



Berlin, 17. November 2008

Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) e.V.

zum
Entwurf eines Gesetzes zum
ordnungspolitischen Rahmen der
Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)
- BT-Drs. 16/10807 -

I. Allgemeiner Teil

Mit der Einführung des DRG-Vergütungssystems wurde die Finanzierung der Krankenhäuser auf eine neue Grundlage gestellt. Die DKG hat den Schritt zur leistungsorientierten Vergütung der laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser grundsätzlich begrüßt und aktiv mitgestaltet. Die leistungsorientierte Vergütungsstruktur objektiviert die Bewertung der Krankenhausleistungen und den Finanzbedarf für die stationären Leistungen insgesamt. Sie macht Aufwand, Kosten und Erlöse transparent und schafft damit die Voraussetzung für Kosten- und Effizienzorientierung in den Krankenhäusern und ermöglicht ressourcensparende qualitätsgesicherte Medizin.

Der Umbruch der Medizin im Krankenhaus ist noch nicht abgeschlossen. In diesen schwierigen Zeiten haben alle Beteiligten in den Krankenhäusern dazu beigetragen, dass der Spagat zwischen Ökonomie, Medizin und Fürsorge im Sinne der Patientinnen und Patienten gelungen ist. Die Einführung des neuen Vergütungssystems war und bleibt weiterhin für die Krankenhäuser mit hohen personellen und finanziellen Belastungen verbunden. Bei vielen Krankenhäusern hat die Anpassung an die landeseinheitlichen Vergütungen zu zum Teil gravierenden Budgetabsenkungen geführt, die vielfach nur durch einschneidende Anpassungen der Kosten- und Leistungsstrukturen bewältigt werden konnten bzw. können. Obwohl die Krankenhäuser in der schwierigen Phase der Anpassung stabile und berechenbare Finanzierungsbedingungen gebraucht hätten, wurden diese durch die Eingriffe des Gesetzgebers mit Entzug von Finanzierungsmitteln im Umfang von ca. 2 Mrd. Euro in den letzten 3 Jahren noch zusätzlich belastet. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, die massiv gestiegenen Personal- und Sachkosten selbst aufzufangen, wurden dadurch stark geschwächt.

Es ist seit Jahren unbestritten, dass mit der Einführung des neuen Vergütungssystems auch eine Neuordnung des Finanzierungsrahmens ansteht. Umso bedauerlicher ist es, dass der Gesetzentwurf für dieses Reformvorhaben erst wenige Monate vor dem Ende der Konvergenzphase vorliegt. Angesichts des komplexen Reformansatzes kommt der Gesetzentwurf sehr spät. Insbesondere die abrechnungsrelevanten Bestimmungen bedürfen bereits zum Jahreswechsel einer verbindlichen Rechtslage. Anderenfalls drohen enorme Bürokratiekosten.

Das Ziel der Konvergenzphase sind **einheitliche Preise** auf der Landesebene. Um dieses Ziel zu erreichen, haben sich die Verlierer der Konvergenz enormen Anstrengungen unterworfen. Dies war häufig auch mit Zumutungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbunden. Nicht wenige Krankenhäuser konnten nur mit Notlagentarifverträgen überleben. Es würde die Akzeptanz des Fallpauschalensystems massiv beschädigen, wenn jetzt die Preise nach unten freigegeben würden. Verlässlichkeit ist in der Finanzierung oberstes Gebot. Es ist damit richtig und notwendig, dass Überlegungen zur Einführung von **Selektiv- und Rabattverträgen** von der Bundesregierung nicht weiter verfolgt werden. Innovative Versorgungskonzepte können im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten von den Vertragspartnern umgesetzt werden.

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die Entwicklung der Vergütungen im Krankenhaus nicht mehr an die Entwicklung der Grundlohnsumme der gesetzlichen Krankenversicherung gebunden werden soll. Die **vergangenheitsbezogene Veränderungsrate** als schneidende Obergrenze kann nicht länger akzeptiert werden. Die Entwicklung in den letzten Jahren hat mehr als deutlich gemacht, dass eine sachgerechte

Vergütung der Krankenhausleistungen über diesen Weg nicht möglich ist. Die Akzeptanz des leistungsorientierten Vergütungssystems kann dauerhaft nicht gesichert werden, wenn die Preisbildung nicht leistungsgerecht ist und Kostenentwicklungen nicht über die Vergütungen refinanziert werden können. Wie in der ambulanten ärztlichen Versorgung, muss auch im Krankenhausbereich die Grundlohnrate als Obergrenze für die Vergütungszuwächse abgeschafft werden. Ein statistischer Index für die Entwicklung der Kosten im Krankenhaus ist als Maßstab für die Entwicklung der Krankenhausvergütung gut geeignet. Entwertet wird dieser Fortschritt allerdings durch die vorgesehene Möglichkeit per Rechtsverordnung und ohne Zustimmung des Bundesrates einen niedrigeren Wert festzusetzen. Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser darf nicht auf dem Ordnungswege fortgesetzt und legitimiert werden. Eine verordnete Unterschreitung des Krankenhausindexes – in welcher Form auch immer – lehnen die Krankenhäuser entschieden ab. Für die konsequente Abkehr von der Grundlohnbindung ist zusätzlich eine entsprechende Änderung der Bundespflegegesetzverordnung für die „Bundespflegegesetzverordnung-Häuser“ und insbesondere die psychiatrischen Krankenhäuser notwendig. Das Nebeneinander einer Grundlohnrateobergrenze gemäß § 71 SGB V und eines Orientierungswertes wäre nicht erklärbar.

Die Kürzungen durch AVWG und GKV-WSG, die extrem niedrigen Grundlohnraten in den letzten Jahren und die massiven **Personalkostensteigerungen** der Tarifrunden 2007 (Universitätskliniken / Ärztestreik) und 2008/2009 zusammen mit den hohen Sachkostensteigerungen einschließlich Mehrwertsteuererhöhung führen zu Belastungen der Krankenhäuser, die nur durch die Hilfe des Gesetzgebers gelöst werden können. Alleine bis Ende des Jahres 2009 besteht für die Krankenhäuser eine Gesamtfinanzierungslücke von 6,7 Mrd. €. Mit diesem Gesetzentwurf wird der finanzielle Notstand der Krankenhäuser bei der **Finanzierung der Betriebskosten** zwar anerkannt. Das Problem wird aber nicht gelöst.

