

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes
vom 19.11.2008
zum Entwurf für ein
Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)
(BT-Drs. 16/10807 / BR-Drs. 696/08)

Berlin, 19.11.2008

Inhaltsverzeichnis:

- I) ZUSAMMENFASSENDE POLITISCHE BEWERTUNG 3

- II) DETAILLIERTE STELLUNGNAHME ZU DEN EINZELNEN
ÄNDERUNGSVORSCHRIFTEN 15



I) Zusammenfassende politische Bewertung



Der vorliegende Entwurf für ein Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes keine geeignete Grundlage für den ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. Die Regelungen sind insgesamt überproportional Ausgaben steigernd und führen zur Revitalisierung des Selbstkostendeckungsprinzips. Konzeptionell lassen sie ein durchgängiges Konzept für eine Neuordnung der stationären Versorgung vermissen. Insbesondere fehlt ein Einstieg in wettbewerbliche Optionen mit selektiven Verträgen.

Im Krankensektor zeigt sich, dass neben den traditionell strukturkonservierenden Vorgaben der Bundesländer durch die Krankenhausplanung eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bzw. zur Festlegung über Rechtsverordnungen geschaffen worden sind. Verhandlungsergebnissen in der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. einzelvertraglichen Lösungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird kaum Spielraum gegeben: die Grundsätze der Subsidiarität und Dezentralität werden zunehmend ausgehebelt. Die Grundsatzentscheidungen in der Phase der Einführung des DRG-Systems, in denen eine Ersatzvornahme durchaus als Konfliktlösungsmechanismus geeignet war, sind im Wesentlichen bereits getroffen. Vor diesem Hintergrund vertritt der GKV-Spitzenverband die Auffassung, dass anstatt diesen Trend fortzuschreiben, vielmehr über eine Begrenzung der Ersatzvornahmen im Kontext des DRG-Systems zugunsten einer Konfliktlösung über die Bundesschiedsstelle in der gemeinsamen Selbstverwaltung nachgedacht werden sollte.

Überproportional Ausgaben steigernd wirken insbesondere die Regelungen zum Durchreichen von Tarifsteigerungen, die Einstellung weiterer Pflegekräfte sowie die Ablösung der Grundlohnorientierung zugunsten eines neuen Selbstkostendeckungsprinzips in Form eines Warenkorb („Orientierungswert“). Die Krankenkassen sprechen sich stattdessen für eine auf Steigtigkeit ausgerichtete Finanzierung der Krankenhäuser, wie sie bisher durch die Grundlohnbindung sichergestellt wurde, aus. Falls dennoch an dem Konzept des „Orientierungswertes“ festgehalten werden sollte, plädiert der GKV-Spitzenverband zumindest für eine Lösung innerhalb der gemeinsamen

Selbstverwaltung, zum Beispiel im Rahmen der bereits aufgezeigten Konfliktlösung über die Bundesschiedsstelle.

Begrüßenswert ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Auftrag zur Entwicklung eines pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrische Krankenhäuser. Hierdurch wird ein weiterer Schritt hin zu transparenten Leistungsstrukturen unternommen.

Im Folgenden werden die Inhalte des Entwurfs kurz anhand der relevanten thematischen Blöcke bewertet. Hieran schließt sich eine Einzelbewertung der gesetzlichen Regelungen an.

1. Durchreichen von Tariflohnerhöhungen

Es ist beabsichtigt, im Jahr 2009 die Tariflohnerhöhungen für die Jahre 2008 und 2009 in den Landes-Basisfallwert einzubeziehen, soweit die Auswirkungen der Vereinbarungen höher sind als die Veränderungsrate (§ 10 Abs. 5 KHEntgG neu).

Diese Regelung zur quasi automatisierten Weitergabe von Tariflohnsteigerungen für 2008 und 2009 ist nach Ansicht der gesetzlichen Krankenversicherung abzulehnen. Es wäre eine Regelung zu Lasten Dritter - der Beitrags- und ggf. Prämienzahler. Tarifverhandlungen dürfen nicht zu einer automatisierten Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen führen.

Selbstverständlich sollen auch Krankenhäuser an der allgemeinen Einkommensentwicklung teilhaben. Dies geschieht jedoch bereits heute durch die Grundlohnorientierung und wird den Krankenhäusern in 2009 voraussichtlich zusätzliche Finanzmittel in Höhe von 750 Mio. Euro zuführen. Darüber hinaus werden nach Abschluss der Konvergenzphase Mehrleistungen voll durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Der Wegfall des Sanierungsbeitrags und der Wegfall der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung sind gesetzlich bereits vorgesehen. Dies bedeutet eine weitere Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser in einer Größenordnung von 550 Mio. Euro. Entgegen der Darstellung der Krankenhausesite ist

darauf zu verweisen, dass durch die bisherige Finanzierungsregelung Jahr für Jahr durchschnittlich rund eine Milliarde zusätzlicher Finanzmittel für die stationäre Versorgung durch die Krankenkassen bereitgestellt wurde. Es bedarf deshalb keiner zusätzlichen Regelung zur Weitergabe von Tarifsteigerungen.

2. Selbstkostendeckung via Warenkorb („Orientierungswert“)

Der Gesetzentwurf sieht die Festlegung eines überproportional Ausgaben steigernden „Orientierungswertes“ (§ 10 Abs. 6 KHEntgG neu) vor. Der Orientierungswert (Kostensteigerung des Krankenhauswarenkorbes) soll die gesetzliche Bindung an die Grundlohnsummenrate (§ 71 SGB V) ab 2010 ablösen.

Die Entkopplung der Krankenhausausgaben von der Grundlohnsumme zugunsten einer reinen Kostenorientierung führt zu einer „kollektiven Selbstkostendeckung“ im Krankenhausbereich. Es bedarf keiner Abkehr von der Grundlohnsummenentwicklung. Die Einführung eines Orientierungswertes ist daher abzulehnen.

Das Bundesgesundheitsministerium soll laut Gesetzentwurf nach Anhörung der Bundesländer per Rechtsverordnung festsetzen, welcher Anteil des Orientierungswertes Berücksichtigung findet (§ 10 Abs. 6 KHEntgG neu). Letzteres ist ein Beispiel für die Tendenz, die Selbstverwaltungs- und Verhandlungslösungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch diskretionäre, ministerielle Eingriffe zu ersetzen. Der Einfluss ministerialer Befugnisse hat auf allen Ebenen des Gesundheitswesens in den letzten Jahren deutlich zugenommen; Verhandlungsergebnissen in der gemeinsamen Selbstverwaltung bzw. einzelvertraglichen Lösungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird kaum noch Spielraum gegeben. Diese Entwicklung wird von der GKV abgelehnt.

3. Sonderprogramm zur Einstellung von Pflegepersonal in Krankenhäusern

Es ist beabsichtigt, für die Neueinstellung von 21.000 neuen Pflegekräften in Krankenhäusern ein Sonderprogramm aus Mitteln der Kostenträger analog der Regelungen zum Arbeitszeitprogramm im Zeitraum 2009 bis 2011 kumulativ finanziert aufzulegen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist das geplante Sonderprogramm nicht zielführend. Für Krankenhäuser entsteht ein Anreiz, Pflegepersonal unabhängig vom tatsächlichen Bedarf einzustellen. Zudem stellt es einen Eingriff in die autonomen Entscheidungen der Krankenhausträger dar. Problematisch sind außerdem diskretionäre Eingriffe in die DRG-Kalkulation und die Arbeit des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Grundlage für die einvernehmliche DRG-Entwicklung ist die Weiterentwicklung auf der Basis empirisch ermittelter Kostendaten, die auch den Pflegebedarf berücksichtigen.

Die Reduktion der Pflegekräfte hat hingegen objektive Ursachen:

- Reduktion der Verweildauer (weniger Pflegebedarf)
- Verlagerung der Pflege in andere Bereiche
- Erledigung „nichtpflegerischer“ Tätigkeit durch andere Arbeitskräfte

Es gibt eine Verlagerung pflegerischer Tätigkeit weg vom vollstationären Pfl egetag hin zur ambulanten Versorgung sowie zu Pflegeheimen und Hospizen. Es wäre falsch, ein Einstellungsprogramm zu initiieren, das Pflegekräfte vermehrt dort einstellt, wo die Pflege zunehmend weniger stattfindet.

4. Partielle Neuregelung der Investitionsfinanzierung

Der Gesetzentwurf sieht in Bezug auf die Investitionsfinanzierung vor, die bisherige Förderungspraxis der Bundesländer auf Investitionspauschalen umzustellen. Zu einer verpflichtenden Bereitstellung zusätzlicher Länder-



mittel oder der Vorgabe eines Pauschalförderanteils kommt es nicht (§ 10 KHG neu).

Einen Übergang zu einer transparenten, leistungsabhängigen Pauschalförderung der Investitionen der Krankenhäuser durch die Bundesländer hätte der GKV-Spitzenverband begrüßt. Das beabsichtigte System der Pauschalförderung löst aber bedauerlicherweise weder das Finanzierungsproblem der Krankenhäuser aufgrund rückläufiger Länderförderung, noch schafft es Transparenz im Bereich der Investitionsförderung. Im Gegenteil muss davon ausgegangen werden, dass durch den Verzicht, die Investitionsmittel zumindest auf den Stand von 2008 festzuschreiben (§ 9 a KHG i. d. F. v. 22.07.2008), und das Recht, eigenverantwortlich den Anteil der Pauschalförderung festzulegen, der schleichende Ausstieg der Länder aus der Krankenhausfinanzierung unterstützt wird.

5. Adjustierung der Vorgaben zur Vereinbarung des Landes-Basisfallwertes (§ 10 KHEntgG)

Zum Ende der DRG-Konvergenzphase „springen“ die Basisfallwerte der Krankenhäuser auf den Landes-Basisfallwert. Liegt dieser signifikant über dem gewichteten Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte, kommt es zu einem Ausgabensprung. Empirische Auswertungen zeigen in allen Bundesländern eine zum Teil erhebliche Divergenz zwischen dem landesweiten Basisfallwert und dem Mittelwert der Haus-Basisfallwerte. Die Ursache für die Abweichung liegt im Kern in der unterschiedlichen Berücksichtigung von Mengensteigerungen auf der Ebene der Haus-Basisfallwerte und der Landes-Basisfallwerte vor allem aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Vorgaben.

Zur Vermeidung der nicht beabsichtigten Ausgabensteigerungen ist es notwendig, dass zum einem die Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landes-Basisfallwert dauerhaft auf den variablen Kostenanteil begrenzt wird und zum anderen eine Adjustierung der Landes-Basisfallwerte 2009 auf den Mittelwert der Haus-Basisfallwerte erfolgt.



6. Einheitlicher Basisfallwertkorridor

Es ist beabsichtigt, im Hinblick auf die Schaffung eines Bundes-Basisfallwertes innerhalb von fünf Jahren (2010 bis 2014) einen Konvergenzkorridor von - 1,5 % bis + 2,5 % festzuschreiben, auf den die Landesbasisfallwerte konvergieren. Der noch im Referentenentwurf vorgesehene symmetrische Konvergenzkorridor von - 2 % bis + 2 % wurde in eine asymmetrische Lösung zu Lasten der Krankenkassen geändert.

Die beabsichtigte Einführung eines Bundes-Basisfallwertes darf für die gesetzliche Krankenversicherung nicht zu Mehrausgaben führen. Das ist im vorliegenden Gesetzentwurf nicht sichergestellt. Unklar bleibt, wie die zu prognostizierenden Entwicklungen (Fallzahl, Kodierung etc.) in den zu errechnenden Bundes-Basisfallwert einbezogen werden.

