



Bericht

der Landesregierung

Folgen aus dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung für den UKSH-Neubau

Drucksache 18/3412

Federführend ist die Ministerin für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung

A. Auftrag

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat in seiner 99. Sitzung am 16. Oktober 2015 beschlossen, die Landesregierung aufzufordern, über die Folgen aus dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) für das ÖPP-Modell zum Neubau des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein zu berichten. Der Bericht ist zur 37. Tagung (November) schriftlich vorzulegen.

Im nachfolgenden Bericht werden zunächst die Grundkonzeptionen des ÖPP-Projektes dargestellt, um nach einer Kurzbeschreibung der Ziele des Entwurfes des Krankenhausstrukturgesetzes auf die möglichen Auswirkungen auf

- a) die UKSH im Allgemeinen und
- b) das ÖPP-Projekt im Speziellen näher einzugehen.

B. Bericht

1. Kurzbeschreibung der Grundkonzeption des ÖPP-Projektes

1.1. Medizinisches Strukturkonzept

Grundlage des ÖPP-Projektes ist das so genannte Medizinische Strukturkonzept des UKSH aus dem Jahr 2008. Das Konzept wurde 2012 fortgeschrieben und die darin benannten Synergiepotenziale zuletzt im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsuntersuchung der Ergebnisse des Wettbewerblichen Dialogs im Jahr 2014 aktualisiert. Folgende Ziele, Leitlinien und Anforderungen liegen dem Konzept zu Grunde:

- Errichtung eines Zentralklinikums mit baulich-funktionalen Rahmenbedingungen für ein effizientes Prozessmanagement zur Erzielung von Einsparpotenzialen, mit interdisziplinärer Ausrichtung und gemeinsamer (flexibler) Ressourcennutzung zur Vermeidung von Doppelvorhaltungen.
- Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit zur Erzielung von Expansionspotenzialen durch Verbesserung der Attraktivität und des medizinisch-pflegerischen, baulich-funktionellen, patienten- und besucherfreundlichen Standards.
- zukunftsorientierte Ausrichtung auf demographischen Wandel, medizinischen/medizin-technischen Fortschritt und Expansionspotenziale zur Vermeidung von vorhersehbaren qualitativen und quantitativen Engpässen.
- Stilllegung von Altbauten mit hohem Sanierungsbedarf, Vermeidung von verlorenen Sanierungsinvestitionen.

Die baulich-funktionalen Strukturverbesserungen führen zu Effizienz- und Expansionspotenzialen.

Die Effizienzpotenziale werden insgesamt für folgende sieben Schwerpunktbereiche quantifiziert:

1. Zentrale Notaufnahme mit zugeordneter Aufnahmestation
2. Ambulanzzentrum
3. Normalpflegebereich
4. Intensivpflegebereich
5. OP-Bereiche
6. Funktionsdiagnostik
7. Transportbereich.

Durch die Interdisziplinarität der zentralen Notaufnahme mit der angeschlossenen Aufnahmestation wird eine effizientere Schichtbesetzung und der Abbau von Bereitschaftsdiensten ermöglicht.

Die Vergrößerung der Bettenstationen im Normalpflegebereich bei Beibehaltung der Bettenanzahl ermöglicht eine effizientere Schichtbesetzung.

Durch den Zentral-OP wird die Zahl der betriebenen OP-Säle an beiden Campi sinken. Wechselzeiten können verkürzt und der Durchsatz erhöht werden.

Eine optimierte Raumauslastung sorgt im Ambulanzbereich dafür, dass die Zahl der Ambulanzen reduziert wird.

Zudem werden Einsparpotenziale im Logistik- und Transportbereich generiert, da sich im Zentralklinikum die Wegezeiten reduzieren, nur noch „inhouse“ Patiententransporte anfallen und Materialtransporte durch ein überarbeitetes Waren-Transport-System sowie eine Rohrpostanlage kostengünstiger werden.

