konzentrationsmaßnahme in der Regel auch ein Kapazitätsabbau verbunden sein.

Zudem ist die Erhebung eines hälftigen FDA nicht mit den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform vereinbar. Dort heißt es, "Häuser, die aufgrund von Konzentrationen von nicht vermehrbaren Leistungen, Mehrleistungen erbringen, sollen nicht bestraft, aber auch nicht bessergestellt werden." Die Anwendung von § 4 Abs. 2b S.4 KHEntgG ist als eine Bestrafung für die betroffenen Krankenhäuser zu werten und entspricht damit nicht den „ursprünglichen" Absichten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe.

Soweit durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern insgesamt keine Leistungssteigerungen eintreten, ist nach Auffassung der KGSAN die Anwendung des FDA alleine aus versorgungspolitischen Gründen völlig inakzeptabel.

Vor diesem Hintergrund bittet die KGSAN, sich für folgende Änderungen bei der Regelung zum FDA einzusetzen:

§ 4 Abs. 2b S. 4 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 nicht anzuwenden;“

3. Bundeseinheitliche Festlegung der Höhe des FDA

Nach § 10 Abs. 13 KHEntgG ist vorgesehen, dass die Höhe des Fixkostendegressionsabschlages durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu vereinbaren ist. Nach welchen Maßgaben der FDA festgelegt werden soll, ist völlig offen. Die Vorgaben in § 10 Abs. 13 KHEntgG sind aus Sicht der KGSAN sehr unklar gefasst. Die 16 Landeskrankenhausgesellschaften gehen vor diesem Hintergrund übereinstimmend davon aus, dass eine Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen aufgrund der hohen Relevanz für beide Verhandlungsseiten nicht möglich sein wird. Es ist daher mit Schiedsstellenverfahren in allen Bundesländern sowie sich anschließenden Gerichtsverfahren zur Höhe des Fixkostendegressionsabschlages auf Landesebene zu rechnen. Hierdurch entsteht eine jahrelange Rechtsunsicherheit über die Höhe der einzelnen Krankenhausbudgets. Dies ist nicht hinnehmbar.

Durch Festlegung der Höhe des Fixkostendegressionsabschlages in § 4 Abs. 2b KHEntgG in Höhe von 25%, wie bei der bisherigen Regelung zum Mehrleistungsabschlag, können diese Schiedsstellen- und Gerichtsverfahren vermieden werden.

Die KGSAN bittet daher, sich für folgende Änderungen bei der Regelung zum Fixkostendegressionsabschlag einzusetzen:

§ 4 Abs. 2b S. 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, ein Fixkostendegressionsabschlag in Höhe von 25 Prozent anzuwenden.“

§ 10 Absatz 13 KHEntgG wird gestrichen.

Die Genehmigung des FDA (bspw. nach § 14 KHEntgG) durch die zuständige Landesbehörde ist **nicht** vorgesehen. Sollte es nicht - wie vorgeschlagen - zur ersatzlosen Streichung von § 10 Abs. 13 KHEntgG und der damit verbundenen Anpassung von § 4 Abs. 2b S. 1 KHEntgG kommen, wäre insbesondere vor dem Hintergrund der Relevanz dieses Themas zumindest § 10 Abs. 14 S. 1 KHEntgG um den FDA nach § 10 Abs. 13 KHEntgG zu ergänzen.

Sollte der FDA von einer Schiedsstelle festgesetzt werden müssen, ohne dass es einer Genehmigung bedarf, wäre die Schiedsstelle direkt zu beklagen. Alleine um die Schiedsstellenverfahren vor umfangreichen Gerichtsverfahren zu schützen, sollte eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde vorgesehen werden.

Sehr geehrte Frau Ministerin, wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich für die Umsetzung dieser Änderungsvorschläge im Rahmen des geplanten „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) einsetzten und das Land Sachsen-Anhalt eine entsprechende Bundesratsinitiative ergreifen könnte.

Für Rückfragen und ausführliche Erläuterungen stehen wir sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Schütte
Vorstandsvorsitzender

Dr. Heelemann
Geschäftsführer