

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

Stand: 20.11.2008

**Stellungnahme**

**des AOK-Bundesverbandes**

**zum**

**Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zum ordnungs-  
politischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr  
2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) (BR-DRs.  
696/08, BT-DRs. 16/10807)**

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

### **Vorbemerkung und Kurzbewertung**

Mit dem Gesetzesentwurf zum KHRG verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, ein separates Gesetz für den Zeitraum nach Ende der Konvergenzphase vorzulegen, welches die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die weitere Entwicklung im Krankenhaussektor regelt. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf für ein Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) bleibt der Gesetzgeber hinter den Möglichkeiten zur Vornahme notwendiger Änderungen zurück.

### **Fehlender Wettbewerb**

Aus Sicht der AOK ist es sehr bedauerlich, dass in dem Gesetzentwurf primär eine Erhöhung der finanziellen Ausstattung der Krankenhäuser vorgesehen ist, die vorhandenen Strukturdefizite aber bestehen bleiben. Die dringend notwendige Förderung des Wettbewerbs, beispielsweise durch Einzelverträge zwischen Krankenhäusern und Kassen bei gleichzeitiger Lockerung des Kontrahierungszwangs im stationären Sektor, unterbleibt. Dabei sind planbare Leistungen und die grundsätzlich selektiven Leistungen des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b SGB V hervorragend für selektivvertragliche Gestaltungsoptionen geeignet. Die Vorzüge eines Vertragswettbewerbs in diesen Bereichen sind offensichtlich. Der Vertragswettbewerb fördert Qualitäts- und Effizienzsteigerungen sowie günstigere Preis-Leistungsverhältnisse im Bereich der stationären Versorgung. Durch das Aufweichen des Prinzips der gemeinsam und einheitlich verhandelten Kollektivbudgets könnten neue, individuelle Versorgungs- und Vergütungsformen für die gesetzlich krankenversicherten Patienten im Krankenhausbereich entwickelt werden. Hierzu müssten ergänzend wirkungsvolle Budgetbereinigungsmechanismen im stationären und vertragsärztlichen Bereich geschaffen werden. Die wesentliche Zielsetzung eines politisch erwünschten Wettbewerbs um Wirtschaftlichkeit zwischen den Krankenhäusern durch die Einführung des DRG-Systems wird konterkariert, indem der Gesetzgeber entscheidet, welches Krankenhaus wie belohnt wird – unabhängig von den Erfolgen der Krankenhäuser hinsichtlich Qualitätssicherung und -steigerung, Optimierungs- und Restrukturierungsprozessen sowie Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Solche Maßnahmen führen zwangsläufig zu Fehlallokationen.

### **Drohende Mehrausgaben und notwendige Maßnahmen**

Zusammen mit den normalen Ausgabensteigerung führen die geplanten Änderungen im Rahmen des KHRG nach Hochrechnungen des AOK Bundesverbandes zu 4,5 Mrd. Euro Mehrausgaben für die Gesetzlichen Krankenversicherungen.

---

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

Von daher ist es sehr zu begrüßen, dass sich in der Gegenäußerung der Bundesregierung vom 07.11.2008 zu der Bundesrats-Stellungnahme des KHRG-Entwurfs eine entsprechende Ankündigung findet, wonach die Begrenzung der Mehrausgaben durch „geeignete Maßnahmen im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sichergestellt“ werden.

Es bleibt aber festzuhalten, dass wirksame Ansätze der Bundesregierung zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs im vorliegenden Gesetzesentwurf noch nicht enthalten sind.

Für eine wirkungsvolle Ausgabenbegrenzung müssen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nachfolgenden Maßnahmen umgesetzt werden:

**1. Adjustierung der Landesbasisfallwerte auf die durchschnittlichen  
krankenhausindividuellen Basisfallwerte**

Aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung von Mengensteigerungen bei krankenhausindividuellen Basisfallwerten und Landesbasisfallwerten liegt die überwiegende Zahl der durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte unterhalb der Landesbasisfallwerte. Damit droht mit dem Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 ein nicht sachgerechter Ausgabensprung durch die konvergenzbedingte Anhebung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an die entsprechenden Landesbasisfallwerte.

Dieser Effekt kann über eine Adjustierung der Landesbasisfallwerte auf die durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte vermieden werden.

**2. Wirksame Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert in der Höhe der variablen Kosten**

Effekte einer kostengünstigeren Leistungserbringung sind insbesondere bei Leistungsmengensteigerungen wirksam und umsetzungssicher zu berücksichtigen. Denn mit steigender Menge sinken grundsätzlich die Durchschnittskosten, da lediglich die variablen Kosten steigen und die fixen Kosten konstant bleiben.