Für das UKSH (Einzelgesellschaft) beläuft sich die angenommene Personaleinsparung auf Basis der Effizienzpotenziale auf 391,4 VZK. Allerdings steigt infolge des wachsenden Versorgungsbedarfs im Zuge der demographischen Entwicklung insgesamt der prognostizierte Personalbedarf am UKSH. In Summe wird es daher bis zum Jahr 2022 zu leichten Personalaufwüchsen und erst im Jahr 2023 durch den Verweildauereffekt effektiv zu Personaleinsparungen kommen. Diese beziffern sich dann am Campus Lübeck auf 125 VZK (13 ÄD, 94 PD, 18 MTD/FD) und am Campus Kiel auf 194 VZK (12 ÄD, 163 PD, 19 MTD/FD), in Summe 319 VZK. Im Verhältnis zum aktuellen VZK Bestand am UKSH ohne Tochtergesellschaften entspricht dies in etwa 4%.¹ Bei der Service Stern Nord liegt die Einsparung bei 131 VZK (Logistik- und Transportbereich).

Die Expansionspotenziale basieren auf den angenommenen Entwicklungen durch den demographischen Wandel und der baulich-funktionellen Strukturverbesserung in den jeweiligen Fachabteilungen. So wird z.B. im Bereich der Pädiatrie mit einer rückläufigen Fallzahl gerechnet, im Bereich der Inneren Medizin hingegen mit einer Steigerung. Die Prognose mit dem Basisjahr 2012 wird bis zum Jahr 2025 durchgeführt, in den nachfolgenden Jahren werden gleichbleibende Deckungsbeiträge angenommen. Die Ergebnisverbesserungen spiegeln sich in der Entwicklung der Fallzahlen, des Case Mix Indexes (Schweregrad der Behandlungen) und der Verweildauer wider. Nach Fertigstellung der Neubaumaßnahmen wird durch die verbesserten baulich-funktionellen Strukturen sowie eine gestärkte Wettbewerbsfähigkeit mit einer einmaligen Schubwirkung im Bereich der Fallzahlen von 2% und bei der Verweildauer mit einer Reduzierung von 10% gerechnet. Insgesamt liegt der Gesamtprognose im Durchschnitt am Campus Lübeck eine jährliche Fallzahlsteigerung von 0,44% und am Campus

¹ VZK zum 31.12.2014: 7.606,2 nur UKSH AöR ohne Tochtergesellschaften inkl. Abgeordnetes Personal.

Kiel von 0,68% zugrunde. Absolut betrachtet entspricht dies einer Zunahme der Fallzahl am Campus Lübeck von 49.017 (2012) auf 51.876 (2025) bzw. am Campus Kiel von 49.795 (2012) auf 54.410 (2025).

1.2. Finanzierungskonzept

Das Finanzierungskonzept des ÖPP-Projektes sieht eine 75 zu 25 Verteilung der Projektfinanzierung vor. Das UKSH übernimmt 75 % der Endfinanzierung im Rahmen von Kreditaufnahmen. Der Immobilien-Partner übernimmt die Bauzwischenfinanzierung sowie die verbleibenden 25 % der Endfinanzierung.

Im Rahmen der Auftragsbekanntmachung zum Wettbewerblichen Dialog wurde festgeschrieben, dass eine Zuschlagserteilung nur dann erfolgen kann, wenn sich die Bauinvestitionen in Gänze aus der zu erwartenden Effizienzrendite refinanzieren. Diese absolute Maßnahmenwirtschaftlichkeit des ÖPP-Projektes wurde im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung bestätigt.

Die Effizienzrendite wird ermittelt aus den oben genannten Expansions- und Effizienzpotenzialen. Die für die Berechnungen zugrunde gelegten Annahmen wurden im Vorwege von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO in Zusammenarbeit mit deren Kooperationspartner PHC - Partner in Health Care GmbH im Rahmen eines gesonderten Auftrages plausibilisiert und geprüft. Die angenommenen Effekte wurden nach Art und Umfang grundsätzlich als realistisch und die Planung der Expansionspotenziale als realistisch und sachgerecht eingeschätzt.