Es wird geplant, die LBFV-Verhandlungen im Hinblick auf die perspektivische Schaffung eines Bundes-Basisfallwertes zu vereinheitlichen (§ 10 KHEntgG neu). Im Vergleich zum Punktationspapier ist allerdings keine Regelung mehr in Bezug auf Kostendegressionseffekte bei Fallzahlsteigerungen zu Gunsten der Krankenkassen vorgesehen. Angesichts der Casemixsteigerungen von jährlich ca. 3 % ist in diesem Zusammenhang mit deutlichen Ausgabensteigerungen zu rechnen. Der GKV-Spitzenverband betont ausdrücklich die Notwendigkeit dieser technischen Regelung in Bezug auf die erbrachte Leistungsmenge und plädiert für eine entsprechende Ergänzung des Entwurfes.

7. Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems für die Psychiatrie und die Psychosomatik

Es soll bis 2013 ein tagespauschalierendes System für die Psychiatrie und die Psychosomatik eingeführt werden. Die Selbstverwaltungsparteien werden verpflichtet, das InEK zu beauftragen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die geplante Einführung eines tagespauschalierenden Systems für die Psychiatrie und die Psychosomatik. Die ge-

planten diskretionären Regelungen im Bereich der Psychiatrie-Personalverordnung und die Vermischung der empirischen Ermittlung des tagespau-schalierenden Systems mit den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung sind solange in die Betrachtung einzubeziehen, bis geeignete Leistungsparameter und Prozedurencodes für die psychiatrische Versorgung von den Selbstverwaltungspartnern entwickelt wurden. Hierzu bedarf es im Übrigen noch eines expliziten Auftrages an die Selbstverwaltungspartner. Insbesondere die erweiterte Nachverhandlungsmöglichkeit von im Rahmen der Psychiatrie-Personalverordnung nicht besetzten Personalstellen wird abgelehnt. Zudem ist an dieser Stelle anzumerken, dass die vorgesehene reine „Beauftragungsfunktion“ der Selbstverwaltungspartner dem Entwicklungsaufwand auf Selbstverwaltungsebene (Abrechnungsregeln, erweiterte Kodierrichtlinien etc.) nicht gerecht wird.

8. Technische Gesetzesänderungen zur Überleitung in den Regelbetrieb des DRG-Systems

Es sind diverse technische Änderungen in Bezug auf die Neufassung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2009 zu treffen. Die geplanten Regelungen sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht.

9. Ärztliche Weiterbildung

Die Selbstverwaltungspartner werden verpflichtet das InEK zu beauftragen, die Kosten der ärztlichen Weiterbildung in Bezug auf die Neueinführung eines Zu- und Abschlagstatbestandes unter Einbeziehung von Qualitätsindikatoren zu prüfen. Eine Regelung über Zu- und Abschläge ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes im Kontext des DRG-Systems nicht sachgerecht. Die Selbstverwaltungspartner haben bereits mehrfach über dieses Thema beraten, ohne dass sich Handlungsbedarf gezeigt hätte.

10. Ausbildungsfinanzierung

Es ist geplant klarzustellen, dass die Finanzierung der Kosten der Praxisanleitung über den Anrechnungsschlüssel hinaus zu vergüten ist und Ausbil-

dungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger pflegesatzfähig sind. Zu diesem Bereich sind bereits vielfach Regelungen auf Landesebene einvernehmlich getroffen worden; eine bundeseinheitliche Regelung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes daher nicht notwendig. Vielmehr verursacht eine bundeseinheitliche Regelung Mehrkosten in Höhe von 145 Mio. Euro.

11. Fehlende Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen

Die bislang noch in den Eckpunktepapieren vorgesehene Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist im Gesetzentwurf ersatzlos gestrichen worden.

Der GKV-Spitzenverband bedauert diese Entwicklung sehr. Es ist unverständlich, warum der Wettbewerb auf der Krankenkassenseite nicht durch die Einführung einzelvertraglicher Möglichkeiten bei hierfür geeigneten Leistungen gestärkt wird. Neben nahezu allen Krankenkassen sprechen sich u. a. der Sachverständigenrat Gesundheit und die Monopolkommission für erste wettbewerbliche Möglichkeiten im Krankenhausbereich aus. Eine Öffnung der planwirtschaftlichen Strukturen in Richtung innovativer, marktwirtschaftlicher Instrumente auf freiwilliger Basis ist überfällig. Es geht um einen Wandel im Selbstverständnis weg von der Standort- und Bettenplanung hin zu einer Aufsicht der Bundesländer im Sinne einer Verbraucherschutzbehörde. Die Krankenkassen sind bereit, transparente und verpflichtende Maßstäbe gegen sich gelten zu lassen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich für die Einführung einzelvertraglicher Wettbewerbsmöglichkeiten auch im vollstationären Bereich aus.

12. Aktuelle Qualitätssicherungsinformationen für Versicherte

Die bisherige Regelung des § 137 SGB V zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, verpflichtend lediglich alle zwei Jahre strukturierte Qualitätsberichte zu publizieren, wird inzwischen weder dem Informationsbedürfnis von Patienten nach aktuellen Strukturdaten, Behandlungszahlen und Qualitätsdaten der Krankenhäuser gerecht, noch können die Krankenhäuser

sich im Wettbewerb mittels des Mediums Qualitätsbericht mit ausreichender Aktualität der Daten positionieren. Der GKV-Spitzenverband schlägt deshalb vor, den Qualitätsbericht jährlich zu veröffentlichen.

13. Finanzielle Mehrbelastung begrenzen

Neben den wenigen Ansätzen zur Neuregelung des ordnungspolitischen Rahmens enthält der vorliegende Gesetzentwurf im Wesentlichen Mehrbelastungen der Beitragszahler. Bereits ohne dieses Gesetz ergibt sich aufgrund des Konvergenzsaldos, des Endes der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgung, der allgemeinen Grundlohnsteigerung und der voraussichtlichen Casemixsteigerung von 3 % im Krankenhausbereich eine finanzielle Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 2,65 Mrd. Euro. Die weiteren Maßnahmen des Gesetzentwurfes würden die Belastung der Beitragszahler um weitere 2 Mrd. Euro auf insgesamt 4,65 Mrd. Euro erhöhen (vgl. Tabelle).

Mehrbelastungen ohne Gesetz	Kosten/ Mehrausgaben in 2009
Ausgabensteigerung durch Wachstum der Grundlohnsumme (1,41 % lt. Bekanntmachung des BMG vom 02.09.2008)	750 Mio. Euro
Konvergenzsaldo (Angleichungsbeträge)	600 Mio. Euro
Wegfall der IV-Anschubfinanzierung (Annahme: 60 % der Verträge werden weitergeführt)	300 Mio. Euro
Mehrleistungen der Krankenhäuser (Annahme: Steigerung des Casemixvolumens wie in den Vorjahren um 3 %)	1,0 Mrd. Euro
Mehrbelastungen ohne KHRG insgesamt:	2,65 Mrd. Euro

Zusätzliche Mehrbelastungen durch den Gesetzentwurf	Kosten/ Mehrausgaben in 2009
Ausgleich für Tariflohnsteigerungen (50 % Refinanzierung in 2008 und 2009)	1,3 Mrd. Euro
Sonderprogramm Pflegepersonal (21.000 Stellen werden zu 70 % refinanziert)	235 Mio. Euro
Erweiterung der Ausbildungsfinanzierung um Praxisanleiter	145 Mio. Euro
Verbesserte Anrechnung der Pflegekräfte im Rahmen der Psychi- atrie-Personalverordnung (90 %iger Umsetzungsgrad)	70 Mio. Euro
Wegfall des Sanierungsbeitrags ab dem 01.01.2009	250 Mio. Euro
mindestens entstehende Mehrkosten insgesamt:	2,00 Mrd. Euro
Gesamtbelastung der GKV 2009:	4,65 Mrd. Euro

Bundesgesundheitsministerium und Bundesversicherungsamt sind in der Sitzung des Schätzerkreises am 02.10.2008 der Prognose des GKV-Spitzenverbandes nicht gefolgt und haben ihren Berechnungen für die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes lediglich eine Ausgabensteigerung von 3,5 Mrd. Euro zugrunde gelegt. Somit liegt dem vom Bundeskabinett am 29.10.2008 beschlossenen Beitragssatz in Höhe von 15,5 % ein um 1,1 Mrd. Euro zu niedriges Ausgabenvolumen im Krankenhausbereich zugrunde.

Um sicherzustellen, dass der Gesundheitsfonds im Krankenhausbereich nicht bereits im Jahr 2009 eine Unterdeckung aufweist, fordert der GKV-Spitzenverband eine Begrenzung der Krankenhausausgaben auf die im Beitragssatz eingerechneten 3,5 Mrd. Euro.



In einem Schreiben des GKV-Spitzenverbandes wurden Mitte Oktober des-
halb zwei Forderungen in den Mittelpunkt gestellt, die diese Begrenzung
ermöglichen:

1. Schließung der Lücke zwischen den Landes-Basisfallwerten und den durchschnittlichen krankenhausesindividuellen Basisfallwerten
2. Kürzung der Vergütung von Mehrleistungen der Krankenhäuser auf 35 %

Ansatzpunkt für beide notwendigen Änderungen ist eine Ergänzung des § 10 KHEntgG. Konkret erfordert dies eine Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte auf den Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte und eine umsetzungssichere anteilige Absenkung der Landes-Basisfallwerte bei Mehrleistungen.



II) Detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Änderungsvorschriften



Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 1
§ 10 Nr. 1 KHG (Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 beschreibt den Auftrag zur Entwicklung der leistungsorientierten Investitionspauschalen ab dem Jahr 2012 (psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2014). Bund und Länder sollen bis zum 31.12.2009 die notwendigen Grundsätze und Einzelheiten festlegen. Die Bundesländer entscheiden über den Anteil der leistungsorientierten Pauschalförderung.

Absatz 2 beauftragt die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17 b KHG, bis zum 31.12.2009 die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung zu entwickeln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen das DRG-Institut, bis zum 31.12.2010 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen für den Bereich des DRG-Vergütungssystems und bis zum 31.12.2012 auch für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik zu entwickeln und zu kalkulieren. Die hierfür erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben. Alle geplanten Entwicklungsschritte sind ersatzvornahmefähig gemäß § 17 b Abs. 7 und 7 a KHG.

B) Stellungnahme

Die grundsätzliche Idee des Gesetzgebers in Bezug auf die leistungsbezogenen Investitionspauschalen wird begrüßt. Das Verfahren ist durch die DRG-Systematik grundsätzlich bekannt und geeignet, transparente Finanzierungsbedingungen zu schaffen. Die konkrete Ausgestaltung ohne verbindliche Finanzierungsverpflichtung der Bundesländer bei gleichzeitig freier Wahl zwischen Einzel- und Pauschalförderung ist hingegen ungeeignet. Es fehlt eine Regelung, die die zunehmende Erosion der Investiti-

onsfinanzierung der Bundesländer stoppt. Hierdurch wird zudem der schleichenden Monistik Vorschub geleistet.

Die Vorgabe eines praktikablen Differenzierungsgrades in Absatz 2 ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zielführend und notwendig. Die Möglichkeit zur Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in den grundlegenden Richtungsentscheidungen wird - auch im Kontext der Erfahrungen des G-DRG-Systems - als erforderlich erachtet.

In Verbindung mit dem Investitionszuschlag nach Artikel 14 GSG ergibt sich für die Jahre 2012 und 2013 eine Doppelfinanzierung für die Krankenhäuser im Beitrittsgebiet. Daher muss der Investitionszuschlag zum 31.12.2011 auslaufen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des Investitionszuschlags nach Artikel 14 GSG ab dem 01.01.2012.

Der GKV-Spitzenverband regt an, das weitere Vorgehen in Bezug auf die Ermittlung einer Investitionsquote zur Finanzierung der Investitionen in Krankenhäusern analog der bisherigen Vorgaben im Referentenentwurf zu einer leistungsorientierten Investitionsförderung verbindlicher zu gestalten und konkrete Fristen vorzugeben. Beispielsweise könnte eine Investitionsquote für den Bereich der DRG-Fallpauschalen ab 2012 und für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik ab 2014 angestrebt werden.