Daher ist zur Vermeidung überflüssiger Mehrkosten im Rahmen des Entwurfs des KHRG eine wirksame und umsetzungssichere Absenkung der Landesbasisfallwerte in der Art vorzunehmen, dass sich der Ausgabenzuwachs infolge von Leistungssteigerungen nur die Veränderungen der variablen Kosten widerspiegelt.

**Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)**

---

### **3. Ablösung der Mindererlösausgleiche**

Die Vergütung des Krankenhauses richtet sich nach Ablauf der Konvergenzphase im Jahr 2009 grundsätzlich nach der Höhe des Landesbasisfallwerts und dem erbrachten DRG-Leistungsvolumen (Casemix). Aufgrund der Tatsache, dass der Landesbasisfallwert als von außen vorgegebene Größe in die Krankenhausverhandlungen einfließt, bleibt als einziger Verhandlungstatbestand mit dem Krankenhaus die Menge. Mehrleistungen werden ab 2009 zu 100 Prozent des Landesbasisfallwerts vergütet. Dabei liegt es auf der Hand, dass jedes Krankenhaus das Ziel verfolgen wird, Fallzahl und Casemix so hoch wie möglich zu vereinbaren. Mit diesem Kalkül kann jedes Krankenhaus ohne jegliches finanzielle Risiko seinen Gewinn maximieren, weil es damit einerseits ausschließt, Mehrererlöse zurückzahlen zu müssen und andererseits auf Mindererlösausgleiche spekulieren kann.

Da hierdurch von einer wechselseitigen Absicherung des Mengenrisikos durch Erlösausgleiche also keine Rede mehr sein kann, sind Mindererlösausgleiche auf null Prozent zu setzen.

#### **Kurzbewertung Gesetzentwurf KHRG**

Hinsichtlich der im KHRG geplanten oder diskutierten Änderungen sieht der AOK-Bundesverband folgende Punkte als problematisch an:

#### **1. Einführung eines Orientierungswertes und damit Ablösung der Grundlohnsummenanbindung**

Die bisherige Veränderungsrate soll für den Krankenhausbereich durch die Einführung eines neuen Veränderungswertes (Anteil Orientierungswert) abgelöst werden. Der Orientierungswert soll explizit die Entwicklung der Krankenhauskosten und -strukturen berücksichtigen. Die Höhe des Veränderungswertes und das Jahr seiner Anwendung werden durch das BMG per Rechtsverordnung nach Anhörung der Länder bestimmt.

Die bundesweit vereinbarten Budgeterhöhungen wiesen in den letzten Jahren eine deutlich höhere Steigungsquote als die Grundlohnrate auf. Dies zeigt, dass eine Deckelung der Krankenausgaben de facto nicht besteht. Vielmehr existiert bereits eine beträchtliche Ausgabensteigerung. Da die Effekte des DRG-Systems auf die Optimierung der Kostenstrukturen in den Krankenhäusern nicht konterkariert werden sollten, ist die Einführung des Orientierungswertes abzulehnen.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes würde dieser branchenspezifische Inflationsausgleich das überkommene Prinzip der Selbstkostendeckung weitge-

---

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

hend wiederbeleben. Dies hat zur Folge, dass die notwendige Kapazitätsanpassung im Krankenhausmarkt nicht erfolgen wird, weil der Gesetzgeber, wenn Krankenhäuser unter finanziellen Druck geraten, sofort mit Finanzhilfen reagieren wird. Dadurch wird das gesundheitspolitische Ziel der Beitragssatzstabilität gefährdet.

**2. Konvergenzsystematik der Landesbasisfallwerte auf den Bundesbasisfallwert**

Innerhalb einer fünfjährigen Konvergenzphase von 2010 bis 2014 sollen sich die Landesbasisfallwerte auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor angleichen. Der AOK-Bundesverband stellt an die Einführung des Bundesbasisfallwertkorridors und des fiktiven Bundesbasisfallwerts die Anforderung einer strikten Ausgabenneutralität. Diesbezüglich bestehen Zweifel. Die im Entwurf des KHRG vorgesehene Konvergenzsystematik der Landesbasisfallwerte auf den einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor weist eine ähnliche Problematik auf wie die Konvergenz der krankenhausindividuellen Basisfallwerte auf die Landesbasisfallwerte von 2005 bis 2008. Es besteht damit das Risiko, dass ein Bundesbasisfallwert - wie die Landesbasisfallwerte - in Folge nicht funktionierender Angleichungsmechanismen im Rahmen einer Konvergenzsystematik zu Mehrausgaben führt.