1.3. Bauliche Konzeption

Die Grundkonzeption der ÖPP-Baumaßnahmen beruht auf dem Ziel, die Herstellung und Verfügbarhaltung der zur Optimierung der Prozesse der Krankenversorgung nötigen baulichen Strukturen umzusetzen. So soll am Campus Lübeck von der bisherigen horizontalen Bauweise im Zentralklinikum ein Erweiterungsbau entstehen, der mehr in die Höhe als in die Länge geht, um die Wegezeiten zu verkürzen. Auf dem Campus Kiel wird erstmalig ein Zentralklinikum errichtet, um die bisherige Pavillonstruktur aufzulösen.

Auf beiden Campi werden nach Umsetzung der Bauinvestitionen hochgradig sanierungsbedürftige Altbauten abgerissen. Insgesamt werden beide Campi in sinnvoller Weise neu strukturiert.

Für die Funktionsbereiche wurden Funktionsstandards festgelegt, die baulich-funktionelle Rahmenbedingungen für effiziente Betriebsabläufe schaffen und kostentreibende Engpässe vermeiden.

Für bestimmte Raumtypen sind bei der Grobflächendimensionierung Einzelraum-Standards zugrunde gelegt, die sich grundsätzlich an den auch für Allgemeinkrankenhäuser geltenden Vorgaben des Sozialministeriums Schleswig-Holstein orientieren.

Funktionsstandard von Normalpflegestationen

Grundsätzlich gilt, dass der für Funktionsräume erforderliche Flächenanteil mit steigender Stationsgröße sinkt, weil die Anzahl und Größe der Dienst- und

Funktionsräume unterproportional zur Stationsgröße steigt. Neben der Stationsgröße ist die Zusammenschaltbarkeit von Stationen auf einer Ebene relevant. Zweckmäßigerweise wurde eine Station aus 2 Funktionsgruppen zusammengestellt, die eigene Funktionsräume für die Rundenpflege erhalten, während Leitstelle, Diensträume nur einmal pro Station angelegt sind. Die Neuplanung sieht Stationsgrößen von bis zu 40 Betten bei 2 Stationen pro Ebene vor.

Funktionsstandard von Intensivpflegebereichen

Für Intensivpflegebereiche sieht die Planung vor, jeweils 2 ITS- Module mit einer wirtschaftlichen Größe von je 14 Betten mit einem IMC-Modul mit 14 bis 18 Betten zu koppeln, um im Sinne des Progressive Care-Konzeptes eine optimale Verlegungsmöglichkeit von ITS-auf IMC-Standard zu gewährleisten.

Es gibt zwar weiterhin eine fachliche Spezialisierung auf operative und konservative Intensivmedizin, doch wird grundsätzlich die klinikbezogene Zuordnung aufgegeben, um die Intensivkapazität optimal auszulasten.

Funktionsstandard für den Zentral-OP

Im neuen Zentralklinikum werden die Möglichkeiten genutzt, zentrale Dienstleistungsbereiche zu errichten. Das gilt auch für den Zentral-OP, der als Dienstleistungsbereich geführt wird und die Kompetenzen für den Einsatz des OP- und Anästhesie-Funktionsdienstes erhält. Durch höhere Auslastung der OP-Säle und gesteigerte Ressourcenproduktivität werden hohe Einsparpotenziale erzielt. Dieses Konzept wird durch baulich-funktionale Strukturen und effiziente Flächenstandards unterstützt:

- Um die OP-Säle flexibel nutzen zu können wurden die Saalgröße standardisiert, so dass die Säle mit unterschiedlicher Ausstattung, z.B. auch mit Röntgenkontrolle genutzt werden können.
- Größere OP-Säle sind beispielsweise nur für die Herzchirurgie mit der platzaufwendigen Kardioteknik erforderlich und für Hybrid-OPs.

Um die zeitliche Saalauslastung zu optimieren und Wechselzeiten zu verkürzen, war es erforderlich, die Einleitung in vorgeschalteten Einleitungsräumen vorzunehmen, die so zu bemessen sind, dass ein Einleitungsraum zwei OP-Säle bedienen kann. Rüstzonen vor dem OP verkürzen die Vorbereitungszeit für die nächste Operation. Eine große Holding-Area für den Zentral-OP gewährleistet, dass keine Leerzeiten durch Wartezeiten entstehen.