Zur Sicherstellung des Leistungsbezugs der Investitionsquote schlägt der GKV-Spitzenverband vor, als relevanten Parameter das Casemixvolumen zu verwenden. Dies entspricht überdies dem Gedanken einer leistungsbezogenen Investitionspauschale.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 2 a und 2 b

§ 17 KHG (Grundsätze der Pflegesatzregelung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

In den § 17 KHG, der die Grundsätze für die Pflegesatzregelung enthält, wird ein neuer Absatz 1 a eingefügt, der die neuen pauschalierten Vergütungssysteme im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser berücksichtigt.

b)

Bei Krankenhäusern, deren Investitionskosten nach dem KHG nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, dürfen keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie für Leistungen vergleichbarer, nach dem KHG voll geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Die Änderung sieht vor, dass dies entsprechend auch bei einer anteiligen öffentlichen Förderung von Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger gilt.

B) Stellungnahme

a)

Redaktionelle Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 10 (§ 17 d KHG).

b)

Die Änderung ermöglicht es Krankenhäusern, Investitionskosten, die durch die Länder zu finanzieren sind, auf die Krankenkassen zu übertragen. Dies ist ein weiterer Beleg für den Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung und für die schleichende Einführung der Monistik. Die Regelung ist daher als nicht zielführend zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung des Buchstaben b ist zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 3 § 17 a Abs. 1 bis 4 b KHG (Finanzierung von Ausbildungskosten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, insbesondere im Hinblick auf die Frage der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege und die Sicherung der Ausbildungsfinanzierung von Hebammen und Entbindungspflegern, Rechtssicherheit in Bezug auf die Berücksichtigung im Rahmen der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets zu schaffen.

Zu diesem Zweck wird in Absatz 1 zukünftig anstelle der bisherigen Formulierung auf die „Ausbildungsvergütungen und die Mehrkosten des Krankenhauses in Folge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung in Folge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juni 2003 (Ausbildungskosten)“ abgestellt.

B) Stellungnahme

Die Änderungen hinsichtlich der Finanzierung der Ausbildungsvergütung für Hebammen und Entbindungspfleger sowie die Änderungen hinsichtlich der Finanzierung der Mehrkosten für Praxisanleiter werden vom GKV-Spitzenverband als nicht sachgerecht bewertet. Im Rahmen der Budgetverhandlungen haben die Vertragsparteien auf Landesebene hier einvernehmlich unterschiedliche Finanzierungsregelungen geschlossen, die durch diese Änderung unterlaufen werden würden. Die Landesvereinbarungen stehen im Einklang mit der Entscheidung des OVG Rheinland-Pfalz (AZ.: 7A10623/07) vom 09.11.2007. Das OVG hat festgestellt, dass die so genannten "Kosten der Praxisanleitung" bei der praktischen Ausbildung im Krankenhaus nicht zu den im Rahmen des Ausbildungsbudgets zu vereinbarenden oder festzusetzenden "Kosten der Ausbildungsstätten" gehören. Eine gesetzliche Änderung ist somit nicht notwendig.

Hilfsweise bedarf es in diesem Zusammenhang zumindest dringend einer gesetzlichen Klarstellung, dass bereits geeinigte und genehmigte Budgetvereinbarungen nicht nachträglich verändert werden.

§ 17 a KHG fordert von den Krankenhäusern lediglich den Nachweis der zweckgebundenen Verwendung der Finanzmittel, stellt hierbei jedoch auf eine Istkostendeckung ab. Folglich muss in § 17 a Abs. 7 KHG der Nachweis der Mittelverwendung auf Istkosten konkretisiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Hilfsweise bedarf es zumindest einer Klarstellung, dass die Regelung des § 17 a Abs. 3 keine Anwendung bei bereits geeinigten und genehmigten Budgetvereinbarungen findet, und Änderung des § 17 a Abs. 7 in Bezug auf den testierten Nachweis der Istkosten durch den Jahresabschlussprüfer.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 4
§ 17 b KHG - Überschrift (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
für DRG-Krankenhäuser)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

In der Überschrift wird redaktionell klargestellt, dass die Vorschrift für DRG-Krankenhäuser gilt.

b)

Die Fachgebietsbezeichnungen sowie Regelung zur Überprüfung der sachgerechten Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung werden redaktionell geändert.

c)

Die Vorgaben zum Umgang mit nicht kalkulierbaren Fallgruppen und die Voraussetzungen des Krankenhauses zur frühzeitigen Anwendung des DRG-Vergütungssystems werden gestrichen.

d)

Die bisherige Regelung zur Finanzierung des DRG-Systems über den Systemzuschlag wird auf die Bereiche der Entwicklung von leistungsbezogenen Investitionspauschalen und eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und die Psychosomatik ausgedehnt.

e)

Die bisherige Regelung zum weiteren Umgang mit den australischen Bewertungsrelationen im DRG-Fallpauschalenkatalog wird gestrichen.

f)

Die bereits bestehende Möglichkeit der Ersatzvornahme im Bereich der Finanzierung der Ausbildungsstätten wird an die geänderte Begrifflichkeit des § 17 a KHG angepasst.

B) Stellungnahme

a)

Die Änderung präzisiert den Geltungsbereich der Vorschrift.

b)

aa) Die redaktionellen Änderungen entsprechen der derzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 mit dem Stand September 2007.

bb) Die Kosten für die ärztliche Weiterbildung können bisher nicht als ökonomisch relevanter Faktor im Wettbewerb der stationären Einrichtungen erkannt werden. Darüber hinaus ist die ärztliche Weiterbildung keine ausschließliche Aufgabe der Krankenhäuser, sondern aller Versorgungsbereiche. Die angestrebte Regelung im Rahmen eines Zu- oder Abschlags im § 17 b „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser“ scheint daher an dieser Stelle nicht sachgerecht. Für eine Analyse der Kosten der ärztlichen Weiterbildung bedarf es vielmehr in einem anderem Kontext als in diesem Gesetzentwurf einer fundierten, ökonomischen Untersuchung.

c)

Es handelt sich um überholte Details der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems. Ihre Streichung ist daher sachgerecht.

d)

Die Regelung ist notwendig, um die geplanten Arbeiten an leistungsbezogenen Investitionspauschalen und dem pauschalierenden Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik finanzieren zu können.

e)

Es handelt sich um überholte Details der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems. Ihre Streichung ist daher sachgerecht.

f)

Die Möglichkeit des BMG Konflikte zwischen den Vertragsparteien durch eine Ersatzvornahme zu lösen, hat sich überlebt. Die Weiterentwicklung des DRG-Systems erfolgt seit Jahren erfolgreich durch die Vertragsparteien der Selbstverwaltung. Es ist somit überfällig, dass der Konfliktlösungsmechanismus Ersatzvornahme durch eine systemgerechte Schiedsamtlösung ersetzt wird.

Zur Bewertung der inhaltlichen Änderungen im Bereich der Ausbildungsfinanzierung gemäß § 17 a KHG vergleiche die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 3.

C) Änderungsvorschlag

a)

kein Änderungsvorschlag

b)

aa) kein Änderungsvorschlag

bb) Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

c)

kein Änderungsvorschlag

d)

kein Änderungsvorschlag

e)

kein Änderungsvorschlag

f)

Die Ersatzvornahmekompetenz des BMG wird gestrichen und durch eine Schiedsamtlösung ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 5 Hinzufügung § 17 d KHG („Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 17 d KHG regelt die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen; die Anwendung auf psychiatrische Institutsambulanz soll geprüft werden.

Die Grundstruktur des Vergütungssystems soll bis zum Ende des Jahres 2009 vereinbart sein. Bis 2012 sind die ersten Entgelte zu vereinbaren. Die budgetneutrale Umsetzung erfolgt 2013. Sie wird zwischen den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG vertraglich geregelt.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Einführung eines budgetneutralen Pauschalierungssystems in der Psychiatrie und der Psychosomatik überfällig und daher zu begrüßen. Der Einschluss der normativen Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) steht gleichwohl im Widerspruch zum empirischen Ansatz der Entwicklung der Pauschalen. Die Psych-PV als Grundlage für tagesbezogene Pauschalen ist ohne eine weitere Begründung nicht nachvollziehbar und daher als unbegründet zurückzuweisen.

Die Möglichkeit des Eingreifens des Gesetzgebers durch Rechtsverordnung bei Nichterfüllen der vorgegebenen Termine unterstreicht die Ernsthaftigkeit dieses Vorhabens und wird vom GKV-Spitzenverband positiv bewertet.

C) Änderungsvorschlag

Die Psych-PV als Grundlage für tagesbezogene Pauschalen ist zu streichen.

Keine weiteren Änderungsvorschläge



Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 6
§ 28 Abs. 4 KHG (Klarstellung zur Rechtssicherheit bezüglich der Auswertung
der § 21-Daten durch das Statistische Bundesamt)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung der Wörter „als Bundesstatistik“ wird klargestellt,
dass für die Auswertung der § 21-Daten durch das Statistische Bundes-
amt Rechtssicherheit besteht.

B) Stellungnahme

Bereits mit Artikel 18 Nr. 9 Buchstabe b des GKV-Wettbewerbs-
stärkungsgesetzes vom 26.03.2007 wurde die Rechtsgrundlage für eine
Auswertung der Leistungsdaten der Krankenhäuser nach § 21 KHEntgG
durch das Statistische Bundesamt geschaffen.

Diese höhere Rechtssicherheit bei der Erstellung jährlicher Statistiken
durch das Statistische Bundesamt wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 1 Inhaltsverzeichnis des KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung in Folge der Änderungen des KHEntgG.

B) Stellungnahme

Die Änderung in Absatz 1 ist redaktioneller Art.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 2
§ 1 Abs. 1 und 2 KHEntgG (Anwendungsbereich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in Absatz 1 ist eine redaktionelle Folgeänderung der geänderten Überschrift des § 17 b KHG.

In Absatz 2 werden die Bestimmungen in Bezug auf die DRG-Einführungsphase gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung in Absatz 1 ist redaktioneller Art.

Die Änderung in Absatz 2 streicht überholte Details der Einführungsphase des DRG-Vergütungssystems und ist daher sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 3 § 3 KHEntgG (Grundlagen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit der DRG-Einführung 2003 verbundenen Regelungen werden gestrichen und durch einen neuen § 3 KHEntgG ersetzt. Der neue Paragraph definiert die Budgetbestandteile für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen.

B) Stellungnahme

Der neue § 3 KHEntgG gibt einen Überblick über die einzelnen Budgetbestandteile. Die inhaltliche Definition der Entgeltbestandteile erfolgt in den jeweiligen Paragraphen, so dass an dieser Stelle auf eine Bewertung verzichtet wird.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 4
§ 4 KHEntgG (Vereinbarung des Erlösbudgets ab dem Jahr 2009)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ermittlung des Erlösbudgets ab dem Jahr 2009 wird umfassend neu geregelt. Vorgaben, die sich auf Einführungs- und Konvergenzphase beziehen, werden gestrichen.

a)

Es erfolgt eine Neufassung der Überschrift.

b)

Gemäß Absatz 1 besteht das Erlösbudget aus den Entgeltbestandteilen DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitliche Zusatzentgelte. Absatz 2 regelt die Berechnung des Erlösbudgets. Das DRG-Erlösvolumen ergibt sich aus der Multiplikation der effektiven Bewertungsrelation mit dem Landes-Basisfallwert. Der Budgetanteil der Zusatzentgelte wird aus dem jeweiligen Leistungsvolumen und dem bundeseinheitlichen Preis ermittelt. Hiervon werden die Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung abgezogen. Das Budget soll prospektiv vereinbart werden.

c)

Es werden redaktionelle Änderungen vorgenommen.

d)

Die bisherigen Regelungen zum Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (Abs. 6), der Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit (Abs. 8) und des Schonbetrags für Konvergenzverlierer (Abs. 9) werden an die neuen Regelungen angepasst. Der neue Absatz 7 regelt die Rückführung von besonderen Einrichtungen in das Erlösbudget. Das Erlösvolumen wird im Rahmen einer dreijährigen Konvergenz an das jeweilige Preisniveau angepasst. Eine durch die Abrechnung des Landes-Basisfallwertes entstehende Unterdeckung (in Ausnahmefällen könnte

auch eine Überdeckung entstehen) wird über Zu- bzw. Abschläge verrechnet.