**3. Änderungsantrag des Bundesrates zur Berücksichtigung von Zuschlägen zu Maßnahmen zur Arbeitszeitverbesserung (AZV) und zum Pflegesonderprogramm im Landesbasisfallwert**

Vor dem Hintergrund der schrittweisen Anpassung der Landesbasisfallwerte auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor von 2010 bis 2014 fordert der Bundesrat, die Landesbasisfallwerte in 2010 nach dem ersten Angleichungsschritt **nachträglich** um die Höhe des Finanzvolumens für Maßnahmen zur Arbeitszeitverbesserung und in 2012 um die Höhe der Zuschläge zum Pflegesonderprogramm zu erhöhen. Dies würde im Bereich AZV ab 2010 zu Mehrausgaben von bis zu 550 Mio. Euro und im Bereich des Pflegeprogramms in 2012 zu einer Ausgabensteigerung von bis zu 450 Mio. Euro führen. Der Änderungsantrag des Bundesrats ist daher aufgrund der drohenden Doppelfinanzierung abzulehnen. In jedem Fall ist zur korrekten Berücksichtigung der genannten Finanzierungstatbestände das vereinbarte Volumen der Zuschläge stattdessen prospektiv im einheitlichen Basisfallwert ausgleichsfähig einzubeziehen.

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

#### **4. Ermöglichung der Umstellung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung der Länder auf leistungsbezogene Investitionspauschalen**

Der Entwurf des KHRG sieht die Umstellung der Investitionsförderung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen für DRG-Häuser ab 2012, für Psychiatriehäuser ab 2014 vor. Grundsätzlich ist eine regelgebundene Pauschalfinanzierung im Sinne der DRG-Logik zu befürworten, die mit einer stärkeren Planungssicherheit für die Krankenhäuser einhergeht.

Die Länder sollten allerdings, wie im Referentenentwurf ursprünglich vorgesehen war, verpflichtet werden, mehr Mittel für Krankenhausinvestitionen als bisher zur Verfügung zu stellen. Zumindest sollte ein Investitionsvolumen festgesetzt und eine angemessene Investitionsquotenfinanzierung entwickelt werden. Aufgrund der im KHRG bestehenden Möglichkeit für die Länder, ihre Investitionsvolumina weiter beliebig abzusenken und zwischen Pauschal- und Einzelförderung frei zu wählen, ist das Problem, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen, somit aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht gelöst.

#### **5. Anteilige Finanzierung der Tariflohnsteigerungen für 2008 und 2009**

Kurzfristig wird allein die vorgesehene anteilige Finanzierung (zu 50 Prozent bezogen auf die Personalkosten) der über die Grundlohnrate hinaus gehenden Tariflohnerhöhungen der Jahre 2008 und 2009 zu Mehrausgaben von 1,3 Mrd. Euro auf GKV-Seite führen. Diese Regelung verkennt, dass bereits heute Kostensteigerungen im Personalbereich in die Landesbasisfallwertberechnung mit einfließen. Es besteht die Gefahr einer unsachgerechten Doppelfinanzierung. Darüber hinaus ist das Risiko vorhanden, dass Tarifabschlüsse letztlich zu Lasten Dritter in Form der Beitragszahler erfolgen. Eine auch nur anteilige Refinanzierung kann somit Fehlanreize für die Tarifverhandlungen bewirken und ist in jedem Fall abzulehnen.

#### **6. Sonderprogramm zur Einstellung von Pflegepersonal**

Die vorgesehene Regelung des Sonderprogramms für Pflegepersonal, das die bis zu 21.000 zusätzlichen Stellen zu 70% unter Berücksichtigung einer Obergrenze finanziell stützt, verkennt, dass der Rückgang des Pflegepersonals während der letzten Jahre einer veränderten Bettenauslastung, Arbeits- und Versorgungsstruktur geschuldet ist. Insbesondere die Auslastungsquote und der Verweildauerrückgang sowie die Verlagerung pflegerischer Tätigkeiten in nachgelagerte Bereiche sind dabei die treibenden Faktoren der Personalverlagerungen in der Pflege - wohlgerne nicht der -freisetzung. Daher ist ein Sonderprogramm aufgrund der damit verbundenen Fehlallokationen abzulehnen.