Am 25. September haben 130.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Vertreter der Träger der Krankenhäuser für ein Ende der restriktiven Finanzierungsbedingungen in Berlin demonstriert. Es war die größte Demonstration im Gesundheitswesen seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland. Die Krankenhäuser und die 1 Mio. Beschäftigten erwarten, dass spürbare Nachbesserungen der Finanzierungshilfen vorgenommen werden.

Das im Gesetzentwurf mit 2 Mrd. € bezifferte Hilfsprogramm stellt nur in Höhe von ca. 1,6 Mrd. € tatsächliche zusätzliche finanzielle Hilfen zur Deckung der Kostenlücke von 6,7 Mrd. € zur Verfügung. Der Einnahmenezuwachs der Krankenhäuser aus der Grundlohnrate in Höhe von 750 Mio. € ist bereits bei der Ermittlung der Kostenlücke saldiert. Dabei ist allerdings noch erschwerend zu berücksichtigen, dass aufgrund der zu Lasten der Krankenhäuser formulierten Verhandlungskriterien bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte die Ausschöpfung der Grundlohnrate in vollem Umfang häufig nicht möglich ist. Die den Krankenhäusern als GKV-Rechnungsabschlag (Sanierungsbeitrag) entzogenen 230 Mio. € im Jahr 2008 als Mehreinnahme und damit als Finanzhilfe im Jahr 2009 zu deklarieren, kann nicht akzeptiert werden. Die 230 Mio. € decken gerade einmal die Finanzlücke, die der Sanierungsbeitrag in den Budgets 2008 verursacht hat, die 2007er Lücke bleibt völlig unberücksichtigt, ebenso wie die weiteren Komponenten des Sanierungsbeitrages. Auch können die den Krankenhäusern entzogenen Mittel für die Anschubfinanzierung der Integrationsversorgung nicht als zusätzliche Einnahmen für das Jahr 2009 angerechnet werden.

Mit dem Hilfsprogramm werden nur ca. 25 % der ungedeckten Kostenlast refinanziert. Die 1,35 Mrd. € für den anteiligen Tarifausgleich decken nicht einmal 50 % der Personalkostensteigerungen aus der Tarifrunde 2008 und 2009. So gut wie keinerlei Lösungen und Hilfen sieht der Gesetzentwurf für die ebenfalls massiv gestiegenen Sachkosten der Krankenhäuser vor. Hier bleibt es bei der auf 1,4 % gedeckelten Grundlohnrate als Obergrenze für die Finanzierung einer Sachkostensteigerungen von 10 % im Zweijahreszeitraum 2008 / 2009. Notwendig ist eine **Deckung des Personalkostenanstiegs in Höhe von 100 %**. Die sich daraus ergebenden Mehrkosten von 1,35 Mrd. € haben die Krankenhäuser durch die Sanierungsbeiträge und die gekürzten Grundlohnrate in den vergangenen Jahren zugunsten der Krankenkassen und der Beitragssätze in der GKV erbracht. Die Finanzierung der nicht gedeckten Personalmehrkosten durch Wirtschaftlichkeitsreserven ist ausgeschlossen, weil, soweit realisierbar, Wirtschaftlichkeitsreserven zur Deckung der Kürzungen aus den Vorjahren eingesetzt werden. Soweit einzelne Krankenhäuser Erlöszuwächse oberhalb der Grundlohnratesteigerung realisieren, sind diese im Wesentlichen auf höhere Fallzahlen bzw. auf eine ansteigende Fallschwere zurückzuführen. Hinter diesen Leistungen stehen allerdings entsprechende Kosten, so dass diese Mehrerlöse nicht zur Deckung der Finanzierungslücke beitragen. Hinzu kommt, dass solche Mehrerlöse nur bei einzelnen Krankenhäusern vorliegen. In gleicher Weise können auch die Mittel zur Verbesserung der Situation in der Pflege nicht zur Deckung der Kostenproblematik beitragen. Diese Mittel können nur für zusätzliche Stellen abgerufen werden und decken auch nur 70 % der Kosten einer Stelle. Die 30 %, die die Kliniken aufbringen müssen, verschärfen sogar die Kostenproblematik.

Ohne zusätzliche Finanzierung werden noch mehr Krankenhäuser in Verluste getrieben. Der Kostendruck würde trotz der umgesetzten Einsparmaßnahmen mit über 100.000 abgebauten Arbeitsplätzen noch weiter steigen. Die Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter würden noch größer und die Arbeitsplätze im Gesundheitswesen weniger attraktiv werden. Nach dem TVöD tritt ab 2009 die zweite Stufe der Tarifierhöhung in Kraft, die die Krankenhäuser mit noch größeren Lasten trifft. Ohne eine ausreichende Finanzierung würde der massenhafte Ausstieg von Krankenhäusern aus der Tarifgemeinschaft geradezu provoziert.

Die Krankenhäuser beobachten und bewerten seit Jahren sehr kritisch, dass die von den Bundesländern bereitgestellten **Investitionsmittel** immer weiter gekürzt werden. Viele Länder werden ihren gesetzlichen Verpflichtungen in keiner Weise mehr ausreichend gerecht. Das BMG hat in den letzten Monaten diese Problematik mit großem Engagement aufgegriffen und die Notwendigkeit deutlich höherer Investitionsmittelbereitstellungen auch durch Gutachten bestätigt. Dies ist ausdrücklich zu begrüßen. Gleichwohl ist es eine Tatsache, dass die massiven Kürzungen der Betriebsmittel durch die Spargesetze der vergangenen Jahre die Gesamtproblematik der Finanzierung der Krankenhäuser massiv erschwert haben.