Zentralisierung der Ambulanzbereiche und Polikliniken

Die klinikbezogenen Polikliniken, Ambulanzen und Sprechstunden werden in zentralen Ambulanzbereichen organisiert, die folgende Vorteile bringen:

- Die standardisierten Untersuchungs- und Behandlungsräume können flexibel genutzt werden, so dass eine höhere zeitliche Auslastung erreicht wird.
- Eine zentrale administrative Aufnahme bringt Personaleinsparungen und sichert die Erfassung und Abrechnung ambulant erbrachter Leistungen.
- Mit der Zentralisierung wird auch im Ambulanzbereich eine Doppelverhaltung von Ressourcen vermieden.

Neustrukturierung des Ver- und Entsorgungskonzeptes

Zur Effizienzsteigerung wird in beiden Campi das gesamte Ver- und Entsorgungskonzept mit folgenden baulichen Maßnahmen neu strukturiert:

- Das bestehende Warentransportsystem (AWT) wird durch ein effizienteres „Fahrerloses Transport- System“ (FTS) ersetzt.
- Das gesamte Klinikum wird mit einer Rohrpostanlage ausgestattet.
- Die Versorgung aus der Zentralen-Sterilgut-Versorgungs-Abteilung wird auf das Fallwagenkonzept umgestellt.
- Im Zuge der Baumaßnahmen Apotheken wird das patientenorientierte, standardisierte Arzneimittelversorgungssystem Unit Dose eingeführt.

Bauliche Flexibilität

Die bauliche Struktur der Neubauten ist so konzipiert, dass sie Ein- und Umbauten für neue medizintechnische Entwicklungen möglich macht. Konkret mit folgenden Maßnahmen:

- Stützenkonstruktion mit einem weiten, ausreichenden Stützenabstand,
- Ausreichende Geschosshöhen,
- Ausreichende statische Belastbarkeit.

2. Ziele des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), welches in 1. Lesung am 2. Juli 2015 im Bundestag beraten wurde, sollen die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt, u.a. durch mehr Pflegekräfte am Krankenbett, und die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser verbessert werden.

Die im Koalitionsvertrag vom 14. Dezember 2013 zwischen CDU/CSU und SPD angekündigte Unterstützung für Unikliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung, eine gesonderte Vergütungsform für Hochkostenfälle zu entwickeln und Leistungen der Hochschulambulanzen künftig angemessen zu vergüten haben bislang keinen Eingang in den Entwurf des KHSG gefunden.

Allerdings wurden bereits im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das am 22.07.2015 in Kraft getreten ist, die Regelungen für die Versorgung in den Hochschulambulanzen geändert. Dieses wird voraussichtlich positive Auswirkungen für die Vergütung der in den Hochschulambulanzen erbrachten Leistungen haben. Eine quantitative Bewertung wird erst möglich sein, wenn auf Ebene der Spitzenverbände noch ausstehende Vereinbarungen getroffen worden sind.

Gemäß dem Bundesministerium für Gesundheit beinhaltet der Gesetzesentwurf folgende Schwerpunkte:²

- o **Qualität** wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtsicher ausgestaltet. Bei der Krankenhausvergütung wird künftig auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. Es werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden patientenfreundlicher gestaltet, denn Patientinnen und

² Siehe: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bundestag.html>

Patienten benötigen leichter nutzbare Informationen über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus.