---

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

## **7. Einführung eines tagespauschalierten Systems in der Psychiatrie**

Ab 2013 ist die Einführung eines pauschalierten tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser vorgesehen. Dies wird aus Sicht des AOK-Bundesverbandes grundsätzlich begrüßt, allerdings ist eine Vermischung der empirischen Ermittlung patientenbezogener Kriterien mit den Leistungskomplexen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) abzulehnen. In jedem Fall ist zur Prüfung verschiedenster Versorgungsformen die Schaffung von Modellprojekten im psychiatrischen Bereich zu ermöglichen. Zusätzlich ist die bisherige nicht vorhandene Schiedsstellenfähigkeit über Leistungsveränderungen in der Psychiatrie beizubehalten.

### **Fazit:**

Insgesamt entfallen durch die geplanten Regelungen im vorliegenden Gesetzesentwurf die Anreize in den Krankenhäusern zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Durch die Einführung des Orientierungswertes und der von den Krankenkassen finanziell zu tragenden Sonderprogramme wird das Prinzip der Selbstkostendeckung wiederbelebt.

Auch wenn über die geplanten Änderungen bestimmte finanzielle Risiken für die Krankenhäuser kompensiert werden können, eröffnen sich finanzielle Risiken für die Beitragszahler. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem Orientierungswert und der Grundlohnsummenentwicklung ist kurzfristig von ihnen in Form von Zusatzbeiträgen zu tragen. Mittelfristig könnten sich durch eine Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes auch Folgen für die Entwicklung der Lohnnebenkosten ergeben. Dies kann verhindert werden, indem der Krankenhaussektor stärker für den Wettbewerb geöffnet und die Mehrausgaben im Krankenhaussektor auf 3,5 Mrd. Euro begrenzt werden.

Im Folgenden werden spezielle Einzelregelungen kommentiert, die aus Sicht des AOK-Bundesverbandes besonders zu beachten sind.

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 17d KHG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psy-  
chiatrische und psychosomatische Einrichtungen)**

Artikel 1 Nummer 5: Einfügen eines § 17d KHG

Für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen soll ein neues, tagesbezogenes pauschalierendes Vergütungssystem entwickelt und eingeführt werden. Zunächst wird der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung und Einführung des Entgeltsystems erteilt. Dabei werden die Vorgaben eng an die Regelungen zum DRG-Entgeltsystem nach § 17b angelehnt.

**B. Stellungnahme**

Grundsätzlich ist die Überführung der psychiatrischen und psychosomati-  
schen Einrichtungen in ein tagespauschaliertes System nicht zu beanstan-  
den. Allerdings sollten die Transaktionskosten für diese Maßnahme so gering  
wie möglich gestaltet werden. Es ist sehr fraglich, ob zu diesem Zweck bun-  
desweite Kalkulationsverfahren und komplexe Gruppierungsalgorithmen den  
idealen Verfahrensweg darstellen. Daher sollten Möglichkeiten für Ausnahmetatbestände auf Basis von Modellprojekten gesetzlich verankert werden. Da-  
durch könnten verschiedenste Versorgungsformen geprüft werden, bevor in  
größerem Umfang psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in ein  
von hoher Bürokratie und hohen Transaktionskosten geprägtes Pauschalsys-  
tem und Kalkulationsverfahren gedrängt werden.

**C. Änderungsvorschläge**

Anpassung des § 17d zur Schaffung von Modellprojekten.

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 4 Abs. 3 KHEntgG (Vereinbarung eines Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)**

Artikel 2 Nr. 4: Änderung des § 4 Abs. 3 KHEntgG

Absatz 3 regelt, dass ein Gesamtbetrag aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG für Zwecke des Erlösausgleichs gebildet wird. Weiterhin wird aus Gründen des Bürokratieabbaus zukünftig keine Korrektur von Kodiereffekten auf Hausebene mehr stattfinden. Der Erlösausgleich wird ab 2009 im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet.