Die DKG sieht in der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Stärkung **leistungsorientierter pauschaler Investitionsmittel** eine Entwicklung in die richtige Richtung. Durch die vorgesehenen Investitionspauschalen könnte sich der Anteil der Pauschalförderung an der Gesamtinvestitionsförderung erhöhen. Allerdings trifft der Gesetzentwurf hierzu keine Aussagen. Das eigentliche Problem der ungenügenden Finanzierung von Krankenhausinvestitionen und des milliardenschweren Investitionsstaus in weiten Teilen der Bundesrepublik bleibt weiterhin ungelöst. Ziel muss es aber sein, dass jedes Krankenhaus die Investitionsmittel erhält, die es für seinen Versorgungsauftrag benötigt. Dabei sind auch die Investitionsmittelfinanzierungsbedarfe für Vorhaltekosten sachgerecht zu berücksichtigen. Zudem müssen Krankenhäuser frei

über die Verwendung der investiven Mittel entscheiden können, um sich im Wettbewerb behaupten zu können. Bei dem Übergang auf eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen sind zudem geeignete Regelungen insbesondere zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen zu schaffen.

Mit dem **Förderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte** wird anerkannt, dass die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren zu zum Teil deutlichen Arbeitsplatzabbau infolge des hohen Rationalisierungsdruckes greifen mussten. Es wird auch nicht verkannt, dass mit dem Förderprogramm einzelne Krankenhäuser Hilfestellungen zur Verbesserung der Personalsituation im Pflegebereich erhalten können. Aber dort, wo die finanziellen Mittel ohnehin knapp sind, hilft eine anteilige Finanzierung nicht weiter. Die Häuser müssen letztlich in der Lage sein, 100 % der Personalkosten zu bezahlen. Insofern muss eine 100 %ige Finanzierung zusätzlicher Stellen sichergestellt werden. Grundsätzlich problematisch ist der mit dem Programm vorgesehene und verbundene Eingriff in die Organisationshoheit der Krankenhäuser. Dies ist ordnungspolitisch verfehlt. Die Zweckbindung und die damit verbundene Nachweispflicht würde die bereits überbordende Bürokratie im Krankenhaus weiter ausweiten. Auch bestehen Zweifel, ob mit den Voraussetzungen für die Förderung ein gerechtes Ergebnis erzielt werden kann. Frei verfügbare Finanzmittel sind daher zweckgebundenen Förderprogrammen grundsätzlich vorzuziehen.

Mit dem Gesetzentwurf soll für die **Psychiatrie und Psychosomatik** ein neues Vergütungssystem mit tagesbezogenen Pauschalen entwickelt werden. Zwingende Voraussetzung hierfür ist jedoch eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung. Die Vorgaben der Psychiatrie-Personal-Verordnung (Personalstellen im therapeutischen Bereich) müssen vor einer Reform des Vergütungssystems vollständig refinanziert werden.

Für die Abrechnung der Krankenhausbehandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen ist es unerlässlich, dass noch im Jahr 2008 eine **verbindliche Rechtslage** geschaffen wird. Alle finanzwirksamen und abrechnungsrelevanten Bestimmungen müssen daher rechtzeitig in Kraft treten. Die bürokratische Katastrophe bei der rückwirkenden Einführung des Rechnungsabschlages in 2007 darf sich nicht wiederholen. Zudem sind weitere Verzögerungen bei der Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen durch langwierige Verhandlungen mit den Kostenträgern auf Bundesebene unbedingt zu vermeiden. Insofern sollte die **Erhöhungsrage** unmittelbar gesetzlich vorgegeben werden.

Die DKG nimmt nachfolgend Stellung zu dem Gesetzentwurf. Sie behält sich Ergänzungen im Verlauf des weiteren Gesetzgebungsverfahrens vor.

II. Besonderer Teil

Zu Artikel 1, Nr. 1 (§ 10 Abs. 1 KHG)

Investitionspauschalen

Durch die vorgesehenen Investitionspauschalen könnte sich der Anteil der Pauschalförderung an der Gesamtinvestitionsförderung erhöhen. Dies ist im Grundsatz positiv zu bewerten. Für eine abschließende Bewertung sind jedoch insbesondere die Höhe der zukünftigen Investitionspauschalen und das insgesamt von den Ländern zu Investitionszwecken bereitgestellte Fördermittelvolumen entscheidend. Zu beiden Aspekten trifft der Gesetzentwurf jedoch keine Aussagen.

Eine Regelung, die die Länder verbindlich verpflichtet, ihrer Verantwortung auf dem Gebiet der Investitionsförderung endlich in Form einer auskömmlichen Investitionsförderung gerecht zu werden, sieht der Gesetzentwurf leider nicht vor. Das Problem der ungenügenden Finanzierung von Krankenhausinvestitionen bleibt somit vollständig ungelöst.

Ebenso unbefriedigend ist, dass der Gesetzentwurf keine Lösung der Probleme, die mit dem Übergang zu einer Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen zwangsläufig verbunden wären, vorsieht. Insbesondere zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen aufgrund der in der Vergangenheit sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern unterschiedlichen Förderbereitschaft sind geeignete Übergangslösungen jedoch zwingend erforderlich.

Unabdingbar ist außerdem der Abbau des in den vergangenen Jahren aufgelaufenen Investitionsstaus. Auch für dieses Problem bietet der Gesetzentwurf keine Lösung an. Nach Einschätzung der DKG könnte der Abbau des Investitionsstaus über einen nationalen Kraftakt von Bund und Ländern – ähnlich wie beim Aufbauprogramm für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung – erfolgen.

Selbstverständlich benötigen auch die Hochschulkliniken eine ausreichende Investitionsfinanzierung. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass diese zusätzlich zu einer auskömmlichen Investitionsförderung der anderen Krankenhäuser erfolgt.