Die schiedsstellenfähigen Regelungen zur Verbesserung des Pflegepersonalbestands finden sich in Absatz 10. Das Programm sieht vor, dass durch die GKV die Einstellung von zusätzlichen ausgebildeten Pflegekräften anteilig zu 70 % finanziert wird. Um Mitnahmeeffekte zu vermeiden wird der Personalbestand zum 30.06.2008 als Referenzwert festgesetzt. Der Krankenhausträger kann bis zu 5 % des Förderungsbetrages für Maßnahmen zur Organisationsverbesserung in der Pflege verwenden. Das Programm ist auf einen Zeitraum von drei Jahren angelegt und wirkt kumulativ. Um die direkte Umsetzung im Jahr 2009 sicherzustellen, erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, den Pflegezuschlag einseitig festzusetzen und ab dem 01.01.2009 abzurechnen. Mit dem Abschluss der Budgetvereinbarung wird eine Über- bzw. Unterfinanzierung vollständig ausgeglichen.

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, dem BMG einen jährlichen Bericht über die zusätzlich vereinbarten Vollkräfte vorzulegen. Ab dem Jahr 2012 werden die insgesamt bereitgestellten Finanzmittel in die Landes-Basisfallwerte integriert. Um eine leistungsgerechte Abbildung sicherzustellen, soll das InEK bis dahin Kriterien zur Integration in das DRG-System erarbeiten.

e)

Die Regelungen zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen sind in Absatz 3 zusammengefasst.

aa) Für die Berechnung des Ausgleichs wird aus Erlösbudget und Erlössumme ein Gesamtbetrag gebildet. Nur wenn die tatsächlichen Erlöse vom Gesamtbetrag abweichen, wird ein Ausgleich berechnet. Die bisherigen Ausgleichsätze für Minder- und Mehrererlöse bleiben unverändert.

bb) Ersatzlos gestrichen wurde der Mehrererlösausgleich aufgrund des Katalogeffekts und Upcoding.

cc) Es werden redaktionelle Änderungen vorgenommen.

dd) Die Vorgaben für die Berechnung der sonstigen Mehrerlöse sind entsprechend ebenfalls entfallen.

ee) Die Erlösausgleiche werden mittels eines Zu- oder Abschlags über den Pflegesatzzeitraum verrechnet.

f)

Es werden redaktionelle Änderungen vorgenommen.

g)

Es wird eine Folgeänderung im Zuge des Ausgleichsverfahrens bei unterjähriger Budgetkündigung und Neuvereinbarung vorgenommen.

h)

Die auslaufenden Regelungen für die hilfswise Weitergeltung der Budgetermittlung ab 2009 werden gestrichen, das AiP wird abgeschafft. Die Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitregelung werden in § 10 KHEntgG neu geregelt.

B) Stellungnahme

a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

b)

Die neuen Regelungen der Absätze 1 und 2 sind aufgrund des Endes der Konvergenzphase notwendig. Durch die Multiplikation von Landes-Basisfallwert und vereinbarter Summe der effektiven Bewertungsrelationen wird für die Krankenhäuser ein Anreiz geschaffen, nicht nur die Summe der tatsächlich abgerechneten Bewertungsrelationen, sondern auch die Summe der vereinbarten Bewertungsrelationen zu maximieren. Von einer wechselseitigen Absicherung des Mengenrisikos durch Erlösausgleiche kann folglich keine Rede mehr sein. Insbesondere die Finanzierung des Mindererlösausgleichs bei unrealistisch hohen Mengenvereinbarungen steht in keinem Verhältnis zu dem Risiko der Fixkostenunterfinanzierung

auf Seiten der Krankenhäuser. Aus diesem Grund muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes der Mindererlösausgleich entfallen.

Eine Normierung der Fallzählung nach Entlassung wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Es ist gleichwohl eine entsprechende Basis Korrektur vorzunehmen. Dies ist notwendig, weil die Fallzählung in den Ländern unterschiedlich gehandhabt wird.

c)

Es handelt sich um redaktionelle Klarstellungen.

d)

Die Methodik der Rückführung von besonderen Einrichtungen in das Erlösbudget (Abs. 7) sieht eine dreijährige Konvergenz vor. Durch diese Regelung wird die Besserstellung der besonderen Einrichtungen weiter prolongiert, obwohl durch die Einbeziehung der Leistungen in das DRG-System eine angemessene Finanzierung bereits sichergestellt wird.

Die Einrichtungen waren sich darüber im Klaren, dass der Status „Besondere Einrichtung“ nur temporär vergeben wird und eine Rückführung in das DRG-System der erklärte Wille sowohl der Selbstverwaltungspartner DKG und GKV als auch des Gesetzgebers ist. Ihnen steht ausreichend Zeit zur Verfügung, ihre Strukturen anzupassen. Eine finanzielle Bevorzugung ist somit sachlich nicht gerechtfertigt, führt zu einer Besserstellung ehemaliger besonderer Einrichtungen und wird deshalb abgelehnt.

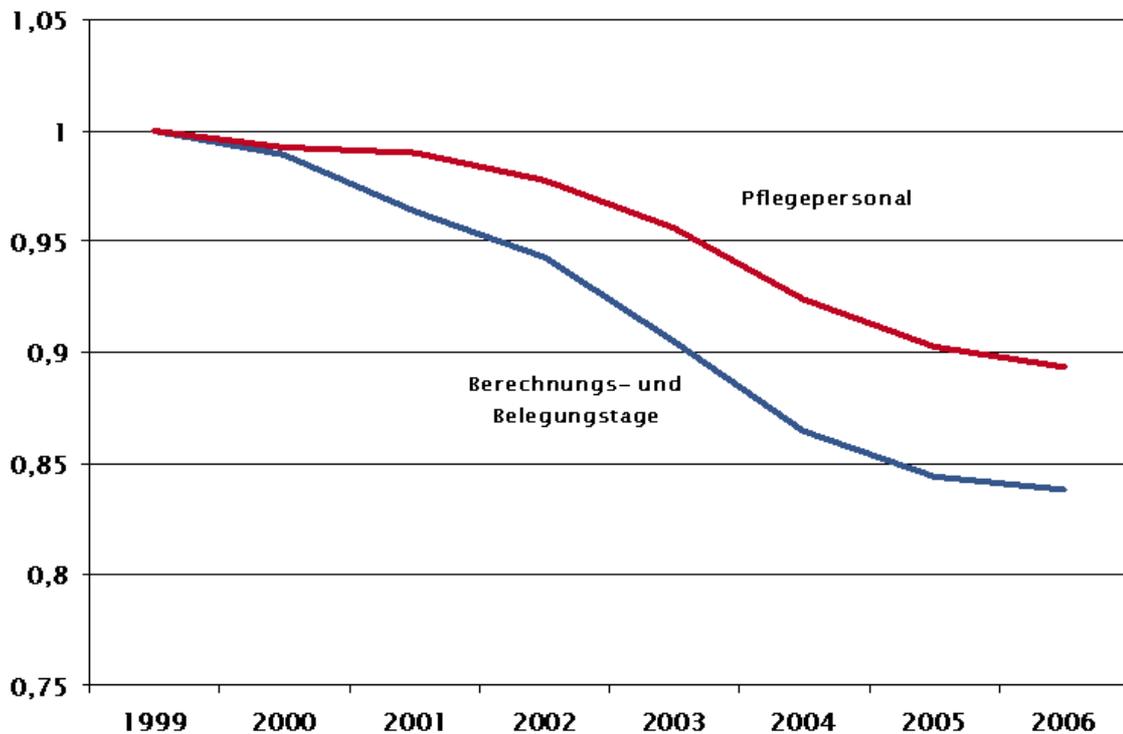
Die in Absatz 10 neu aufgenommene Regelung eines Sonderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals wird abgelehnt. Die in den letzten Jahren im Bereich der Prozessorganisation erreichten Veränderungen in der Pflege sind begrüßenswert. Wenn die Krankenhausträger den Abbau von Pflegepersonal vorantreiben, um den Gewinn zu erhöhen, dann kann das den Krankenkassen und den Beitragszahlern nicht angelastet werden. Auch aus diesem Grund sollte Pflege in Krankenhäusern stärker als Qualitätskriterium herangezogen werden.

Darüber hinaus ist der Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage seit 1999 deutlich stärker als der Rückgang des Pflegepersonals.

Das geplante Sonderprogramm ist hingegen abzulehnen. Für Krankenhäuser entfällt teilweise der Anreiz, Pflegepersonal aufgrund von tatsächlichem Bedarf und Qualifikation einzustellen. Zudem stellt es einen Eingriff in die autonomen Entscheidungen der Krankenhausträger dar und führt zu Fehlanreizen. Diskretionäre Eingriffe in die DRG-Kalkulation und die Arbeit des InEK über die bisherigen umfangreichen Bemühungen hinaus sind ebenfalls klar abzulehnen und würden einen Präzedenzfall schaffen, das DRG-System für Partikularinteressen zu öffnen.

Die Reduktion der Pflegekräfte hat hingegen objektive Ursachen:

- Reduktion der Verweildauer (weniger Pflegebedarf)
- Verlagerung der Pflege in andere Bereiche
- Erledigung „nichtpflegerischer“ Tätigkeit durch andere Arbeitskräfte
- Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser parallel zu dem der Pflegekräfte



Quelle: Destatis, Berechnungs- und Belegungstage indexiert (1999 = 1) und Personal im Pflegedienst, Vollkräfte im Jahresdurchschnitt indexiert (1999 = 1)

Das Sonderprogramm führt zu erheblichen Mehrkosten, die dauerhaft von rund 235 Mio. Euro in 2009 auf 714 Mio. Euro in 2011 ansteigen (Annahme: 7.000 zusätzliche Planstellen je Jahr; 48.500 Euro Bruttopersonalkosten; 70 %ige Finanzierung durch die GKV). Auch die bisherigen Programme zur Stärkung der Pflege führten nicht zu den gewünschten Ergebnissen. Darüber hinaus fehlt die konkrete Angabe der maximal zu finanzierenden Personalstellen. Diese wird lediglich im allgemeinen Teil der Begründung genannt.

	2009	2010	2011
zusätzliche Planstellen:	7.000	14.000	21.000
Gesamtkosten (in Euro):	340.000.000	680.000.000	1.020.000.000
Anteil GKV (in Euro):	235.000.000	470.000.000	714.000.000

e)

Die Bildung eines Gesamtbetrages zur Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichsbeträgen wird aufgrund der Vereinfachung grundsätzlich begrüßt. Ein gemeinsamer Mehrerlösausgleichssatz kann allerdings nicht 65 % betragen. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgleichsbeträge für DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte und für sonstige Entgelte müsste der gemeinsame Ausgleichssatz für Mehrerlöse vielmehr auf 70 % angehoben werden, da ein einheitlicher Mehrerlösausgleichssatz in Höhe von 65 % zu einer nicht sachgerechten Belastung der Krankenkassen führen würde.

Die Streichung des Ausgleichs für eine veränderte Kodierung ist nur unter der Voraussetzung sachgerecht, dass die Kodiereffekte vollständig im Landes-Basisfallwert berücksichtigt werden. Die hierfür in § 10 vorgesehenen Regelungen sind jedoch nicht ausreichend, um dieses sicherzustellen. Das Argument in der angeführten Begründung, dass mit dem Ende der Konvergenzphase die Lernphase der Kliniken abgeschlossen sei, ist nicht stichhaltig: jeder neue DRG-Katalog und die korrespondierenden Kodierrichtlinien führen vielmehr stets zu neuen Lerneffekten. Die Erfahrungen der Krankenkassen sowie das Gutachten des MDS „*Verändertes Kodierverhalten der Krankenhäuser Version 2008*“ belegen, dass Upcoding nach wie vor ein systemisches Problem darstellt. Die bestehende Regelung, Mehrerlöse, die aufgrund von Upcoding entstehen, vollständig auszugleichen, hat sich hingegen bewährt. Allerdings sollte das Verfahren zur Ermittlung der sonstigen Mehrerlöse entsprechend dem Vorschlag des MDS-Gutachtens angepasst werden (WIdO-Verfahren zur Komponentenzerlegung).