**B. Stellungnahme**

Die Bildung eines Gesamtbetrages zur Ermittlung von Mehr- oder Minderlösausgleichsbeträgen wird seitens des AOK-BV aufgrund der Vereinfachung grundsätzlich begrüßt. Allerdings müsste der gemeinsame Ausgleichssatz für Mehrerlöse auf 75% angepasst werden. Hintergrund ist, dass zurzeit der Mehrerlösausgleichssatz für DRG Fallpauschalen und Zusatzentgelten bei 65% liegt (zu vereinbarendes Erlösbudget nach § 4 Abs. 1 und 2 KHEntgG–neu) und für sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 3 KHEntgG i.V.m. § 12 Abs. 2 BPfIV bei 85% bzw. 90%. Ein gemeinsamer Mehrerlösausgleichssatz kann daher nicht 65% betragen. Ein einheitlicher Mehrerlösausgleichssatz in Höhe von 65% würde zu einer nicht sachgerechten Belastung der Krankenkassen führen und nicht dem Ziel des Gesetzgebers entsprechen. In der Begründung des Gesetzesentwurfs wird von der Vereinfachung der Erlösausgleiches gesprochen, nicht aber von der zusätzlichen monetären Belastung der Krankenkassen. Weiterhin ist der Mindererlösausgleich auf 0 % zusetzen, um zu verhindern, dass die Krankenhäuser aus strategischen Gründen zu hohe Leistungsmengen vereinbaren, die nicht erreicht werden können. Ein Verzicht auf diese Maßnahme würde dazu führen, dass die Planung unrealistischer Mengensätze bei Nichterreichung der Mengen noch mit Mindererlösausgleich in Höhe von 20 % honoriert würde.

Die Streichung des bisherigen § 4 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG wird abgelehnt. Die Aussagen in der Begründung des Gesetzesentwurfs, dass die Lernphase der Krankenhäuser inzwischen abgeschlossen sei, sind falsch. Alleine aufgrund der jährlichen Weiterentwicklung des Fallpauschalenkataloges sowie der Kodierrichtlinien beginnt zu jedem Jahresanfang ein neuer Lernprozess für die Krankenhäuser. Die folgende Auswertung des WIdO macht anhand der kodierten Nebendiagnosen je Fall deutlich, dass es nach wie vor noch veränderte Kodierung in nicht unerheblichem Umfang gibt.

---

**Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)**

---

CC rele- vant in G- DRG Ka- talog 2006	CC rele- vant in G- DRG Ka- talog 2007	Veränderung der Neben- diagnosen je Fall 2006/2007 in %
		2,18%
	relevant	22,80%
relevant		-14,75%
relevant	relevant	5,75%
		2,78%

Die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen je Fall ist von 2006 nach 2007 um 2,78% gestiegen. Noch deutlicher wird das Ausmaß der veränderte Kodierung, wenn man nur die Nebendiagnosen betrachtet, die zum ersten Mal im G-DRG Katalog 2007 CC Relevanz besaßen. Dort ist ein Anstieg gegenüber 2006 in Höhe von 22,80% zu verzeichnen. Im Gegenzug ist bei Nebendiagnosen die ab 2007 keine CC Relevanz mehr besaßen ein Rückgang von -14,75% zu verzeichnen. Dies macht deutlich, dass es sich um keine realen Veränderungen, sondern um an den neuen Katalog angepasste Kodierung handelt. Weiterhin lassen sich unterjährige Lernkurven beim Kodierverhalten nachweisen. Der Gesetzgeber ist nicht in der Lage die zukünftige Entwicklung des DRG-System vorherzusehen und sollte daher darauf verzichten, den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit zu nehmen, die Veränderungen in Katalogen/Kodierrichtlinien sachgerecht abzubilden.

Die vom Gesetzgeber im Gesetzesentwurf vorgeschlagene ausschließliche Berücksichtigung von Kodiereffekten bei Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ist unzureichend und führt zu einer Ungleichbehandlung der einzelnen Krankenhäuser. Insbesondere bei der Ermittlung der Erlösausgleiche auf Krankensebene muss weiterhin eine Trennung zwischen reeller und nomineller Leistungsveränderung erfolgen.

### **C. Änderungsvorschläge**

Abs. 3 Satz 3 erst Halbsatz – neue Fassung wird gestrichen. Keine Streichung von Abs. 3 Satz 4 – alte Fassung. Festsetzung des Ausgleichs für „sonstige Mehrerlöse“ in Abs. 3 Satz 4 – neue Fassung auf 75%.

**Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)**

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 10 Abs. 3 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)**

Artikel 2 Nr. 10: Änderung des § 10 Abs. 3 KHEntgG

Neben redaktionellen Änderungen werden in Absatz 3 die Begriffe „Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“ durch den Begriff „Ausbildungskosten“ ersetzt (vgl. § 17a KHG). Weiterhin wird klargestellt, dass die Schonbeträge der Kappungshäuser nur noch im Jahr 2009 absenkend im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen sind (vgl. § 4 Abs. 9). Außerdem wird eine redaktionelle Anpassung in Satz 1 Nr. 7 vorgenommen, weil der zukünftige § 7 zwei Absätze hat.