Zu Artikel 1, Nr. 1 (§ 10 Abs. 2 KHG)

Investitionsbewertungsrelationen

Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG sollen die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung vereinbaren. Die Sinnhaftigkeit der Entwicklung eines solchen Systems erscheint jedoch zumindest fraglich, da weder die Verpflichtung zu dessen Anwendung geschweige denn dessen konkrete Ausgestaltung verbindlich geregelt ist.

Darüber hinaus ist die Umsetzung der Investitionsfinanzierung durch Einbindung in das pauschalierte Vergütungssystem an sich fraglich, da dieses System nicht für eine über die Finanzierung der Betriebskosten hinausgehende Abbildung des mit der stationären Versorgung verbundenen Investitionsbedarfs entwickelt worden ist. Der

tatsächliche Investitionsbedarf kann nicht allein auf Ist-Kostenbasis ermittelt werden. Auch wenn sich die Selbstverwaltung auf ein geeignetes Kalkulationsverfahren einigen könnte, so ist der vorgesehene Zeitrahmen bis zur ersten Veröffentlichung von Bewertungsrelationen durch das InEK nicht realistisch. Nach einer Vereinbarung des Verfahrens durch die Selbstverwaltung müsste darauf aufbauend ein Kalkulationshandbuch entwickelt werden, das dann von den Kalkulationskrankenhäusern umzusetzen wäre. Erst im Anschluss daran kann das InEK auf Basis der gelieferten Daten die Bewertungsrelationen ermitteln.

Da die aufgrund dieses Verfahrens den Krankenhäusern zukünftig zufließenden Investitionsmittel mit der Leistungs- und Fallzahlientwicklung variieren würden, müssen ergänzende Komponenten zur Lösung der Vorhalteproblematik vorgesehen werden. Dies ist insbesondere für spezialisierte Einrichtungen mit hohen Vorhaltekosten und schwer vorherzusehenden Fallzahlen von Bedeutung.

Zu Artikel 1, Nr. 3, Buchstabe a bis g (**§ 17a Abs. 1 bis 3 KHG**)

Finanzierung der Ausbildungskosten

Mit der Neufassung des § 17a KHG soll der bereits im Gesetzgebungsverfahren 2003 erklärte Wille des Gesetzgebers nochmals deutlicher werden, dass alle Positionen der Ausbildungskosten im Ausbildungsbudget zu berücksichtigen sind, auch wenn sie im Krankenhaus entstehen. Durch die Neuregelung erfolgt eine gesetzliche Klarstellung für die seit 2003 bestehenden Ansprüche der Krankenhäuser zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

Zu Artikel 1, Nr. 3, Buchstabe a bis b (**§ 17a Abs. 1 KHG**)

In der Neufassung des § 17a Abs. 1 Satz 1 will der Gesetzgeber den Begriff der Ausbildungskosten eindeutig definiert wissen. Die Ausbildungskosten umfassen neben den Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten auch die Kosten der Ausbildungsvergütungen, also auch die der Hebammen und Entbindungspfleger, sowie die Mehrkosten des Krankenhauses in Folge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung.

Die gesetzliche Klarstellung wird grundsätzlich von der DKG begrüßt, gleichwohl stellt die Formulierung „Mehrkosten der Praxisanleitung“ eine Einschränkung dar. Mit dieser Formulierung wird das bisherige Problem, in welchem Umfang die Praxisanleitung über das Ausbildungsbudget zu finanzieren ist, nicht gelöst. Vor dem Hintergrund der langjährigen Auseinandersetzung um die Finanzierung der Praxisanleitung wäre eine gesetzliche Klarstellung dahingehend erforderlich, dass der Anrechnungsschlüssel ausschließlich den praxisangeleiteten Einsatz der Schüler auf den Stationen berücksichtigt und die darüber hinausgehenden Kosten (Kosten der Praxisanleiter, Qualifizierungskosten für Praxisanleiter, Arbeitsausfallkosten während der Qualifizierungsmaßnahmen) nicht durch den Anrechnungsschlüssel erfasst werden und somit der Ausbildungsstätte zuzurechnen sind.

Der neu eingefügte Satz 2 kann insbesondere durch die Formulierung „Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ missverständlich aufgefasst werden. Die DKG fordert eine klarstellende Formulierung, dass ausschließlich bei der Ermittlung der Ausbildungsvergütungen von Gesundheits- und Krankenpflegern, Gesundheits- und Kin-

derkrankenpflegern sowie Krankenpflegehelfern die entsprechenden Anrechnungsschlüssel nach Satz 2 und 3 anzuwenden sind. Die Ausbildungsvergütungen der Hebammen und Entbindungspfleger sind vollständig zu finanzieren, da es für diese Berufsgruppe keinen Anrechnungsschlüssel gibt.

Die DKG schlägt folgende Formulierung für § 17a Abs. 1 KHG vor:

§ 17a **Ausbildungsfinanzierung**

(1) Die Kosten der *Ausbildungsstätten und die Kosten der Ausbildungsvergütungen* der in § 2 Nr. 1a *genannten Berufsgruppen sowie die Kosten des Krankenhauses* in Folge der Ausbildung, insbesondere die *Kosten der Praxisanleitung* im Sinne des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 (Ausbildungskosten) sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind; der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil der Ausbildungskosten ist in Abzug zu bringen.² *Ausschließlich* bei der Ermittlung der *Kosten der Ausbildungsvergütung von Personen, die in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, sind diese im Verhältnis von 9,5 zu 1* auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen.³ *Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1* auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.⁴ *Mit dem Anrechnungsschlüssel nach Satz 2 wird ausschließlich der praxisangeleitete Einsatz der Schüler auf den Stationen erfasst.*⁵ *Darüber hinausgehende Kosten sowie alle weiteren Ausbildungsvergütungen sind vollständig zu finanzieren.*

Weiterhin fordert die DKG eine unverzügliche Umsetzung des Beschlusses von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 30. Juni 2006 mit der das BMG gebeten wurde, einen Referentenentwurf zur bundeseinheitlichen Regelung des Berufsbildes des Operationstechnischen Assistenten (OTA) zu erarbeiten und die Finanzierung nach dem KHG sicherzustellen.