Die Abrechnung der Ausgleichs- und Berichtigungen über einen prozentualen Zu- oder Abschlag wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Um Transparenz über die einzelnen Komponenten herzustellen, sollte allerdings Anlage 1 um ein Formular B3 ergänzt werden, in dem die Bestandteile differenziert ausgewiesen werden.

f) bis h)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

a)

kein Änderungsvorschlag

b)

Zur Begrenzung des Ausgaben steigernden Anreizes überhöhter Mengenvereinbarungen entfällt der Mindererlösausgleich.

Es ist eine Regelung zur Basiskorrektur für Jahresüberlieger vorzugeben.
Das Formular B2 ist entsprechend anzupassen.

c)

kein Änderungsvorschlag

d)

Die geplanten Änderungen in Absatz 7 sind zu streichen.

Die geplanten Änderungen in Absatz 10 sind zu streichen. Hilfsweise ist die Anzahl der maximal zu finanzierenden Personalstellen im Gesetzestext zu nennen.

e)

Absatz 3: Die Regelungen zum Mehrerlösausgleich in Folge von Upcoding sollten erhalten bleiben und um eine Regelung zur Ermittlung der sonstigen Mehrerlöse auf Basis des Verfahrens der Komponentenerlegung ergänzt werden.

Der gemeinsame Ausgleichsatz für Mehrerlöse wird auf 75 % festgesetzt.

f) bis h)

kein Änderungsvorschlag

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 5 § 5 KHEntgG (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2009 rechnen die Krankenhäuser ihre Leistungen nicht mehr über einen krankenhausspezifischen Basisfallwert, sondern über den jeweiligen Landes-Basisfallwert ab. Die bislang im krankenhausspezifischen Basisfallwert verrechneten Ausgleichs- und Berichtigungen werden deshalb mittels Zu- und Abschläge als einheitlicher Prozentsatz auf DRG-Fallpauschalen sowie bundeseinheitliche Zusatzentgelte und sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 sowie die nach § 6 Abs. 2 a abgerechnet.

Die Neuregelung gibt neben dem Berechnungsalgorithmus auch eine Abrechnungsobergrenze von 15 % vor. Wie bisher gilt, dass die Zu- und Abschläge im folgenden Pflegesatzzeitraum vollständig ausgeglichen werden.

B) Stellungnahme

Nach wie vor werden zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern die Leistungsmengen verbindlich vereinbart. Weiterhin ist zudem davon auszugehen, dass es nicht gelingen wird, prospektive Budgetverhandlungen zu führen. Infolgedessen bedarf es Regelungen, wie Mengenabweichungen sowie die Folgen der verspäteten Budgetvereinbarungen ausgeglichen werden können. Bislang wurden Ausgleichs- und Berichtigungen in den krankenhausspezifischen Basisfallwert eingerechnet. Diese Option entfällt mit der Anwendung des Landes-Basisfallwertes.

Die angestrebte Lösung, Ausgleichs- und Berichtigungen in einem prozentualen Zuschlag zusammenzufassen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sinnvoll. Allerdings führt die Zusammenfassung aller Sachverhalte in einen einzigen Zuschlag zur Intransparenz. Die Zusammensetzung des Zu- bzw. Abschlags sollte deshalb in einem eigenen Formular

B3 „Berechnung der Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 ab dem Jahr 2009“ dokumentiert werden.

Die Absenkung der Obergrenzen für die Verrechnung von Zuschlägen auf 15 % ist eine sachgerechte Anpassung, da die zu erwartenden Auswirkungen verspäteter Landes-Basisfallwertvereinbarungen im Vergleich zur Situation in der Konvergenzphase geringer ausfallen werden.

C) Änderungsvorschlag

Um die notwendige Transparenz zu gewährleisten, ist Absatz 4 Satz 2 um einen Verweis auf ein noch neu zu entwickelndes Formular B3 zu ergänzen:

„Die Höhe des Zu- oder Abschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und in der Anlage 1 Abschnitt B3 von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 6 § 6 KHEntgG (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Regelungen der Konvergenzphase werden gestrichen.

b)

aa) Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) werden weder dem Erlösbudget noch der Erlössumme zugeordnet.

bb) Regelungen der Konvergenzphase werden gestrichen.

c)

Die krankenhausesindividuellen gesonderten Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2 a werden der Erlössumme zugeordnet.

d)

Die Vereinbarung der Erlössumme wird neu geregelt. Durch die Änderungen des § 6 BPfIV werden die Vereinbarungen schiedsstellenfähig. Darüber hinaus werden die Krankenhäuser verpflichtet, für die Vereinbarung Kalkulationsunterlagen vorzulegen. Die Regelungen zu den Mehr- und Mindererlösen werden in § 4 Abs. 3 verlagert.

B) Stellungnahme

a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zum Ende der Konvergenzphase.

b)

Regelungen für die Jahre 2003 bis 2008 werden gestrichen.

aa) Durch die Zuordnung wird die sachgerechte bisherige Regelung, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden weder einer Mengengrenzung noch Ausgleichsregelungen unterliegen, fortgeschrieben.

bb) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zum Ende der Konvergenzphase.

c) und d)

Aus systematischen Gründen ist die Zuordnung der gesonderten Zusatzentgelte zur Erlössumme sinnvoll. Das Erlösbudget umfasst in Zukunft die bundeseinheitlichen DRG-Entgelte und die bepreisten Zusatzentgelte. In der Erlössumme sind, mit Ausnahme der NUB-Leistungen und der Zusatzentgelte für Bluter, alle krankenhausesindividuellen Entgelte zusammengefasst.

Ab dem Jahr 2009 sind Leistungsveränderungen der krankenhausesindividuellen Entgelte durch die vorgesehene Änderung des § 6 BpflV schiedsstellenfähig. Neben den Ausführungen zu Artikel 4 Nr. 2 gilt für den Bereich der sonstigen Entgelte, dass eine bewährte Regelung, krankenhausesindividuelle Entgelte in Umfang und Höhe nur einvernehmlich zwischen Krankenkasse und Krankenhäusern zu vereinbaren, damit aufgegeben wird. Durch diese Regelung wird sich die bereits in einigen Bundesländern beobachtete Mengen- und Ausgabendynamik weiter verstärken. So liegt der Anteil der krankenhausesindividuellen Entgelte im Bundesdurchschnitt bereits deutlich über 5 %. Um diese Fehlentwicklung nicht noch zusätzlich zu verstärken, schlägt der GKV-Spitzenverband vor, für den Bereich der sonstigen Entgelte die bisherige Regelung zur Schiedsstellenfähigkeit beizubehalten. Die Berücksichtigung der Ausgabendynamik im Landes-Basisfallwert (§ 10 Abs. 3 Nr. 5) ist hingegen kein geeignetes Regulativ.

Die Zusammenfassung der Ausgleichregelungen in § 4 Abs. 3 ist sinnvoll; zur konkreten Ausgestaltung wird auf die Ausführungen zu Artikel 2 Nr. 3 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

a) bis c)

keine Änderungsvorschläge

d)

Absatz 3 nach Satz 3 wird eingefügt: „Die Schiedsstelle entscheidet nicht über die Anwendung des § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPfIV.“



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 7
§ 7 Abs. 1 und 2 KHEntgG (Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in die Rechnung des Krankenhauses eingehenden Entgelte werden re-daktionell neu gefasst, um insbesondere gegenüber selbstzahlenden Pati-enten mehr Transparenz zu schaffen. Zu diesem Zweck wird der bisherige § 7 KHEntgG in einen neuen Absatz 1 überführt. Absatz 2 gibt neu die Ermittlung der Entgelthöhe vor.

B) Stellungnahme

Die transparentere Darstellung der allgemeinen Entgelte und die Beschrei-bung der Entgeltermittlung werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 8
§ 8 Abs. 2 und Abs. 9 KHEntgG (Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 2 werden redaktionelle Änderungen vorgenommen.

In Absatz 9 wird der bisherige GKV-Rechnungsabschluss (Sanierungsbeitrag) gestrichen. Er war bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008 befristet. Daneben gibt der neu gefasste § 9 grundlegende Anforderungen an eine transparente Krankenhausrechnung, insbesondere in Bezug auf selbstzahlende Patienten, vor. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung werden zu diesem Zweck beauftragt.

B) Stellungnahme

Die Änderungen in Absatz 2 ergeben sich aus Folgeänderungen anderer Paragraphen und sind in diesem Sinne notwendig.

In Absatz 9 entfällt der bislang vorgesehene Sanierungsabschluss für die Krankenkassen. Der Abschluss war bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008 befristet und entfällt im Rahmen dieses Gesetzes regulär. Hierdurch fließen den Krankenhäusern 250 Mio. Euro zu, die beispielsweise zur Finanzierung der Tarifsteigerungen verwendet werden können.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 9
§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (Vereinbarungen auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Es wird klargestellt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene im Rahmen der DRG-Systemvereinbarung auch Verlegungsregelungen und effektive Bewertungsrelationen festlegen.

b)

Die Vertragsparteien werden beauftragt, die Erhöhungsrates für die Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 4 zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

a)

Die Klarstellungen sind lediglich redaktioneller Natur.

b)

Der Auftrag zur Vereinbarung der Erhöhungsrates für die Personalkostenentwicklung ergibt sich als redaktionelle Folgeänderung aus Artikel 2 Nr. 10. Die Einführung der Erhöhungsrates wird als nicht sachgerecht abgelehnt, infolgedessen ist auch die hier vorgesehene Neufassung des Abs. 1 Nr. 5 aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes überflüssig.

C) Änderungsvorschlag

a)

kein Änderungsvorschlag

b)

Die geplanten Änderungen von Nummer 5 sind zu streichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 10 § 10 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Es wird die Bezeichnung „Landes-Basisfallwert“ eingefügt.

b)

Regelungen der DRG-Einführungsphase werden gestrichen.

c)

aa) Es werden redaktionelle Folgeänderungen im Kontext des Endes der DRG-Konvergenzphase vorgenommen.

bb) Es werden redaktionelle Anpassungen in Folge der Änderung des § 17 a KHG vorgenommen.

cc) Es wird eine Klarstellung in Bezug auf die letztmalige Absenkung des Schonbetrages für das Jahr 2009 vorgenommen.

dd) Es wird eine redaktionelle Anpassung in Folge der Änderung des § 7 KHEntgG vorgenommen.

d)

Der Verweis auf die Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V wird durch die Ankündigung eines Veränderungswertes für Krankenhäuser ergänzt.

e)

Es ist beabsichtigt, Tariflohnerhöhungen für die Jahre 2008 und 2009 in dem Landes-Basisfallwert 2009 anteilig an die Krankenkassen weiterzugeben, soweit die Auswirkungen der Vereinbarungen höher sind als die Veränderungsrate. Zur Ermittlung der Tarifraten wird für den ärztlichen Bereich und den nichtärztlichen Personalbereich jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung herangezogen, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die entsprechende Berichtigungsrate.

Der geplante Orientierungswert für Krankenhäuser löst die Bindung an die Veränderungsrate (§ 71 SGB V) ab 2010 ab. Der Orientierungswert für Krankenhäuser berücksichtigt die Kostenstrukturen der Krankenhäuser im Sinne eines Krankenhauswarenkorb und soll durch das Statistische Bundesamt ermittelt werden. Das BMG setzt nach Anhörung der Länder per Rechtsverordnung fest, welcher Anteil des Orientierungswertes im Veränderungswert Berücksichtigung findet und ab welchem Jahr der Veränderungswert erstmalig zur Anwendung kommt (§ 10 Abs. 6 KHEntgG neu).

f) bis h)

Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle Klarstellung und Anpassung der geänderten Nummerierung.

i)

Es ist beabsichtigt, im Hinblick auf die Einführung eines Bundes-Basisfallwertes eine fünfjährige Konvergenzphase mit gleichen Konvergenzschritten zu schaffen (2010 bis 2014). Hierzu wird ein Konvergenzkorridor von - 1,5 % bis + 2,5 % festgeschrieben. Die Vertragsparteien auf Landesebene vereinbaren den Basisfallwert.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen das InEK mit der Berechnung des Bundes-Basisfallwertes. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren den Wert. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG.

j)

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zuge der Einführung eines Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10).