**B. Stellungnahme**

Die unter Satz 1 Nr. 4 vorgesehene Berücksichtigung von Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen hat sich in den zurückliegenden Verhandlungen der Landesbasisfallwerte nicht bewährt. Es war in der Vergangenheit nur selten möglich, über diesen Tatbestand nennenswerte Absenkungen des Landesbasisfallwertes durchzusetzen. Aus diesem Grund sollte eine wirksame Möglichkeit geschaffen werden, Leistungssteigerungen zukünftig nur zu ihren variablen Kosten im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen. Denn mit steigender Menge sinken grundsätzlich die Durchschnittskosten, da lediglich die variablen Kosten steigen und die fixen Kosten konstant bleiben. Daher ist zur Vermeidung überflüssiger Mehrkosten im Rahmen des KHRG eine wirksame und umsetzungssichere Absenkung der Landesbasisfallwerte in der Art vorzunehmen, dass der Ausgabenzuwachs infolge von Leistungssteigerungen nur die Veränderungen der variablen Kosten widerspiegelt.

Neben der Lösung der Problematik der mangelnden Berücksichtigung der Kostendegression im Landesbasisfallwert ist eine Adjustierung der Landesbasisfallwerte die durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte notwendig. Zur Ausgabenbegrenzung ist es notwendig, einen nicht sachgerechten Ausgabensprung am Ende der Konvergenzphase durch die konvergenzbedingte Anhebung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an die entsprechenden Landesbasisfallwerte zu verhindern. Aufgrund der unterschiedlichen Berücksichtigung von Mengensteigerungen bei krankenhausindividuellen Basisfallwerten und Landesbasisfallwerten liegt die überwiegende Zahl der durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte unterhalb der Landesbasisfallwerte. Der letzte Anpassungsschritt kann über eine Adjustierung der Landesbasisfallwerte auf die durchschnittlichen krankenhausindi-

---

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

viduellen Basisfallwerte vermieden werden. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält keine Lösungsvorschläge zur Adjustierung der Landesbasisfallwerte.

### C. Änderungsvorschläge

Es werden folgende Texte für die Absätze 2 bis 4 vorgeschlagen. Absatz 4 (neue Fassung) wird zu Absatz 5 alle anderen Absätze verschieben sich ebenfalls nach hinten. Der neue Absatz 3 soll dazu beitragen die Kostendegression bei Leistungssteigerungen wirksam im Landesbasisfallwert zu berücksichtigen. Abs. 2 Satz 1 Nr. 11 enthält einen Vorschlag zur Adjustierung der Landesbasisfallwerte auf die durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerte.

(2) Der Landesbasisfallwert gem. Abs. 1 ist um die folgenden technischen Effekte zu berichtigen:

1. für den Landesbasisfallwert 2009 der zusätzliche Betrag für die Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 KHEntgG (in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung) insgesamt vereinbarten Zuschläge,

2. für den Landesbasisfallwert 2010 der zusätzliche Betrag für die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 13 KHEntgG (in der bis zum 31.12.2008 geltenden Fassung) insgesamt vereinbarten Zuschläge,

3. für den Landesbasisfallwert 2012 der zusätzliche Betrag für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 vereinbarten Zuschläge,

4. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungskosten nicht einbezogen,

5. die Veränderungen in Folge von Verlagerungen zwischen dem Erlösbudget nach § 4 und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3,

6. die Veränderungen in Folge der jährlichen Veränderungen der über Zusatzentgelte abgerechneten Leistungen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2,

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

7. die Veränderungen der Summe der sonstigen Abschläge, insbesondere für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung.

8. die Veränderungen in Folge des von den Vertragsparteien nach vorgegebenen Veränderungsbedarfs auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,

9. die Veränderungen in Folge der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhausentgelt (InEK) vorgegebenen Katalogeffekte,

10. die Veränderungen in Folge von geänderten Abrechnungsbestimmungen,

11. die Ausgabenerhöhungen in Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren, sind vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen,

12. Soweit der gewichtete Mittelwert der vereinbarten Krankenhaus-Basisfallwerte ohne Ausgleiche für den Pflegesatzzeitraum 2008 vom Landes-Basisfallwert 2008 mit Ausgleichen und ohne Kappung abweicht, ist die Abweichung bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2009 in der Basis zu korrigieren.

(3) Im Landesbasisfallwert gem. Abs. 2 ist die allgemeine Kostendegression bei einer Steigerung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die nicht aus einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren resultiert, zu berücksichtigen. Zu diesem Zweck sind die auf den Leistungssteigerungen beruhenden zusätzlichen Ausgaben bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend zu 65 Prozent zu berücksichtigen; Basis der Berechnung ist die Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen im Vergleich zum Vorjahr auf der Krankenhausebene des laufenden Pflegesatzzeitraums.