Zu Artikel 1, Nr. 3, Buchstabe g (**§ 17a Abs. 4b KHG**)

Krankenhausindividuelles Ausbildungsbudget

In Absatz 4b Satz 1 wird die Formulierung „Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch die Formulierung „sonstige Ausbildungskosten“ ersetzt. Die Formulierung „sonstige Ausbildungskosten“ ist nicht eindeutig definiert.

Zur Klarstellung fordert die DKG, dass in Absatz 4b Satz 1 die Formulierung „Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen“ durch den Begriff „Ausbildungskosten“ entsprechend der Definition in § 17a Abs. 1 KHG ersetzt werden soll.

Die DKG schlägt folgende Formulierung für den § 17a Abs. 4b KHG vor:

- (4b) Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge nach Absatz 3 Satz 6 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen *Ausbildungskosten nach Abs. 1* und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung der Vorgaben nach Satz 1 entwickeln die Vertragsparteien insbesondere unter Nutzung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c des Krankenhausentgeltgesetzes und von Daten aus einer Auswahl von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten, die an einer gesonderten Kalkulation teilnehmen, jährlich schrittweise das Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten und zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben.

Zu Artikel 1, Nr. 9, Buchstabe b, bb (**§ 17b Abs. 1 KHG**)

Ärztliche Weiterbildung

Die Selbstverwaltung wird beauftragt, bis zum 30. Juni 2009 zu prüfen, ob Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind, um die Zusatzkosten der ärztlichen Weiterbildung sachgerecht zu finanzieren. Die Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.

Die DKG begrüßt, dass die Bundesregierung das Thema der ärztlichen Weiterbildung aufgreift. Die DKG spricht sich mit Nachdruck dafür aus, dass die ärztliche Weiterbildung in ausreichendem Umfang sichergestellt werden muss. Hierbei muss natürlich auch der elementare Stellenwert der Krankenhäuser berücksichtigt werden. Die alleinige Fokussierung auf das G-DRG-System wird jedoch der Komplexität der Fragestellung nicht gerecht.

Die in den vergangenen Monaten diskutierten Szenarien (Altersstruktur der Ärzteschaft, Abwanderungen, Entwicklung der Studienbewerber etc.) machen deutlich, dass wesentliche Einflussfaktoren für die zukünftige Entwicklung der Facharztzahlen nicht ausreichend durch eher „moderate“ Umverteilungen im G-DRG-System beeinflusst werden können, mit der letztendlich nur die vermuteten Unterschiede der Fallkosten ausgeglichen werden könnten. Sofern Fehlentwicklungen angenommen oder erkennbar werden, müssen entsprechend der hohen gesundheits- und bildungspolitischen Bedeutung wirksamere Maßnahmen ergriffen werden. Hierzu müssen dann natürlich auch gezielte Förderprogramme für die ärztliche Weiterbildung im Krankenhaus gehören, die nicht aus den bereits jetzt unzureichenden Mitteln für die Krankenversorgung finanziert werden können.

Der vorgesehene Prüfauftrag stellt auf eine nach Leistungen oder Leistungsbereichen differenzierte Regelung ab. Es bleibt unklar, ob damit G-DRG-bezogene Zu- und Abschläge oder die „Leistungsbereiche“ entsprechend der Weiterbildungsordnung für Ärzte zu verstehen sind. Mit dem Gesetzentwurf wird festgestellt, dass ärztliche Weiterbildung grundsätzlich mit Mehrkosten verbunden ist. Bezüglich der Fall-

kosten fehlt jedoch bislang der konkrete Nachweis für diese Annahme. Für eine G-DRG-bezogene Analyse müsste der Aufwand zur Weiterbildung zunächst definiert und dann bei der Fallkostenkalkulation abgegrenzt werden können. Dies macht umfangreiche Prüfungen erforderlich, die angesichts des Differenzierungsniveaus der Weiterbildungsordnung und der Vielzahl der Facharzttrichtungen und Schwerpunkte sowie des zum Teil schwer abgrenzbaren Status von in Weiterbildung befindlichen Ärzten methodisch anspruchsvoll sind und in der Praxis der kalkulierenden Häuser nur schwer darstellbar sein dürften.

Durch die Definition des Prüfungsauftrages wird auch bereits die Form einer ggf. erforderlichen Förderung der ärztlichen Weiterbildung vorweggenommen. Es darf nur untersucht werden, ob ggf. Zu- oder Abschläge in Frage kommen. Offensichtlich sind mit dieser Vorgabe leistungsbezogene Zu- oder Abschläge gemeint, die innerhalb des G-DRG-Systems zur Umverteilung von Finanzmitteln eingesetzt werden. Angesichts der o. g. methodischen und faktischen Probleme bei der Identifizierung und Kalkulation von tatsächlichen Mehrkosten kann eine Umverteilung der auf die Leistungen abgestellten Kalkulationen und Vergütungen kaum zu sachgerechten und konsensierbaren Ergebnissen führen. Die Krankenhäuser sehen aber durchaus die Notwendigkeit zur gezielten Förderung von Weiterbildungsstellen. Dies kann aber nur über zusätzliche Mittel erfolgen. Auch die bisherigen Förderprogramme (z. B. Förderprogramm Allgemeinmedizin, Abschaffung des Arztes im Praktikum) erfolgten stets extrabudgetär oder budget erhöhend.

Zu Artikel 1, Nr. 5 (**§ 17d KHG**)

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Es ist grundsätzlich begrüßenswert, für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes Vergütungssystem mit tagesbezogenen Pauschalen einzuführen. Der in § 17d Abs. 1 Satz 2 KHG vorgesehene Prüfauftrag für andere Abrechnungseinheiten anstelle des Tagesbezugs stellt das neue Vergütungssystem jedoch sofort wieder in Frage. Auf diesen Prüfauftrag sollte verzichtet werden.