- Zur Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung wird ein **Pflegestellen-Förderprogramm** eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2018 belaufen sich die Fördermittel auf insgesamt bis zu 660 Mio. Euro. Ab 2019 stehen dauerhaft 330 Mio. Euro pro Jahr zur Verfügung. Die dadurch geschaffenen neuen Stellen sollen ausschließlich der Pflege am Bett zugutekommen. Darüber hinaus soll beim BMG im Sommer eine Expertenkommission aus Praxis, Wissenschaft und Selbstverwaltung eingesetzt werden. Sie soll bis spätestens Ende 2017 prüfen, ob bzw. wie der besondere Pflegebedarf von demenzkranken, pflegebedürftigen und behinderten Menschen in Krankenhäusern im DRG-System oder über Zusatzentgelte sachgerecht abgebildet werden kann. Zudem soll sie einen Vorschlag erarbeiten, um sicherzustellen, dass die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms auch tatsächlich zur Finanzierung von Pflegepersonal verwendet werden.
- Zur **Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung** werden die Rahmenbedingungen für die Anwendung von Sicherstellungszuschlägen präzisiert. Krankenhäuser, die an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, erhalten ferner in Abhängigkeit der vorgehaltenen Notfallstrukturen Zuschläge. Zudem wird der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung von 10 auf 5 Prozent halbiert. Die Rahmenbedingungen für Zuschläge für besondere Aufgaben werden präzisiert. Die Spannweite der Landesbasisfallwerte wird ab dem Jahr 2016 durch eine weitere Annäherung an den einheitlichen Basisfallwertkorridor vermindert.
- Die **Neuausrichtung der Mengensteuerung** erfolgt in zwei Stufen. In einer ersten Stufe werden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ab dem Jahr 2016 Regelungen zur Einholung von Zweitmeinungen bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen eingeführt. Zudem werden Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene dazu beitragen, die Bewertung bei Leistungen mit wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken oder abzustufen. In einer zweiten Stufe erfolgt für das Jahr 2017 die Ebenenverlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Krankenhausebene.
- Zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wird ein **Strukturfonds** eingerichtet. Dazu werden einmalig Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Mit diesen Mitteln werden Vorhaben der Länder gefördert, wenn diese sich mit einem gleich hohen Betrag beteiligen. So wird maximal ein Volumen in Höhe von 1 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt. Die Fördergelder werden den Krankenhäusern nicht anstelle, sondern zusätzlich zu der notwendigen Investitionsförderung zugutekommen.
- Es bleibt dabei, dass die Bundesländer die Planung von Krankenhäusern im Rahmen der Daseinsvorsorge auch weiterhin durchführen und die not-

wendigen Mittel zur Finanzierung der Investitionen für die Krankenhäuser bereitzustellen haben.

3. Mögliche Auswirkungen des KHSG auf die Universitätsmedizin in SH im Allgemeinen

3.1. Gesetzentwurf der Bundesregierung

Für die Finanzierung des UKSH im Allgemeinen sind u.a. folgende im Gesetzesentwurf enthaltenden Neuregelungen von Relevanz:

- Wegfall des Versorgungszuschlages
- Einrichtung eines Fixkostendegressionsabschlages
- Konzentration der Notfallversorgung
- Qualitätszu- und -abschläge
- Refinanzierung von Mehrkosten infolge von G-BA-Richtlinien
- Pflegestellenförderprogramm

Der im Jahr 2013 zunächst für zwei Jahre eingeführte und dann um ein Jahr verlängerte so genannte **Versorgungszuschlag** (§ 4 Abs. 8 KHEntgG) soll nach dem Gesetzesentwurf vollständig entfallen. Der Bund hat hierfür in den Jahren 2013 bis 2015 jeweils 500 Mio. € zur Verfügung gestellt. Das UKSH hat über den Versorgungszuschlag rund 3,8 Mio. € p.a. erhalten.

Der **Mehrleistungsabschlag** nach § 4 Abs. 2a KHEntgG gilt bis zum Jahr 2016, wirkt also mit seiner dreijährigen Laufzeit noch bis zum Jahr 2018 und ist Inhalt der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern. Das UKSH hat im Jahr 2014 keinen signifikanten Mehrerlösausgleich ausgewiesen, im Jahr 2015 wird er voraussichtlich rund 1,1 Mio. € betragen.

Nach dem Gesetzesentwurf wird erstmals für das Jahr 2017 mit einer Laufzeit von 5 Jahren ein so genannter **Fixkostendegressionsabschlag** erhoben. Dieser soll als „Schutzmaßnahme“ wirtschaftliche Fehlanreize verhindern und Mehrleistungen sanktionieren. Diese Regelung kann im Bereich von nicht steuerbaren Leistungsbereichen zu einem geringeren Wachstum von Erlösen führen. Der Fixkostendegressionsabschlag ersetzt den seit Jahren bestehenden Mehrleistungsabschlag.