(4) Im Landesbasisfallwert gem. Abs. 3 sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,

2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,

**Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)**

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 10 Abs. 8 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)**

Artikel 2 Nr. 10: Änderung des § 10 Abs. 8 KHEntgG

In Absatz 8 wird ein Verfahren zur schrittweisen Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen +2,5% Prozent bis -1,5% Korridor um den fiktiven Bundesbasisfallwert eingeführt. Die Konvergenz erfolgt in den Jahren 2010 bis 2014 und ist abgeschlossen, wenn ein Landesbasisfallwert den Korridor erreicht. Die Angleichung an den Korridor erfolgt in 20%-Schritten bezogen auf den jeweiligen Differenzbetrag. Der Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem die Differenz zwischen LBFW und Korridor gebildet und dieser Betrag mit dem jeweils geltenden Prozentsatz multipliziert wird. Dieser Angleichungsbetrag wird dann auf den um AZV und Pflegesonderprogramm erhöhten Landesbasisfallwert unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Sollte ein Landesbasisfallwert nach Abschluss der Konvergenz unter- oder oberhalb des Korridors liegen, erfolgt eine Angleichung an den Korridor in einem Schritt.

**B. Stellungnahme**

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes muss ein Bundesbasisfallwert und die damit verbundene Konvergenzsystematik zwingend ausgabenneutral eingeführt werden. Sollte dies nicht umsetzbar sein, stellt sich die Frage der grundsätzlichen Notwendigkeit eines Bundesbasisfallwertes, da Trendfortschreibungen der Landesbasisfallwerte zeigen, dass die Ziele des Bundesbasisfallwertkorridors tendenziell auch ohne die Einführung eines Bundesbasisfallwertes erreicht werden.

Es ist daher zu fragen, ob ein derartiges Verfahren notwendig ist. Sollte es dennoch zu einem gesetzlich geregelten Konvergenzprozess kommen, muss darauf geachtet werden, dass das Verfahren für alle Parteien transparent ist (Offenlegung der Berechnung des Bundesbasisfallwertes) und dass es zu keinen Mehrkosten im Rahmen der Einführung des Bundesbasisfallwertes für die GKV kommt.

**C. Änderungsvorschläge**

In jedem Fall darf die beabsichtigte Einführung eines Bundesbasisfallwertes und die damit verbundene Konvergenzsystematik für die gesetzliche Krankenversicherung nicht zu Mehrausgaben führen.

---

**Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)**

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 10 Abs. 9 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)**

Artikel 2 Nr. 10: Änderung des § 10 Abs. 9 KHEntgG

Absatz 9 regelt die Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts und damit des einheitlichen Basisfallwertkorridors. Die Aufgabe der Berechnung wird dem InEK übertragen. Für die Berechnung übermitteln die beteiligten Landeskrankengesellschaften die vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwerte einschließlich Berichtigung und ohne Ausgleich, sowie die zugrunde liegenden Ausgabenvolumen und effektiven Bewertungsrelationen bis zum 31. Juli jeden Jahres. Liegen nicht alle Daten rechtzeitig vor, erfolgt die Berechnung des Bundesbasisfallwertes unter Zuhilfenahme von Vorjahreswerten. Der Bundesbasisfallwert wird bis zum 30. September jeden Jahres berechnet. Das Berechnungsergebnis des InEK wird noch um die maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert erhöht. Im Falle einer Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG.

**B. Stellungnahme**

Die Intention des Gesetzgebers im Gesetzesentwurf, einen einheitlichen Basisfallwertkorridor einzuführen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Aus Gründen der Transparenz sollte die Berechnung des InEK den Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung gestellt werden. Ein gesetzlich definiertes Berechnungsschema zum Landesbasisfallwert würde die Verhandlungen auf Landesebene erheblich erleichtern und beschleunigen. Die Vorgabe eines einheitlichen Berechnungsschemas ist auch deshalb notwendig, weil nicht in allen Ländern die in Absatz 9 geforderten Ausgabenvolumina und effektiven Bewertungsrelationen in den Landesbasisfallwertverhandlungen festgehalten werden. In einem solchen Berechnungsschema zum Landesbasisfallwert müsste die Berücksichtigung der realen und nominellen Leistungsveränderungen eindeutig geregelt werden. Die vorgesehene automatische Erhöhung des Berechnungsergebnisses des InEK um die Veränderungsrate bzw. den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 ist nicht sachgerecht und führt im Laufe der Konvergenz gegen den Bundesbasisfallwertkorridor zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV. Wie hoch der oben beschriebene Effekt sein wird hängt davon ab, wie groß die Lücke zwischen Veränderungswert und den vereinbarten Landesbasisfallwerten sein wird. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der geplante Veränderungswert stärker steigen wird als die zurzeit noch gültige Veränderungsrate.