Sinnvoll wäre ein Prüfauftrag bzgl. des Vergütungssystems, um die Klassifikationsdimensionen zu erweitern. Auch schreibt der Gesetzentwurf vor, bei der Entwicklung des Patientenklassifikationssystems sei grundsätzlich von den bestehenden Behandlungsbereichen der Psych-PV auszugehen. Allerdings ist nicht weiter explizit ausgeführt, inwieweit die gültigen Operationalisierungen der Behandlungsbereiche fortentwickelt werden sollten (vgl. derzeit in Erprobung befindliches Schweizer Vergütungsmodell der Psychiatrie auf der Grundlage der Psych-PV). Auch der OPS-301 würde wegen der geringen Zahl psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen keine ausreichende Zahl von Klassifikationsmerkmalen bieten.

Der vorgegebene Zeitplan zur Entwicklung und Einführung des neuen Vergütungssystems ist zu kurz. Es gibt keine internationalen Vorbilder für ein pauschaliertes Vergütungssystem in der Psychiatrie. Der Zeitplan muss daher verlängert werden.

Das künftige pauschalierte Entgeltsystem soll für drei medizinische Fachgebiete, nämlich die Psychiatrie und Psychotherapie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie und die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gelten.

Diese Klarstellung wäre in § 17d Abs. 1 Abs. 1 Satz 1 wünschenswert, wie auch die Aufführung der korrekten Gebietsbezeichnungen gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (Psychiatrie und Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ sowie „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“).

Zu Artikel 2, Nr. 4, Buchstabe b (**§ 4 Abs. 2 KHEntgG**)

Abschläge für Notfallversorgung

Die Verminderung des Erlösbudgets um Abschläge für die Notfallversorgung führt in Verbindung mit der Abrechnung nach dem Landesbasisfallwert zu Problemen. Nach der bisherigen Systematik minderten die Abschläge für die Notfallversorgung neben dem Erlösbudget auch den krankenhausindividuellen Basisfallwert. Der Abschlag minderte damit auch die Höhe der abgerechneten DRG-Fallpauschalen. Zukünftig soll jedoch die Abrechnung nicht mehr über einen krankenhausindividuellen Basisfallwert, sondern über den Landesbasisfallwert erfolgen. Der Landesbasisfallwert kommt in gleicher Höhe auch bei Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, zur Anwendung und bestimmt die Höhe der Ist-Erlöse des Krankenhauses. Dies passt nicht zusammen. Im Rahmen der Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 KHEntgG würden die vereinbarten Erlöse einschließlich des Notfallabschlags ermittelt, die auf das Kalenderjahr entfallenden Ist-Erlöse des Krankenhauses können dagegen keinen krankenhausindividuellen Abschlagsbetrag enthalten, da über den Landesbasisfallwert abgerechnet wird.

Zuordnung der Überlieger

Aufgrund der nicht eindeutigen Rechtslage haben sich in der Praxis unterschiedliche Verfahren hinsichtlich der budgettechnischen Behandlung von Überliegern herausgebildet. Probleme ergeben sich insbesondere dadurch, dass die Überlieger am Jahresbeginn in der Praxis zwar überwiegend dem neuen Vereinbarungszeitraum zugerechnet werden, aber noch nach dem alten Katalog des Vorjahres abgerechnet werden, weil für die Abrechnung der Fallpauschalen der am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltende Fallpauschalen-Katalog maßgeblich ist (vgl. § 1 Abs. 1 FPV 2008). Vor diesem Hintergrund werden in einigen Ländern die Überlieger in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem sie aufgenommen wurden. Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung wäre dies nicht länger möglich.

Mit Blick auf eine einfachere Handhabung erscheint es sinnvoll, das Erlösbudget über die im Vereinbarungszeitraum aufgenommenen Patienten zu ermitteln. So ist sichergestellt, dass sich das Erlösbudget eines Vereinbarungszeitraums auch vollständig aus den im Vereinbarungszeitraum maßgeblichen DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten ableitet. Für eine bundeseinheitliche Umstellung auf diese Systematik wäre eine Regelung für den einmaligen Übergang anzustreben.

Zu Artikel 2, Nr. 4, Buchstabe e (**§ 4 Abs. 3 KHEntgG**)

Ausgleichsberechnung

Die Umsetzung der Vereinheitlichung der Ausgleichsregelungen bei bundeseinheitlich vorgegebenen Entgelten (Erlösbudget) und krankenhausindividuellen Entgelten

(Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG) ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleiches gilt für die Aufhebung der Vorgaben zur vollständigen Rückzahlung von Mehrerlösen infolge veränderter Kodierung. Die Regelung ging einseitig zu Lasten der Krankenhäuser, da im Falle eines im Vergleich zur Vereinbarung angestiegenen CMI zunächst sämtliche Mehrerlöse als Mehrerlöse infolge veränderter Kodierung gewertet wurden. Eine geringere Rückzahlung konnte nur erreicht werden, soweit das Krankenhaus nachweisen konnte, dass die Mehrerlöse nicht auf Kodiereffekte zurückzuführen sind. Bis heute hatte sich für das Nachweisverfahren keine einheitliche und anerkannte Methode etabliert. Dies ist nicht weiter verwunderlich, denn weil bei der Vereinbarung der Leistungsdaten nicht kodiert wird, kann ein Nachweis in Form eines direkten Vergleichs zwischen der bei der Vereinbarung zugrunde liegenden Kodierung und der Kodierung bei der Leistungsabrechnung nicht geführt werden. Die Regelung führte in erster Linie zu einem enormen administrativen Aufwand für die Krankenhäuser und war vielfach ein Hauptstreitpunkt zwischen den Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlungen. Eine Aufhebung ist daher zwingend notwendig und überfällig.

Es ist sinnvoll an den abweichenden Ausgleichsregelungen z. B. für Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil festzuhalten wie im Referentenentwurf vorgesehen. Die abweichenden Ausgleichssätze sollten jedoch gleichermaßen für krankenhaushausindividuelle Entgelte entsprechend gelten, auch wenn diese als tagesbezogene Entgelte vereinbart werden. Im Zuge der Aufhebung des Sanierungsbeitrags muss darüber hinaus die in diesem Rahmen erfolgte Absenkung des Mindererlösausgleichssatzes von 40 % auf 20 % rückgängig gemacht werden.