Die **Notfallversorgung** soll nach dem Gesetzesentwurf stärker auf adäquat ausgestattete und qualifizierte Krankenhäuser konzentriert werden, welches für das UKSH eine weitere Steigerung in diesem Bereich bedeuten würde. Dies kann als ein positiver Vorschlag gewertet werden.

In § 5 Abs. 3a KHEntgG soll durch die Möglichkeit der Vereinbarung von Qualitätszu- und -abschlägen die Berücksichtigung begründeter Besonderheiten im Krankenhaus für Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität ermöglicht werden. Bei dieser Regelung bleibt abzuwarten, ob sich dies positiv auf das UKSH auswirken könnte.

Ebenfalls positiv könnte sich der neue Abs. 3c des § 5 KHEntgG auswirken, der vorsieht, dass bis zu einer Berücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen und Zusatzentgelte befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gezahlt werden.

In § 8 KHEntgG soll nach der Befristung des Versorgungszuschlages bis zum Jahr 2016 eine neue Regelung für ein „Pflegestellen-Förderprogramm“ aufgenommen werden. Das Programm soll in den Jahren 2016 bis 2018 stufenweise mit Mitteln bis zu 660 Mio. € aufgebaut werden. Nach Ende des Förderprogramms sollen zusätzlich Mittel von bis zu 330 Mio. € im Krankenhausbereich verbleiben. Wie jedes Förderprogramm stellt auch dieses eine Chance auf zusätzliche Mittel für das UKSH dar.

Ein Ausgleich der besonderen Belastungen der Universitätsmedizin durch Extremkostenfälle in der Krankenversorgung ist im Gesetzesvorhaben nicht vorgesehen. Leistungen der Hochschulkliniken in Fällen der sogenannten Regelversorgung, die aufgrund der besonderen Umstände außerhalb der DRG-Spannweite liegen - etwa wenn Komplikationen auftreten - tragen prinzipiell zu einer Unterdeckung von Leistungen der Hochschulmedizin in der Krankenversorgung bei. Hierbei handelt es sich um ein fortdauerndes strukturelles Problem, das möglicherweise in Zukunft durch angemessenere Honorierungen im Zuge der Weiterentwicklung des DRG-Finanzierungsmodells gelöst werden kann.

3.2. Eckpunkte der Bund-Länder-AG

Am 2. Oktober 2015 hat eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein „Eckpunktepapier zum Änderungsbedarf des Entwurfes des Krankenhausstrukturgesetzes“³ veröffentlicht, wodurch der Gesetzesentwurf in einigen zentralen Punkten entschärft werden würde. Diese Eckpunkte stellen aus Sicht des UKSH eine klare Verbesserung zum vorliegenden Gesetzesentwurf dar. Dies betrifft u.a. die Forderung, den Versorgungszuschlag ab 2017 in voller Höhe durch einen Pflegezuschlag zu ersetzen. Das Mittelvolumen für den Pflegekostenzuschlag soll entsprechend pro Jahr 500 Mio. € betragen.

Eine deutliche Verbesserung stellt zudem der Vorschlag dar, den Fixkostendegressionsabschlag auf drei Jahre zu begrenzen, was dann in etwa den bisherigen Regelungen des Mehrleistungsabschlags entspricht. Zusammen mit den gleichzeitig festgelegten Ausnahmetatbeständen für die Maximalversorgungsbereiche (u.a. Leistungen bei Transplantationen, Polytraumata, Schwerbrandverletzte, Versorgung von Frühgeborenen) würde dies eine deutliche Entlastung beim UKSH bedeuten.

Beim Landesbasisfallwert sind die Einführung einer Tarifraten sowie die vollständige Streichung von Mengendegressionen und neuen Absenkungstatbeständen positiv zu bewerten. Entsprechendes gilt für die Streichung des Investitionsab-

³ Siehe „Eckpunkte zum Änderungsbedarf des Entwurfes des Krankenhausstrukturgesetzes“, Bund-Länder-AG, 2.10.2015, Download unter <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/b-l-ag-krankenhausreform.html>

schlages bei der Vergütung von ambulanten Leistungen. Positiv wird ebenfalls die Fortsetzung des Hygieneförderprogramms um weitere drei Jahre gesehen.

