

Faktenpapier zur Krankenhausreform

Die DKG und die Landeskrankenhausgesellschaften haben eine bundesweite Kampagne gegen die anstehende Krankenhausreform (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) gestartet. Auffallend ist, dass sie sich ausschließlich mit Finanzfragen, nicht aber mit Strukturen (Qualität, Pflegekräfte, Strukturfonds) beschäftigen. In Argumentationspapieren und Hochglanzbroschüren werden weite Teile der Reform abgelehnt. Dabei ersetzen Schlagworte, falsch interpretierte und unterlassene Informationen eine sachliche Auseinandersetzung mit den vorhandenen Fakten. Hier eine Gegenüberstellung der Thesen der DKG mit den Fakten, die die vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen zusammengestellt hat.

Die DKG behauptet:

„Statt des versprochenen Befreiungsschlags kommt Kahlschlag.“

Richtig ist:

Die Krankenhäuser bekommen durch die Reform mehr finanzielle Mittel.

Das Bundesgesundheitsministerium berechnet die mit der Reform einhergehenden zusätzlichen Mittel für die Krankenhäuser bis zum Jahr 2020 mit 5,3 Mrd. Euro. Der GKV-Spitzenverband geht schon bis zum Jahr 2018 von Mehreinnahmen der Krankenhäuser von bis zu 4,1 Mrd. Euro aus. Der Verband der Ersatzkassen warnt davor, dass deutlich höhere Ausgabensteigerungen möglich sind.

Die DKG behauptet:

„Mit dem Wegfall des Versorgungszuschlags ab 2017 werden den Krankenhäusern 500 Mio. Euro gekürzt.“

Richtig ist:

Es erfolgt keine Kürzung grundlegender finanzieller Mittel. Die Mindereinnahme wird durch eine Neuregelung ausgeglichen.

Der Versorgungszuschlag wurde im Jahr 2013 eingeführt, um die finanziellen Auswirkungen des seit 2011 bestehenden Mehrleistungsabschlags aufzufangen. Hiermit sollte die sogenannte „doppelte Degression“ übergangsweise neutralisiert werden, bis eine Anschlussregelung zur Mengensteuerung geschaffen wird. Es sollte hiermit ausgeglichen werden, dass bereits im Landesbasisfallwert berücksichtigte Mengensteigerungen noch einmal auf der individuellen Krankenhausebene mit niedrigeren Kosten im Budget bewertet werden.

Die Berücksichtigung von Mengenentwicklungen im LBFW entfällt künftig. Damit ist auch der Grund für die Zahlung des Versorgungszuschlages entfallen.

Die DKG behauptet:

„Für die Preisverhandlungen auf der Landesebene werden den Krankenkassen neue Kürzungskriterien an die Hand gegeben. Dies führt zu Preiskürzungen.“

Richtig ist:

Die finanziellen Mittel werden nicht gekürzt.

Die im Gesetzentwurf aufgezählten Aspekte Produktivität, Fehlbelegungsvermutung und vermutetes ambulantes Potential sind im weitesten Sinne als Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu sehen. Dies ist aber bereits nach dem heute geltenden Gesetz bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen.

Die DKG behauptet:

„Neue Mehrleistungsabschläge und überzogene Fixkostendegressionsabschläge führen zu weiteren Kürzungen.“

Richtig ist:

Es gibt keine „neuen“ Mehrleistungsabschläge!

Der in 2016 vereinbarte dreijährige Mehrleistungsabschlag muss auch noch in 2017 und 2018 wirken, um den vorab an die Krankenhäuser gezahlten Versorgungszuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro zu kompensieren. Die Weiterführung des dreijährigen Mehrleistungsabschlages für die vereinbarten Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 ist folgerichtig.

Mit dem Wirksamwerden der Verlagerung der Mengenberücksichtigung von der Landes- auf die Krankenhausebene im Jahr 2017 wird die Kombination aus Versorgungszuschlag und dem bisherigen Mehrleistungsabschlag abgeschafft. Zur Vermeidung von Fehlanreizen unterliegen auch die Mehrleistungen der Jahre 2015 und 2016 jeweils dem bisherigen dreijährigen Mehrleistungsabschlag. Für das Jahr 2017 und die Folgejahre neu vereinbarte zusätzliche Leistungen unterliegen dem neuen Fixkostendegressionsabschlag.

Die DKG behauptet

„Die Fixkostendegressionsabschläge werden höher sein, länger wirken und sind mit weniger Ausnahmen versehen.“

Richtig ist:

Die befristete Wirkung auf Krankenhausebene wird mittelfristig zu einer Ausgabensteigerung der GKV führen.