Probleme entstehen in Verbindung mit dem beim Erlösbudget abzuziehenden Notfallabschlag (s. auch Stellungnahme zu § 4 Abs. 2 KHEntgG). Bei davon betroffenen Krankenhäusern ergibt sich im Falle von Mehrerlösen ein zu hoher Abschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG, im Falle von Mindererlösen ein zu geringer Zuschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG. An dieser Stelle besteht noch dringender Korrekturbedarf.

Es ist außerdem nicht nachvollziehbar, weshalb nach der BPfIV bei psychiatrischen Einrichtungen mit 85 bzw. 90 % weiterhin deutlich höhere Mehrerlösausgleichssätze greifen sollen als im somatischen Bereich. Auch hier ist eine Anpassung auf 65 % zwingend geboten.

Die DKG setzt sich für eine sachgerechte Ausgestaltung der Erlösausgleiche ein und unterbreitet dazu einen Formulierungsvorschlag (**Anlage 1**), mit dem auch derzeit bestehende Interpretationsspielräume hinsichtlich der Reihenfolge der Ausgleichsberechnung beseitigt werden.

Zu Artikel 2, Nr. 4, Buchstabe d (**§ 4 Abs. 6 KHEntgG**)

Notfallversorgung

Es wird auf die Anmerkungen zu § 4 Abs. 2 und 3 KHEntgG verwiesen.

Zu Artikel 2, Nr. 4, Buchstabe d (**§ 4 Abs. 7 KHEntgG**)

Konvergenzphase für besondere Einrichtungen

Die Einführung einer Konvergenzphase für besondere Einrichtungen, die diesen Status verlieren und in das DRG-Vergütungssystem eingegliedert werden, ist grundsätzlich sinnvoll, um für die betroffenen Einrichtungen zu hohe Budgetverluste und damit den Eintritt existenzbedrohender Situationen möglichst zu vermeiden. Die DKG hält es allerdings für sachgerecht, eine Konvergenzphase von fünf Jahren einzuführen.

Die Zuschlagsberechnung ist aus unserer Sicht nicht eindeutig geregelt. Hierzu wird auf die nachfolgenden Ausführungen zu § 4 Abs. 9 KHEntgG verwiesen. Darüber hinaus erscheint eine Klarstellung sinnvoll, dass die Kappingsregelung gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG des Referentenentwurfs im Jahr 2009 entsprechend anzuwenden ist.

Zu Artikel 2, Nr. 4, Buchstabe d (**§ 4 Abs. 9 KHEntgG**)

Kappingsregelung

Im 1. Technik-Arbeitsentwurf vom 1. Februar 2008 war für die von der Kappung betroffenen Krankenhäuser noch die Ermittlung eines krankenhausespezifischen Basisfallwerts vorgesehen. Nunmehr soll auch für diese Häuser die Abrechnung über den Landesbasisfallwert erfolgen, wodurch ein weiterer Zuschlag erforderlich wird, der ansonsten entbehrlich wäre.

Dabei ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Zuschlagsberechnung im Falle einer nicht prospektiven Budgetverhandlung aus unserer Sicht nicht eindeutig geregelt. Es stellt sich insbesondere die Frage, ob – analog zur Zuschlagsermittlung gemäß § 4 Abs. 13 und 14 KHEntgG (Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen/AiP) – der Prozentsatz dann unterjährig anzupassen ist oder ob die infolge der Unterjährigkeit entstehende Differenz zu dem auf der Basis von Ganzjahresdaten ermittelten Prozentsatz gesondert über den Zuschlag nach § 5 Abs. 4 verrechnet werden soll.

Zu Artikel 2, Nr. 4, Buchstabe d (**§ 4 Abs. 10 KHEntgG**)

Förderprogramm Pflegepersonal

Das in § 4 Abs. 10 KHEntgG vorgesehene Förderprogramm zur Neueinstellung von Pflegekräften sieht eine teilweise Refinanzierung der Personalkosten von neu eingestellten Pflegekräften vor.

Aus Sicht der DKG ist grundsätzlich positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber die problematische Personalsituation in den Krankenhäusern – insbesondere in der Pflege – erkannt hat. Ein systemkonformer Ansatz zur Lösung dieser Problematik ginge allerdings dahin, den Krankenhäusern die vorgesehenen Mittel zur freien Verwendung und zur Refinanzierung ihrer Personalkosten zu überlassen. Die jetzige schwierige Situation in der Pflege resultiert nämlich aus der Tatsache, dass die grundsätzliche Refinanzierung der gesamten Personalkosten im stationären Bereich bisher nicht gewährleistet worden ist. Eine nur teilweise Refinanzierung von zusätzlichen Pflegekräften ist vor diesem Hintergrund keine befriedigende und an die Ursa-

chen gehende Lösung. Zu berücksichtigen ist, dass den Kliniken bei einer nur teilweisen Refinanzierung der Kosten auch weiterhin ungedeckte Kosten entstehen werden. Es sollte daher zumindest eine vollständige Refinanzierung der Neueinstellungen gesetzlich verankert werden.

Das vorgeschlagene Verfahren zum Förderprogramm führt zu einem hohen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser. Neben einer Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung muss zudem eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers und ein Stellennachweis vorgelegt werden, verbunden mit einer Rückzahlungsverpflichtung. Damit gehen die bürokratischen Hürden zur Gewährung der Fördermittel noch weit über die des Förderprogramms zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen hinaus.

Da die Förderung auf neueingestellte Pflegekräfte beschränkt wird, kommt es aufgrund der unterschiedlichen Personalausstattung und –struktur der einzelnen Häuser zu Verzerrungen und Ungerechtigkeiten. So würden Krankenhäuser, die bisher weitgehend auf eine Reduzierung des Pflegepersonals verzichtet haben und dies durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert haben, leer ausgehen.