4. Mögliche Auswirkungen des KHSG auf das ÖPP-Projekt unter Einbeziehung der Eckpunkte der Bund-Länder-AG

4.1. Bauliche Strukturkonzeption

Die Landesregierung geht nicht davon aus, dass räumliche Folgen für den UKSH-Neubau aus dem KHSG zu erwarten sind.

Durch die oben beschriebene Raumkonzeption des ÖPP-Projektes wird deutlich, dass die Planung bereits die Weiterentwicklung der räumlichen Herausforderungen im Anbetracht einer stetigen Fortentwicklung der Medizin im Rahmen der örtlichen Gegebenheiten berücksichtigt.

Der geschlossene ÖPP-Vertrag verpflichtet den Immobilien Partner (IP) zur Erbringung der Leistung in der Art und Weise, wie sie im ÖPP-Vertrag vereinbart worden ist. Sollten dennoch Änderungen im KHSG es notwendig machen, den ÖPP-Vertrag bzw. das Leistungssoll in einzelnen Punkten anzupassen, so ist diesbezüglich anzumerken, dass der ÖPP-Vertrag eine solche Anpassung zulässt. Er ermöglicht es, auf geänderte Bedarfssituationen durch Umbau-, Erweiterungs- oder modernisierende Maßnahmen zu reagieren. Das UKSH ist grundsätzlich in der Lage, den Umfang der vom IP zu erbringenden Leistungen zu verändern, sofern ändernde rechtliche Rahmenbedingungen dies erforderlich machen sollten.

4.2. Finanzierungskonzept

Der Gesetzentwurf zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung hat nach jetzigem Stand keine direkten Auswirkungen auf das Finanzierungskonzept in Gänze sowie die Berechnung der Effizienzrendite..

Da der Versorgungszuschlag nicht in den Berechnungen berücksichtigt worden ist, ist hier keine Anpassung erforderlich.

Die Auswirkung des - durch die Bund-Länder-AG auf drei Jahre angepassten - Fixkostendegressionsabschlags kann aktuell noch nicht vollumfänglich abgeschätzt werden. Hier sind zum Einen der Wegfall des Mehrleistungsabschlags gegenzurechnen sowie zum Anderen insbesondere die Ergebnisse der jährlichen Budgetverhandlungen von wesentlicher Bedeutung. Darüber hinaus sind für den Maximalversorger UKSH relevante Ausnahmen aufgenommen worden. Die Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren, für die Zuschläge vorgesehen sind, soll durch die Vertragsparteien auf Bundesebene – also die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und den Verband der Privaten Krankenversicherung – vorgenommen werden, die Ergebnisse bleiben insofern abzuwarten. Gleiches gilt für Qualitätszu- und -abschläge, für die der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen festlegen wird.

Bezüglich der Notfallversorgung kann ebenfalls die Auswirkung nicht seriös eingeschätzt werden, da auch hier zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss bundeseinheitliche Vorgaben für ein Stufensystem in der Notfallversorgung entwickeln und sodann Notfallzuschläge oder -abschläge bundeseinheitlich von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren werden sollen.

Da die Regelungen zu den weiteren Zuschlägen neue Positionen in der Krankenhausfinanzierung darstellen, haben solche Zuschläge auch keinen Eingang in die Effizienzberechnung erhalten. Auch der Investitionsabschlag bei den ambulanten Erlösen ist nicht in der Effizienzberechnung enthalten. Entsprechendes gilt für die Verbesserungen im Bereich des Landesbasisfallwertes. Basis der Effizienzberechnung ist der Landesbasisfallwert von 2012.

Die berücksichtigten Personaleinsparungen dürften durch das KHSG ebenfalls nicht beeinflusst werden, da sie keinen Qualitätsrückgang darstellen, sondern in der Effizienzsteigerung durch die baulich-funktionale Strukturverbesserung ihren Ursprung haben.

Ob und wenn ja, in welcher Höhe, das UKSH von dem Pflegestellen-Förderprogramm bzw. Pflegezuschlag profitieren kann, bleibt abzuwarten.

Die allgemeinen Annahmen der Kosten- und Erlössteigerungen in der Prognose werden durch das KHSG nicht berührt.