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

**C. Änderungsvorschläge**

Übermittlung der Berechnung des InEK an die Vertragsparteien auf Bundes- und Landesebene. Vorgabe eines einheitlichen Schemas zur Berechnung der Landesbasisfallwerte. Schaffung von Möglichkeiten zur wirksamen Berücksichtigung von nur anteilig zu finanzierenden Mehrleistungen und technischen Effekten (z. B. Umstellungen der DRG-Kataloge und der Kodierrichtlinien) im Landesbasisfallwert. Sollte es zur Einführung eines Bundesbasisfallwertes kommen, muss sichergestellt werden, dass es zu keinen Mehrkosten für die GKV kommt. Aus diesem Grund sollte die Lücke, die zwischen den Landesbasisfallwerten und dem Bundesbasisfallwert durch die automatische Anwendung des Veränderungswertes auf den Bundesbasisfallwert entsteht, durch eine Basiskorrektur bei den Landesbasisfallwerten und einen Ausgleich über die Absenkung des Bundesbasisfallwert der folgenden Periode geschlossen werden.

Nach Satz 5 wird folgender Satz 6 eingefügt. „Weichen die Landesbasisfallwert des folgenden Jahres von den Werten gemäß Satz 3 und 4 unter Berücksichtigung der Erhöhung nach Satz 5 zweiter Halbsatz ab, so ist bei den darauffolgenden Landesbasisfallwerten eine Basiskorrektur nach unten vorzunehmen. Die erhöhten Ausgaben in Folge der in Satz 6 beschriebenen Abweichung werden über eine entsprechende Absenkung des Bundesbasisfallwerts im darauffolgenden Jahr ausgeglichen. Maßstab für die Bemessung der Mehrausgaben ist das Produkt aus den um die Konvergenzschritte bereinigten Landesbasisfallwerten und den korrespondierenden effektiven Bewertungsrelationen.“

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 10 Abs. 11 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)**

Artikel 2 Nr. 10: Änderung des § 10 Abs. 11 KHEntgG

In Absatz 10 wird geregelt, dass die Beträge für Arzt im Praktikum im Jahr 2009 und die Beträge für die Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen im Jahr 2010 in die Landesbasisfallwerte einzurechnen sind.

**B. Stellungnahme**

Es ist sachgerecht, dass die Beträge für AIP und AZV in die Landesbasisfallwerte eingerechnet werden. Es ist jedoch falsch die abgerechneten Zuschläge zum Maßstab für die Ermittlung der entsprechenden Summen zu erheben. Die vereinbarten Zuschläge sollten als Grundlage für die Erhöhung der Landesbasisfallwerte herangezogen werden, weil diese den Beträgen entsprechen, die für AIP und AZV-Maßnahmen auf Krankenhausebene vereinbart wurden. Der Ansatz der abgerechneten Zuschläge führt zu erheblichen Mehrausgaben im Bereich der GKV und ist daher abzulehnen.

**C. Änderungsvorschläge**

In Satz 1 wird das Wort „abgerechneten“ durch das Wort „vereinbarten“ ersetzt.

Stellungnahme zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
für ein Gesetz zum ordnungspoliti-  
schen Rahmen der Krankenhausfi-  
nanzierung ab dem Jahr 2009  
Krankenhausfinanzierungsreform-  
gesetz – (KHRG)

---

**A. Beabsichtigte Neuerungen**

**§ 10 Abs. 12 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)**

Artikel 2 Nr. 10: Änderung des § 10 Abs. 12 KHEntgG

Absatz 12 stellt klar, dass die krankenhaushausindividuellen Zuschläge für die Neueinstellung von Pflegepersonal gem. § 4 Abs. 9 ab dem 1. Januar 2012 in die Landesbasisfallwerte einzukalkulieren sind.

**B. Stellungnahme**

Vgl. § 4 Abs. 9 KHEntgG hilfsweise vgl. Abs. 11

**C. Änderungsvorschläge**

Streichung des Absatzes 8 (neue Fassung) hilfsweise vgl. Abs. 11