B) Stellungnahme

a) bis c)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen der Absätze 1, 2 und 3.

Es fehlen bislang Vorgaben zur Vereinbarung der Landes-Basisfallwerte, denn ohne eine länderübergreifende einheitliche Datenbasis kann das DRG-Institut keine Berechnungen durchführen. Nur durch ein verbindliches Berechnungsschema, das alle relevanten Parameter, wie z.B. Case-mixvolumen, Ausgabenvolumen und Kodiereffekte, beinhaltet, wird sichergestellt, dass der Bundes-Basisfallwert auf der Basis verlässlicher Daten vereinbart wird.

d) und e)

Die Regelung der Weitergabe von Tariflohnsteigerungen für 2008 und 2009 ist aus GKV-Sicht klar abzulehnen. Es dürfte für jeden ersichtlich sein, dass Tarifverhandlungen nicht mit der nötigen Härte geführt werden, wenn am Ende eine Finanzierung zu Lasten Dritter und damit der Beitragszahler steht. Tarifverhandlungen dürfen folglich nicht zu einem Automatismus der Zahlungsverpflichtung durch die Krankenkassen führen.

Darüber hinaus soll der jeweils maßgebliche Tarifvertrag als Referenz herangezogen werden. Die Tariflandschaft ist jedoch mittlerweile entsprechend der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und der verschiedenen Trägerschaften wesentlich differenzierter. So gibt es bspw. neben der Regelung des TVöD oder des Marburger Bundes für die Ärzte Tarifverträge der freigemeinnützigen Krankenhausträger sowie Haustarifverträge im Bereich der privaten Träger. Selbst Tarifabschlüsse des TVöD unterscheiden sich nach Geltungsbereich (Bund, Länder, Kommunen). Die Festlegung, welches Tarifwerk das maßgebliche ist, ist auf Bundesebene schwierig, da hierfür die notwendigen Informationen nicht vorliegen. Zudem spiegeln die genannten Tarifverträge nur einen Teil der tatsächlichen Tarifentwicklung wieder.

Die Entkopplung der Krankenhausausgaben von der Grundlohnsumme zugunsten eines kostenorientierten Veränderungswertes durch Rechtsverordnung des BMG birgt hohe Risiken. Zum einen führt diese Entwicklung zurück zu einer kollektiven Selbstkostendeckung im Krankenhausbereich. Insbesondere im Bereich der Personalkosten würde dies zu einer Verhandlungssituation der Tarifvertragsparteien zu Lasten der Mitglieder der

Krankenkassen führen, wie sie bereits eingangs kritisch beleuchtet worden ist. Zum anderen ist nicht abzuschätzen, wie sich diese automatisierte Preisentwicklung im Zusammenspiel mit der Fallzahlentwicklung im Krankenhausbereich auswirkt. Es drohen nicht nur Preissteigerungen (LBFW), sondern auch enorme Umsatz- und damit Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der bislang ohnehin kaum eingehaltene Grundsatz der Beitragssatzstabilität würde - ohne die hierfür erforderliche gesellschaftliche Debatte - gänzlich aufgegeben. Angesichts der derzeitigen Diskussion über die ausreichende Höhe des einheitlichen Beitragssatzes steht zu befürchten, dass allein der Versicherte diese automatisierten Ausgaben(kosten)steigerungen im stationären Bereich vollständig über Zusatzbeiträge bezahlen müsste, wenn der Beitragssatz nicht jährlich entsprechend angepasst wird. Weiter führt die beabsichtigte diskretionäre Festsetzung des Anteils des zukünftig zu finanzierenden Orientierungswertes durch das BMG die Krankenhausfinanzierung noch stärker als bisher in politische Abhängigkeiten, die zwangsläufig sachfremde Überlegungen beinhalten werden. Der GKV-Spitzenverband spricht sich aus diesen Gründen klar gegen die Einführung eines kostenbasierten Orientierungswertes für Krankenhäuser mit Zugriffsmöglichkeit des BMG und für eine Beibehaltung der stetigen und verlässlichen Finanzierung über die Grundlohnrate im Krankenhausbereich aus.

Problematisierung des Überganges vom krankenhausspezifischen Basisfallwert zum Landes-Basisfallwert:

Zum Ende der DRG-Konvergenzphase „springen“ die Basisfallwerte der Krankenhäuser auf den Landes-Basisfallwert. Liegt dieser signifikant über dem gewichteten Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte, kommt es zu einem Ausgabensprung. Empirische Auswertungen zeigen in allen Bundesländern eine zum Teil erhebliche Divergenz zwischen dem landesweiten Basisfallwert und dem Mittelwert der Haus-Basisfallwerte. Die Ursache für die Abweichung liegt im Kern in der unterschiedlichen Berücksichtigung von Mengensteigerungen auf der Ebene der Haus-Basisfallwerte und der Landes-Basisfallwerte. (vgl. „Divergente Basisfallwerte – Zur Ausgabenwirkung divergierender Landes- und Krankenhaus-Basisfallwerte am Ende

der Konvergenzphase“, nachzulesen unter www.gkv-spitzenverband.de/Politik_Krankenhausreform_2009.gkvnet)

Zur Vermeidung der nicht beabsichtigten Ausgabensteigerungen ist es notwendig, dass zum einem die Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landes-Basisfallwert dauerhaft auf den variablen Kostenanteil begrenzt wird und zum anderen eine Adjustierung der Landes-Basisfallwerte 2009 auf den Mittelwert der Haus-Basisfallwerte erfolgt.

f) bis h)

Die Nummerierung der Absätze 5, 6 und 7 wird sinnvoller Weise angepasst.

i)

Die beabsichtigte Einführung eines Bundes-Basisfallwertes darf für die gesetzliche Krankenversicherung nicht zu Mehrausgaben führen.

Die Anpassungen im Zeitplan gegenüber dem Referentenentwurf sind zu begrüßen. Weiterhin bleibt aber unklar, wie die zu prognostizierenden Entwicklungen (Casemix, Kodierung etc.) in den zu errechnenden Bundes-Basisfallwert einbezogen werden. Für die Vereinbarung auf Bundesebene fehlen Vorgaben analog zur Ermittlung des Basisfallwertes auf Landesebene.

Angesichts der Tatsache, dass es sich nicht um eine Fortentwicklung des DRG-Systems handelt, sollten mit der Bundes-Basisfallwertberechnung nicht das InEK, sondern die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt werden. In einem weiteren Schritt kann die Selbstverwaltung auf Bundesebene das InEK beauftragen.

j)

Die Einführung eines Pflegesonderprogramms wird als nicht zielführend bewertet. Die hier vorgesehene Änderung kann folglich ebenfalls entfallen.

C) Änderungsvorschlag

a) bis c)

Die Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) sollte um ein Formular L1 „Berechnungsschema zur Ermittlung des Landes-Basisfallwertes“ ergänzt werden.



L 1 Ermittlung des Landesbasisfallwertes nach § 10 KHEntgG			
Ifd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr	Vereinbarungszeitraum
	1	2	3
I. Ermittlung einer vereinbarten Fehlschätzung			
1	Für das laufende Jahr vereinbarter Landesbasisfallwert		
2	Für das laufende Jahr vereinbartes Ausgabenvolumen	€	
3	Für das laufende Jahr vereinbarte Summe der Bewertungsrelationen		
4	Berichtigtes Ausgabenbetrag nach Fehlschätzungskorrektur (Basisberichtigung)	€	
5	Berichtigte Summe der Bewertungsrelationen nach Fehlschätzungskorrektur (Basisberichtigung)		
6	Berichtigter Landesbasisfallwert nach Fehlschätzungskorrektur (Zeile 2 dividiert durch Zeile 3)	€	
II. Veränderung des landesweiten Ausgabenbetrags			
1. wegen technischer Effekte			
7	Berichtigter Ausgabenbetrag für das laufende Jahr (Zeile 4)	€	
8	- Ausgabenerhöhungen in anderen Leistungsbereichen		€
9	+ Erhöhung wegen sonstiger Abschläge, insbesondere wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung		€
10	+/- Veränderung in Folge von Verlagerungen zwischen Erlösbudget (§ 4) und Erlössumme (§ 6 Abs. 3)		€
11	+/- Veränderung in Folge jährl. Veränderung der über Zusatzentgelte abgerechneten Leistungen		€
12	+ zusätzlicher Betrag wg. Abschaffung des Arztes im Praktikum (nur für das Jahr 2009)		€
13	+ zusätzlicher Betrag aus den Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (nur für das Jahr 2010)		€
14	+/- von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegebener Veränderungsbedarf		€
2. wegen Mengen- und Strukturveränderungen			
15	+/- variable Kosten (35%) auf Grund von Fallzahl- und Strukturveränderungen (veränderte Leistungen und veränderte Fallschwere)		€
16	= veränderter Ausgangsbetrag für den Vereinbarungszeitraum		€
III. Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Land			
1. wegen technischer Effekte			
17	Berichtigte Summe der Bewertungsrelationen für das laufende Jahr (Zeile 5)		
18	nachrichtlich: Vereinbarte Fallzahl (incl. Überlieger)		
19	+/- Veränderung in Folge von Katalogeffekten, einschließlich Veränderungen in Folge der jährlichen Veränderung der über Zusatzentgelte abgerechneten Leistungen. (Die vom DRG-Institut veröffentlichten Werte sind zu beachten)		
20	+/- Auswirkungen geänderter Abrechnungsbestimmungen		
21	+/- Bereinigung von Kodiereffekten des laufenden Jahres		
22	+/- Veränderung in Folge von Verlagerungen zwischen Erlösbudget (§ 4) und Erlössumme (§ 6 Abs. 3)		
2. wegen Mengen- und Strukturveränderungen			
23	+/- Bewertungsrelationen auf Grund von Fallzahl- und Strukturveränderungen (veränderte Leistungen und veränderte Fallschwere)		
24	= veränderte Summe der Bewertungsrelationen für den Vereinbarungszeitraum		
25	veränderter Landesbasisfallwert (Zeile 16 dividiert durch Zeile 24)		€
IV. Veränderung des landesweiten Ausgabenbetrages wegen Kostenentwicklung und Wirtschaftlichkeitsreserven			
26	veränderter Ausgangsbetrag (Zeile 16)		€
27	+/- allgemeine Kostenentwicklungen		
28	- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven		
29	= voraussichtlicher Ausgabenbetrag für Fallpauschalen im Vereinbarungszeitraum		€
V. Berechnung des Landesbasisfallwertes			
30	verhandelter Landesbasisfallwert (Zeile 29 dividiert Zeile 24)		€
VI. Begrenzung durch die Veränderungsrate nach Absatz 4			
31	veränderter Landesbasisfallwert (Zeile 25)		
32	+ Veränderungsrate nach Satz 1		€
33	+ TvÖD Ost/West Anpassung gilt nur für 2009 (1%)		€
34	= Zulässige Obergrenze für den Landesbasisfallwert (Satz 1)		€
VII. Ermittlung des maßgeblichen Landesbasisfallwertes			
35	Der niedrigere Wert aus Zeile 30 oder Zeile 34		
36	+/- Ausgleichsbetrag wegen vereinbarter Fehlschätzungskorrektur (Differenz aus den Zeilen 2 und 4 dividiert durch Zeile 24)		
37	= Landesbasisfallwert inkl. Ausgleich		
38	- Absenkung wegen Obergrenze (nur für das Jahr 2009) und sonstige Zuschläge		
39	= Landesbasisfallwert inkl. Ausgleich und Kappung		

d) und e)

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Absatz 3 Nr. 4 ist wie folgt zu ändern:

4. die allgemeine Kostendegression bei einer Steigerung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die nicht aus einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren resultiert

Absatz 4 Satz 3 ist wie folgt zu ändern:

Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine veränderte Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein veränderter Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt.