Getauscht wird die bisherige dauerhafte Wirkung über den Landesbasisfallwert mit einem fünfjährigen Abschlag in unbestimmter Höhe und mit Ausnahmetatbeständen.

Die DKG behauptet

„Eine ab 2020 geltende Regelung sieht vor, dass der Bundesbasisfallwert nicht mehr mit der Grundlohnrate weiterentwickelt wird, sondern mit der durchschnittlichen Vereinbarungsrates der Landesbasisfallwerte, die regelmäßig niedriger liegt.“

Richtig ist:

Über die finanziellen Auswirkungen ab dem Jahr 2021 kann allenfalls spekuliert werden. Diesen Aspekt als aktuelle Mehrbelastung darzustellen, ist äußerst fragwürdig.

Mit der Neuregelung, die erst ab 2021 wirkt, wird das Problem gelöst, das die bisherige fehlerhafte Weiterentwicklung des Bundesbasisfallwertes korrigiert und auf die tatsächlich vereinbarten Landesbasisfallwerte als Basis abgestellt wird. Entgegen den Behauptungen der DKG werden Tarifsteigerungen dabei berücksichtigt.

Die DKG behauptet:

„Die Absenkung der Bewertungsrelationen entspricht einer massiven Preiskürzung.“

Richtig ist:

Inwieweit Mehrbelastungen der Krankenhäuser eintreten, lässt sich nicht abschätzen. Die DKG und die KGNW verschweigen insbesondere, dass auf diese Leistungen kein Fixkostendegressionsabschlag anfällt.

Mit der Neuregelung soll bereits eingetretenen oder zu erwartenden wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen entgegengewirkt werden. Für diese Leistungen wird weniger Geld bezahlt, um wirtschaftliche Anreize zu verringern.

Die DKG behauptet

„Die Krankenhäuser müssen künftig für schlechte Qualität Vergütungsabschläge hinnehmen.“

Richtig ist:

Die Krankenkassen sehen in Abschlägen bei Qualitätsdefiziten keine sinnvolle Lösung. Die Krankenkassen wollen an schlechter Qualität in der Versorgung ihrer Versicherten nicht verdienen.

Die Krankenkassen treten deshalb dafür ein, dass Leistungserbringer, die den Qualitätsstandards nicht entsprechen, perspektivisch aus der Versorgung ausscheiden. Die DKG und die KGNW verschweigen darüber hinaus, dass es künftig auch Qualitätszuschläge geben soll, die die Vergütungsabschläge nach Einschätzung des Gesetzgebers überkompensieren werden.

Die DGK behauptet:

„Die Rahmenbedingungen für die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen verschlechtern sich.“

Richtig ist:

Der Gesetzgeber plant Mehrausgaben ab 2017 in Höhe von 90 Mio. Euro jährlich. Eine Mehrbelastung der Krankenhäuser zu unterstellen, ist eine gewagte Konstruktion.

Durch die Klarstellung im Gesetzentwurf wird verhindert, dass Krankenhäuser, die mit dem Gesamthaus Überschüsse erwirtschaften und nur in Teilbereichen keine Kostendeckung erzielen, noch zusätzlich Sicherstellungszuschläge vereinnahmen können.

Die DKG behauptet:

„Die Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind mit rund 1 Mrd. Euro jährlich unterfinanziert.“

Richtig ist:

Die Finanzierung der ambulanten Notfallleistungen in Krankenhäusern ist überprüfungswürdig.

Die Höhe dieser Forderung ist beispielsweise angesichts unterschiedlicher Einnahmetöpfe der Krankenhäuser allerdings mehr als fragwürdig und bedarf einer genaueren Betrachtung statt einer einfachen ungesicherten Erlösforderung.

Was die DKG und die KGNW verschweigen:

- Die Hochschulambulanzen werden 265 Mio. Euro jährlich Jahr zusätzlich erhalten.
- Ab 2016 werden die Krankenhäuser zusätzliche Mittel in der Größenordnung von 90 Mio. Euro für Mehrkosten aus G-BA-Beschlüssen erhalten.
- Die Vergütung der Krankenhausambulanzen wird um 40 Mio. Euro erhöht.
- Ab 2016 erhalten die Krankenhäuser zusätzliche Mittel für Zentren in Höhe von 90 Mio. Euro, ab 2017 180 Mio. Euro.
- Die Angleichung an den Bundesbasisfallwert bringt allein den NRW-Krankenhäusern 2014 zusätzlich 200 Mio. Euro, 2015 zusätzlich 115 Mio. Euro und 2016 voraussichtlich weitere 37 Mio. Euro.
- Die allgemeine Kostenentwicklung in den Krankenhäusern ist deutlich niedriger als die Preissteigerung, die über den Landesbasisfallwert erzielt wird.
Der krankenhausspezifische Orientierungswert (eine Rechengröße, die von der DKG und der KGNW immer als Maßstab gefordert wurde) liegt 2014 bei 2,04 Prozent (Personalkosten + 2,65 Prozent, Sachkosten + 1,04 Prozent). Die Grundlohnrate (verbindliche Größe für die Berechnung des LBFW) lag 2014 bei 2,81 Prozent.
Der Orientierungswert liegt 2015 bei 1,44 Prozent (+1,89 PK, + 0,74 SK); die Grundlohnrate bei 2,53 Prozent.
Durch eine Meistbegünstigungsklausel kann der Orientierungswert nicht unter die Grundlohnrate sinken, sondern stellt die Krankenhäuser besser als andere Leistungserbringer. Dieser Effekt macht allein im Jahr 2015 rund 140 Mio. Euro für die Krankenhäuser in NRW aus.
- Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung entwickeln sich in NRW seit einigen Jahren dementsprechend äußerst bedenklich. Allein im Bereich der Ersatzkassen sind diese im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um 5,73 Prozent gestiegen; für das Jahr 2014 ist im Vergleich zu 2013 eine weitere deutliche Zunahme um 5,33 Prozent festzustellen. Auch für das Jahr 2015 ist eine ähnlich kritische Ausgabenentwicklung abzusehen.

Übereinstimmung können wir an einer Stelle feststellen:

Die völlig unzureichende Investitionsförderung durch die Bundesländer - auch durch das Bundesland NRW - ist auch nicht im Ansatz gelöst. Mit Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung betrug die Investitionsförderung der Länder noch etwa 20 Prozent; aktuell liegt diese in NRW nur noch bei 2,7 Prozent (500 Mio. Euro). Die für notwendige Investitionen fehlenden Mittel werden der Versorgung der Patienten entzogen.

Glossar

Fixkosten

Sind in einer bestimmten Zeitperiode konstant und unabhängig von der Fallzahl. Die fixen Kosten erhöhen sich nicht mit jedem zusätzlichen Patienten, der behandelt wird.

Fixkostendegression

Kennzeichnet das Sinken der fixen Kosten pro Stück mit zunehmender Fallzahl.

Fixkostendegressionsabschlag

Ist ein Abschlag vom Landesbasisfallwert (Preis) bei zusätzlichen Fallzahlen, weil die fixen Kosten je Fall sinken.

Bewertungsrelation

Wird auf der Basis einer Kostenkalkulation der Krankenhäuser für jede DRG (Fallpauschale) individuell festgelegt und spiegelt den Kostenunterschied der verschiedenen DRGs untereinander wider. Ergibt mit dem Landesbasisfallwert multipliziert den Erlös des Krankenhauses für einen Krankenhausfall. (Siehe auch Landesbasisfallwert)

Duale Krankenhausfinanzierung

Die Investitionskosten werden von den Ländern gefördert, die Betriebskosten von den Krankenkassen und anderen Kostenträgern.

Landesbasisfallwert

Einheitlicher Preis auf Landesebene für die Ermittlung der Fallpauschale. (Siehe auch Bewertungsrelation)

Grundlohnrate

Maßstab für die Bemessung der Beitragssatzstabilität bei Vergütungsverhandlungen. Veränderung der Summe der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter.

Orientierungswert

Spiegelt die Kostenstrukturen und –entwicklungen der Krankenhäuser besser wieder als die Grundlohnrate. Veränderungsrate des krankenhausspezifischen Warenkorbes. (Siehe auch Grundlohnrate)

Sicherstellungszuschlag

Vergütungszuschlag für Krankenhäuser, die mit den einheitlichen Landesbasisfallwerten ihre Kosten nicht decken können. Die Krankenhäuser müssen für die Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich sein.

Mehrleistungsabschlag

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz hat der Gesetzgeber einen unbefristeten Abschlag für Leistungen eingeführt, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen). Der Abschlag soll einen Anreiz setzen, dass in den Krankenhäusern keine unbegründete Ausweitung der Leistungsmenge erfolgt. (Siehe auch Fixkostendegression)

Versorgungszuschlag

Finanzhilfe für die Krankenhäuser, bei der die Abschläge, die Krankenhäuser hinnehmen müssen, wenn sie zusätzliche Leistungen vereinbaren, in Form eines Versorgungszuschlags an alle Kliniken zurückgeben werden. (Siehe auch Mehrleistungsabschlag)