Ein neuer Absatz 4 a wird eingefügt:

(4 a) Bei der Anwendung von Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Ausgaben bei der Vereinbarung des Basisfallwertes absenkend zu 65 % berücksichtigt werden; Basis der Berechnung ist die Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen auf Krankenhausebene des laufenden Pflegesatzzeitraums. Soweit Ausgabenerhöhungen infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren resultieren, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwertes auszugleichen.

Absatz 5 ist wie folgt zu ergänzen:

Ferner ist der Landes-Basisfallwert 2009 von den Vertragsparteien um einen Anpassungsbetrag bei einer Steigerung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die nicht aus einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren resultiert, gemäß Abs. 4 a zu korrigieren. Soweit der gewichtete Mittelwert der vereinbarten Krankenhaus-Basisfallwerte für den Pflegesatzzeitraum 2008 vom Landes-Basisfallwert 2008 ohne Ausgleich und Berichtigungen abweicht, ist die Abweichung bei der Vereinbarung des Landes-Basisfallwertes 2009 in der Basis zu korrigieren. So-

fern zum Zeitpunkt der Verhandlungen des Landes-Basisfallwertes 2009 noch nicht alle Vereinbarungen des Jahres 2008 vorliegen, sind diese im Rahmen einer Hochrechnung zu ermitteln. Berechnungsbasis ist das Gesamterlösbudgetvolumen auf Landesebene.

f) bis h)

kein Änderungsvorschlag

i)

Absatz 8 ist um Regelungen zum budgetneutralen Übergang zum Bundes-Basisfallwert zu ergänzen.

Absatz 9 wird wie folgt ergänzt:

Bei der Berechnung des einheitlichen Basisfallwertes und des Korridors sind die prognostizierten Entwicklungen von Casemix und Kodierung zu berücksichtigen.

j)

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 11
§ 11 Abs. 1 und Abs. 4 KHEntgG (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Absätzen 1 und 4 werden redaktionelle Anpassungen in Bezug auf das Ende der DRG-Konvergenzphase für das einzelne Krankenhaus nachvollzogen (Wegfall der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte).

B) Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderungen zum Ende der Konvergenzphase.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 12
§ 12 Satz 1 KHEntgG (Vorläufige Vereinbarung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 1 wird eine Anpassungen in Bezug auf das Ende der DRG-Konvergenzphase für das einzelne Krankenhaus nachvollzogen (Wegfall der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte).

B) Stellungnahme

Redaktionelle Folgeänderung zum Ende der Konvergenzphase. In Satz 1 sollte aufgrund der Eindeutigkeit im Gesetz ein Hinweis auf den entsprechenden Paragraphen erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden nach dem Wort „Erlösbudget“ die Wörter „nach § 4“ eingefügt.



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 13
§ 14 Abs. 1 KHEntgG (Vorläufige Vereinbarung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 werden die Vorschriften zur Genehmigung der Vereinbarung der Vertragsparteien um die Änderungen in Bezug auf das Entfallen der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist notwendig.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 14 § 15 Abs. 1 KHEntgG (Laufzeit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 15 regelt die Laufzeit für die Entgelte und bestimmt, welche Entgelte hilfsweise abzurechnen sind, wenn die für den neuen Zeitraum zu vereinbarenden Entgelte noch nicht abgerechnet werden können.

a)

Es wird festgestellt, dass bei Patienten, die ab dem 1. Januar aufgenommen werden, die Fallpauschalen und Zusatzentgelte abzurechnen sind, die für das neue Kalenderjahr auf Bundesebene vereinbart wurden (bundes-einheitliche Entgeltkataloge). Ab 2009 ist der Landes-Basisfallwert zugrunde zu legen. Soweit der Landes-Basisfallwert für das jeweilige Kalenderjahr noch nicht vereinbart oder festgelegt ist, ist der des Vorjahres anzuwenden. Hiervon abweichend wird für den Jahresbeginn 2009 festgelegt, dass bis zur Genehmigung eines Landes-Basisfallwertes 2009 die krankenhausspezifischen Basisfallwerte abgerechnet werden.

b)

Neben zusammenfassenden, vereinfachenden redaktionellen Änderungen ist hier berücksichtigt, dass nicht alle Entgelte automatisch weiter gelten.

c)

Es wird der Erlösausgleich im Falle der hilfsweisen Weiterverwendung der Entgelte des Vorjahres neu geregelt. Fortan sollen statt der bisherigen Verrechnung mit dem Budget des Folgejahres Zu- und Abschläge im laufenden Jahr erhoben werden.

B) Stellungnahme

a) und b)

Die Änderungen sind notwendig.

c)

Die Streichung von Absatz 2 Satz 3 führt dazu, dass ein weiterer Anreiz für prospektive Budgetverhandlungen entfällt. Um diesen Fehlanreiz zu vermeiden, sollte folglich an der bisherigen Fassung der Rechtsnorm festgehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

c)

Die geplante Streichung von Absatz 2 Satz 3 alte Fassung ist zurückzunehmen.



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 15
§ 17 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG (Wahlleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Änderung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) für den stationären Bereich nachvollzogen, die für ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Vergütungsregelungen nach einheitlichen Kriterien ermöglicht.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung kann mitgetragen werden.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 16 § 21 KHEntgG (Übermittlung und Nutzung von Daten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Redaktionelle Anpassung in Folge von c).

b)

aa)

Das Modul Ausbildungsstätten wird ergänzt um die Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, die Kosten der praktischen Ausbildung sowie die Kosten der Ausbildungsstätte gegliedert nach Sachaufwand, Gemeinkosten und vereinbarten Gesamtkosten.

bb)

Die im Modul Entgelte zu übermittelnden Entgelte werden konkretisiert.

c)

Die Zweckbindung der an die Vertragsparteien nach § 17 b KHG zu übermittelnden Daten werden erweitert im Hinblick auf die Entwicklung eines pauschalierten Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17 d KHG und auf die Kalkulation einer Investitionspauschale gemäß § 10 KHG.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Nutzungsmöglichkeiten der Daten nach § 21 KHEntgG ist notwendig, um ein Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sowie eine Investitionspauschale zu ermitteln. Die geplante Änderung wird deshalb vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, dass die bisher in Absatz 3 vorgegebene Zweckbindung um durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierende Aufgaben, wie zum Beispiel der stationären Qualitätssicherung, er-



weitert wird. Auch im Hinblick auf die aufwändige Datenerhebung im Rahmen des BQS-Verfahrens ist die Nutzung dieser Routinedaten ein Beitrag zum Bürokratieabbau.

In § 21 wird an verschiedenen Stellen die „DRG-Datenstelle“ mit Aufgaben betraut. Mittlerweile hat sich jedoch der Begriff „DRG-Institut“ durchgesetzt. Um hier eine Klarstellung zu erreichen, sollte im gesamten § 21 die Bezeichnung „DRG-Datenstelle“ durch „DRG-Institut“ ersetzt werden.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Ergänzung des Moduls Ausbildungsstätten sehr zu begrüßen. Die auf Istkostenbasis in einer Stichprobe kalkulierten Richtwerte gemäß § 17 a Abs. 4 b KHG können so auch durch die tatsächliche Höhe der vereinbarten Budgets plausibilisiert werden.

Die durch die Neufassung des Moduls Entgelte verbesserte Transparenz in Bezug auf die Angabe aller im einzelnen Behandlungsfall abgerechneten Entgelte wird durch den GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

a) und c)

kein Änderungsvorschlag

Neuvorschläge:

Im gesamten § 21 werden die Wörter „DRG-Datenstelle“ durch „DRG-Institut“ ersetzt.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nummer 17 Anlage 1 KHEntgG (B2-Formular)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das B2-Formular zur Berechnung des Erlösbudgets nach § 4 KHEntgG wird an die ab dem Jahr 2009 geltenden Regelungen angepasst.

B) Stellungnahme

Die Anpassung des Formulars ist grundsätzlich sinnvoll.

Unklar ist jedoch die Darstellung der Jahresüberlieger im B2-Formular. Die Abrechnung der im Vorjahr aufgenommenen Fälle erfolgt zum Landes-Basisfallwert des Aufnahmejahres. Durch die vereinfachte Ermittlung der DRG-Erlöse in Zeile 3 kommt es zu Verwerfungen. Es bieten sich hierfür zwei Lösungsoptionen an:

1. Maßgeblich für die Abrechnung (DRG und Landes-Basisfallwert) ist das Entlassungsdatum.
2. Es erfolgt eine getrennte Darstellung der Jahresüberlieger im Formular B2, z.B. neue Zeile 1 b) davon effektive Bewertungsrelationen für Überlieger am Jahresbeginn.

Um eine Vereinfachung der Budgetermittlung und -verhandlung zu erreichen, ist die Lösungsoption 1) zu präferieren. Durch die Zuordnung der Fälle über den Entlassungstag ist gewährleistet, dass die Berechnung des Erlösbudgets nicht durch Katalog- oder Preiseffekte verzerrt wird. Zudem wird die Berechnung der Mengenausgleiche erleichtert. Hierfür müsste § 4 Abs. 2 entsprechend angepasst werden.

Eine differenzierte Darstellung der „Forderung“ und „Vereinbarung“ für den laufenden Pflegesatzzeitraum ist für die Budgetverhandlungen weiterhin notwendig.

Mehr- und Mindererlösausgleiche sowie Berichtigungen werden gemäß § 5 Abs. 4 in einem Zuschlag zusammengefasst. Die Abrechnung erfolgt als Prozentsatz aus dem Verhältnis der Ausgleiche und Berichtigungen zu Erlösbudget und Erlössumme. Um eine einheitliche Verfahrensweise in den Budgetverhandlungen sicherzustellen, sollte Anlage 1 um ein Formular B3 „Berechnung der Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 ab dem Jahr 2009“ erweitert werden.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag § 4 Abs. 2.

Die bisherigen Spalten „Forderung“ und „Vereinbarung“ sind beizubehalten.

Ergänzung der Anlage 1 um ein Formular B3 „Berechnung der Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 ab dem Jahr 2009“.

B3 Berechnung der Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 ab dem Jahr 2009				
Ifd. Nr.	Berechnungsschritte	Vereinbarung für das laufende Jahr	Forderung für den Vereinbarungszeitraum	Vereinbarungszeitraum
	Ermittlung der Ausgangsbeträge			
1	Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3			
2	Unterschiedsbetrag nach § 4 Abs. 5			
3	Mehr- Mindererlöse in Folge der Weiterergebung der bisherigen Entgelte gem. § 15. Abs 3			
4	Ausgleiche besondere Einrichtungen gem § 4 Abs. 7			
5	Kappung gem. § 4 Abs. 9			
6	Summe der Ausgleiche und Berichtigungen			
7	Gesamtbetrag nach § 4 Abs. 3 S.1			
	Berechnung der Zu- und Abschläge			
8	Zuschlagsprozentsatz für den Pflegesatzzeitraum			
9	Abschlagsprozentsatz für den Pflegesatzzeitraum			
10	Zuschlagskappung gem. § 5 Abs. 4 S.3 (max. 15%)			

Artikel 3 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches) Nummer 1 und 2 § 295 Abs. 1 b SGB V (Abrechnung ärztlicher Leistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die psychiatrischen Institutsambulanzen werden in das Verfahren der ärztlichen Abrechnung nach § 295 mit aufgenommen. Darüber hinaus wird der Datenfluss an das DRG-Institut geregelt mit dem Ziel, für die ambulante psychiatrische Versorgung Fallpauschalen zu entwickeln.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit dem neuen § 17 d KHG schließt die Prüfung der Möglichkeit einer pauschalierten Abrechnung für die ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen ein. Diese Prüfung setzt die Dokumentation und elektronische Übermittlung von Daten entsprechend dem § 295 SGB V „Abrechnung ärztlicher Leistungen“ voraus, die durch den Zusatz in § 295 Abs. 1 b Satz 1 geregelt wird.

Die Entwicklung und Berechnung von Pauschalen obliegt nach dem neu eingeführten § 17 d KHG dem DRG-Institut. Der neue Satz 2 in § 295 des Abs. 1 b SGB V regelt die parallele, elektronische Übermittlung der Daten an das DRG-Institut, um die notwendige Transparenz für die Entwicklung von Pauschalen herzustellen. Die Neuregelung wird entsprechend vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 1
§ 2 Abs. 1 BpflV (Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 2 wird der Verweis auf § 22 BpflV durch den Verweis auf § 18
KHEntgG korrigiert.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist eine Berichtigung eines redaktionellen Fehlers.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 2 § 6 BpflV (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Absatz 1

aa) Der Verweis auf Fallpauschalen und Sonderentgelte wird gestrichen, ein fehlerhafter Verweis wird angepasst.

bb)

aaa) Durch die Neufassung von § 6 Abs. 1 Satz 4 wird es Krankenhäusern ermöglicht, Budgetabschlüsse oberhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V abzuschließen. Die bisherige Einschränkung, dass Leistungsveränderungen oder Fallzahlsteigerungen einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien festgelegt werden müssen, entfällt. In Verbindung mit der geplanten Änderung des § 19 Abs. 3 (Artikel 4 Nr. 10) wird die Regelung schiedsstellenfähig.

bbb) In Nummer 4 wird die Berücksichtigung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) erweitert. Die vorgesehene Änderung ermöglicht es Kliniken, die bislang die Psych-PV nicht vollständig umgesetzt haben, nicht besetzte Personalstellen zu einem Anteil von 90 % in das Budget einzustellen.

ccc) In Nummer 5 wird ein Verweis redaktionell angepasst.

cc) In Satz 7 werden Verweise redaktionell angepasst.

b) Absatz 2 Satz 1

Die Regelungen zur Ermittlung der Personalkostenberichtigungsrate werden neu formuliert. Bislang war für die Bestimmung der Berichtigungsrate der TVöD maßgeblich. Nunmehr werden die Personalbereiche ärztlicher Dienst und nichtärztlicher Dienst getrennt bewertet. Als Maßstab soll derjenige Tarifvertrag herangezogen werden, der für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Berichtigungsrate wird verpflichtender Ausnahmetatbestand. Darüber hinaus wird der Finanzierungsanteil der Kostenträger im Budget von 33 % der Budgetsumme auf 50 % angepasst.

c)
redaktionelle Änderung

B) Stellungnahme

a)

aa) Die redaktionellen Änderungen aufgrund des weitgehend auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eingeschränkten Geltungsbereichs der BPfIV sind folgerichtig.

bb)

aaa) Bisher führten nur diejenigen Leistungs- und Fallzahländerungen zu einer Überschreitung der Budgetobergrenze, die einvernehmlich zwischen Krankenkassen und Kliniken vereinbart wurden. Die Neuformulierung ermöglicht es nunmehr den Krankenhäusern, Leistungsveränderungen und Fallzahlsteigerungen in den Verhandlungen einzufordern und im Falle der Nichteinigung über die Schiedsstelle durchzusetzen. Aufgrund der Besonderheit der psychiatrischen Versorgung haben die Kliniken erhebliche Gestaltungsspielräume im Behandlungsablauf. Es muss ausgeschlossen werden, dass Fallzahlsteigerungen, z.B. aufgrund von Fallsplitting, zu Budgetsteigerungen führen. Die geplante Änderung ist deshalb als nicht zielführend abzulehnen.

bbb) Das durch die Krankenkassen finanzierte Personal wird in der LKA im Formular L2 ausgewiesen. Die dort ausgewiesenen Vollkräfte sind in den Budgets zu berücksichtigen. Es zeigt sich nunmehr, dass die ausgewiesene Personalstärke häufig von den Kliniken unterschritten wird, ohne dass eine entsprechende Budgetbereinigung vorgenommen wurde. Die EVA-Gutachten, die der MDK Hessen regelmäßig zur Evaluation der Psych-PV erstellt, bieten hierfür einen guten Beleg. Erhalten die Kliniken nunmehr die Möglichkeit, Stellen, die bereits im Budget finanziert wurden, zurzeit jedoch nicht besetzt sind, im Rahmen der Psych-PV nachzufinanzieren, führt dies zu einer Doppelfinanzierung zu Lasten der Beitragszahler. Die Regelung muss deshalb klar abgelehnt werden.

b)

Die in Absatz 2 vorgesehene Änderung des maßgeblichen Tarifvertrages versucht, die im Krankenhausbereich existierende Zersplitterung der Tariflandschaft zu berücksichtigen, indem Ärzte und nichtärztliches Personal getrennt werden. Es soll der jeweils maßgebliche Tarifvertrag als Referenz herangezogen werden. Die Tariflandschaft ist jedoch mittlerweile entsprechend der jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und der verschiedenen Trägerschaften wesentlich differenzierter. So gibt es neben der Regelung des TVöD oder des Marburger Bundes für die Ärzte Tarifverträge der freigemeinnützigen Krankenträger sowie im Bereich der privaten Träger Haustarifverträge. Selbst Tarifabschlüsse des TVöD unterscheiden sich nach Geltungsbereich (Bund, Länder, Kommunen). Die Festlegung, welches Tarifwerk das maßgebliche ist, kann auf Bundesebene nur schwierig geleistet werden, da hierfür die notwendigen Informationen nicht vorliegen. Die Regelung ist daher als nicht angemessen abzulehnen. Hilfsweise sollten der anzuwendende Tarifvertrag z. B. TVöD festgelegt werden.

c)

Die redaktionelle Anpassung ist eine notwendige Änderung.

C) Änderungsvorschlag

a)

aa) kein Änderungsvorschlag

bb) Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

cc) kein Änderungsvorschlag

b)

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Hilfsweise sollte in Satz 2 die Festlegung des TVöD als maßgeblicher Tarifvertrag erfolgen.

c)

kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 3
§ 7 Abs. 1 Satz 1 BPfIV (Pflegesatzfähige Kosten bei geförderten Krankenhäusern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass Kosten der Organbereitstellung für Transplantationen keine pflegesatzfähigen Kosten im Rahmen der BPfIV sind.

B) Stellungnahme

Die geplante Änderung ist eine redaktionelle Anpassung aufgrund des auf psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser eingeschränkten Gültigkeitsbereichs der BPfIV.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 4
§ 8 BpflV (Investitionskosten bei nicht oder teilweise geförderten Krankenhäusern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Die Berücksichtigungsfähigkeit von Investitionskosten in den Pflegesätzen wird auch auf anteilig geförderte Maßnahmen ausgeweitet.

b)

Anpassung der Verweise in Absatz 3.

B) Stellungnahme

a)

Die Änderung ermöglicht es Krankenhäusern, Abschreibungen auf Anlagegüter, Zinsen für Fremd- und Eigenkapital sowie Rücklagen für Ersatzbeschaffungen in den Pflegesätzen zu berücksichtigen. Hierdurch werden Investitionskosten, die durch die Länder zu finanzieren sind, auf die Krankenkassen übertragen. Dies ist ein weiterer Beleg für den Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung und die schleichende Einführung der Monistik. Diese Regelung muss folglich abgelehnt werden.

b)

Die Änderung des Verweises ist eine notwendige redaktionelle Anpassung.

C) Änderungsvorschlag

a)

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

b)

kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 5
§ 10 Abs.1 Nr. 2 BpflV (Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter „Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung“ werden durch den Begriff „Ausbildungskosten“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist eine Folgeränderung aufgrund der Änderung von Artikel 1 Nr. 3 (§ 17 a Abs. 1 Satz 1 KHG) und ist entsprechend der oben angeführten Begründung ebenfalls als nicht sachgerecht zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 6
§ 12 BPfIV (Flexibles Budget)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 12 wird um eine Regelung zur Schließung von Krankenhäusern ergänzt. Ausstehende Erlösausgleiche werden direkt zwischen einem Krankenhaus und den Krankenkassen ausgeglichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung schließt eine bestehende Regelungslücke und wird daher vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 7
§ 13 Abs. 4 Satz 3 BPfIV (Tagesgleiche Pflegesätze)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis auf die Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) wird angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen aufgrund des eingeschränkten Geltungsbereichs der BPfIV.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 8
§ 15 Abs. 1 BpflV (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 6 Abs. 2.

b)

Auch für Krankenhäuser im Geltungsbereich der BpflV werden die Tarifänderungen 2008 und 2009 entsprechend der für DRG-Krankenhäuser vereinbarten Berichtigungsrate ausgeglichen.

B) Stellungnahme

a)

Die Änderung von § 6 Abs. 2 wird abgelehnt. Eine Änderung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht notwendig.

b)

Die Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen wird grundsätzlich abgelehnt (vgl. hierzu die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 9 (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG)).

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 9
§ 17 Abs. 1 Satz 2 BpflV (Pflegesatzvereinbarung der Vertragsparteien)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Finanzierung der Ausbildungskosten durch die Ausbildungsbudgets gemäß § 17 a KHG.

B) Stellungnahme

Vgl. hierzu die oben angeführte Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 17 a KHG).

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 10
§ 19 Abs. 3 BPfIV (Schiedsstelle)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Streichung des Verweises auf § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 werden Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur und der Fallzahl schiedsstellenfähig.

B) Stellungnahme

Vgl. hierzu die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 2 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) Dreifachbuchstabe aaa) (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1).

C) Änderungsvorschlag

Die geplante Änderung ist zu streichen.



Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 11
§ 21 Abs. 2 Satz (neu) BpflV (Laufzeit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Fall, dass in Folge einer Schließung eines Krankenhauses ausstehende Zu- oder Abschläge nicht verrechnet werden können, erfolgt eine direkte Verrechnung mit den Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die Änderung korrespondiert mit der entsprechenden Regelung in Artikel 4 Nr. 6 (§ 12 Abs. 4). Eine bestehende Regelungslücke wird geschlossen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 12
Anlage 1 BPfIV (Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA))

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die LKA gilt nahezu ausschließlich nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Nicht mehr notwendige Verweise in den Formularen der Anlage 1 sowie im Anhang 2 werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind eine sinnvolle Anpassung der LKA.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nummer 13
Anlage 2 BPfIV (Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA))

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die LKA gilt nahezu ausschließlich nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Nicht mehr notwendige Verweise auf Fallpauschalen werden im Formular Z5 (Kalkulation der zusätzlichen Investitionskosten nach § 8) gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind eine sinnvolle Anpassung der LKA.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Artikel 5 Nummer 1
(Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Abweichende Termine sind in den Absätzen 2 - 4 bestimmt.

B) Stellungnahme

Die Festlegung ist notwendig.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Artikel 5 Nummer 2 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen des § 8 Abs. 9 KHEntgG tritt rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft. Damit entfällt der bisherige Abschlag zur Sanierung der Krankenkassen ab dem 01.01.2009.

B) Stellungnahme

Der Abschlag war bis zum Inkrafttreten einer neuen gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Krankenhäuser für den Zeitraum nach dem Jahr 2008 befristet und entfällt im Rahmen dieses Gesetzes regulär.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes
zur Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches
§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Satz 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es sollen aktuelle Qualitätssicherungsinformationen für Versicherte zur Verfügung gestellt werden.

B) Stellungnahme

Die bisherige Regelung des § 137 SGB V, verpflichtend lediglich alle zwei Jahre strukturierte Qualitätsberichte zu publizieren, wird inzwischen weder dem Informationsbedürfnis von Patienten nach aktuellen Strukturdaten, Behandlungszahlen und Qualitätsdaten der Krankenhäuser gerecht, noch können die Krankenhäuser sich im Wettbewerb mittels des Mediums Qualitätsbericht mit ausreichender Aktualität der Daten positionieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Satz 1 SGB V sind die Wörter „ im Abstand von 2 Jahren zu veröffentlichenden“ durch „jährlich zu veröffentlichenden“ zu ersetzen.