Zu begrüßen ist zwar die Möglichkeit, auch die Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen finanziell zu fördern, allerdings ist der vorgesehene maximale Anteil von 5 Prozent hierfür viel zu niedrig angesetzt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte über die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegepersonal – die nicht zuletzt auch durch das kürzlich beschlossene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz an Fahrt gewonnen hat – sollte dieser Anteil deutlich erhöht werden.

Zu Artikel 2, Nr. 5, Buchstabe b (**§ 5 Abs. 4 KHEntgG**)

Regelung für Zu- oder Abschläge

Mit § 5 Abs. 4 wird das Verrechnungsverfahren für Ausgleichsbeträge umgestellt. Dabei ist abschließend vorgegeben, welche Beträge in den neuen „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche“ einfließen. Bisher konnten sämtliche Ausgleichs- und Verrechnungsbeträge aus Vorjahren im Abschnitt B2 unter der lfd. Nr. 30 berücksichtigt werden und beeinflussten somit die Höhe des krankenhausindividuellen Basisfallwerts. Um diese zukünftig nicht gesondert aufführen zu müssen, sollte in § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG keine abschließende Aufzählung der zu berücksichtigenden Verrechnungsbeträge erfolgen.

Im Falle einer unterjährigen Vereinbarung ergibt sich der maßgebliche Prozentsatz nicht unmittelbar aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 andererseits. Es ist ein davon abweichender Prozentsatz zu bilden, der umso höher ausfallen wird, je später die Vereinbarung getroffen wird. Wird die Vereinbarung beispielsweise erst zum 1. Dezember eines Jahres getroffen, müssen in diesem Monat sämtliche zu verrechnenden Beträge für die Erlösausgleiche abgewickelt werden. Daher sollte unbedingt eine entsprechende Klarstellung zur Ermittlung des Prozentsatz bei unterjähriger Budgetvereinbarung erfolgen.

Die einseitig zu Lasten der Krankenhäuser gehende Absenkung der Obergrenze für die Verrechnung von Zuschlägen von bisher 30 % auf 15 % ist weder sachgerecht noch nachvollziehbar. Trotz des immer noch bestehenden Prospektivitätsgrundsatzes ist eine nicht prospektive Budgetverhandlung mittlerweile zum Regelfall geworden. In

der Praxis wird die überwiegende Zahl der Budgetabschlüsse inzwischen nicht zu Beginn des Jahres, sondern erst im 2. Halbjahr getroffen. Je später im Jahr eine Budgetvereinbarung wirksam wird, umso stärker wirken sich die Verrechnungsbeträge aus Ausgleichen auf die Höhe des „Zu- oder Abschlags für Erlösausgleiche“ aus (s. o.). Schon allein mit Blick auf die zeitliche Verzögerung des Gesetzgebungsverfahrens werden prospektive Verhandlungen im Jahr 2009 nicht stattfinden können. In der Begründung wird wie im Referentenentwurf weiterhin behauptet, dass sich die Verrechnungsproblematik vermindern wird, da die Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 die Fallpauschalen nicht mehr mit dem häufig erst spät im Kalenderjahr vereinbarten krankenhausesindividuellen Basisfallwert bewerten, sondern mit dem frühzeitiger feststehenden Landesbasisfallwert. Hier wurde offensichtlich die mit dem Kabinetentwurf erfolgte Änderung übersehen, wonach abweichend davon für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausesindividuelle Basisfallwert abzurechnen ist. Mit Blick auf die sich abzeichnende verspätete Vereinbarung des endgültigen Landesbasisfallwerts 2009 infolge der zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene noch zu vereinbarenden Erhöhungsrates nach § 10 Abs. 5 KHEntgG ist nicht von einer Verminderung, sondern eher von einer Verschärfung der Verrechnungsproblematik – zumindest im Jahr 2009 – auszugehen. Im Falle einer weiteren Absenkung der Obergrenze besteht ein Anreiz für die Krankenkassen, bei absehbar hohen Verrechnungsbeträgen zu Gunsten des Krankenhauses die Budgetverhandlungen zu verzögern. Solche Hinauszögerungen der Verhandlungen zu Lasten der Liquidität der Krankenhäuser hat es bereits bei der derzeit geltenden Regelung gemäß § 15 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG gegeben. Ein „verspäteter“ Budgetabschluss ist vielfach auf Gründe zurückzuführen, die das Krankenhaus nicht zu vertreten hat. Insofern besteht auch keine Berechtigung für die vorgesehene Obergrenze, zumal es auch keine „Untergrenze“ für die Verrechnung von Abschlägen gibt.

Die Möglichkeit nach Satz 4, in seltenen Ausnahmefällen einen höheren Zuschlag zuzulassen, um eine wirtschaftliche Gefährdung des Krankenhauses abzuwenden, ist nicht ausreichend. Aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen dürften die Meinungen der Vertragsparteien, wann eine wirtschaftliche Gefährdung vorliegt, in der Regel weit auseinander liegen. Die Einschränkung auf „seltene Ausnahmefälle“ macht die Anwendung dieser Vorschrift darüber hinaus nahezu unmöglich.

Zu Artikel 2, Nr. 6, Buchstabe d (**§ 6 Abs. 3 KHEntgG**)

Vereinbarung einer gesonderten Erlössumme für krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte und für besondere Einrichtungen

Werden krankenhausesindividuelle Entgelte für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, vereinbart, sieht § 6 Abs. 3 KHEntgG weiterhin grundsätzlich die Vorlage einer LKA vor. Zwar wurde nunmehr eine abweichende Regelung dahingehend geschaffen, dass die Unterlagen nur vorgelegt werden müssen, soweit die Krankenkassen nicht auf eine Vorlage verzichten. Die grundsätzliche Problematik bleibt aber nach wie vor bestehen und eine Vereinfachung des Verfahrens liegt einseitig in der Entscheidung der Krankenkassen. Festzustellen bleibt, dass die Angaben zur LKA bei der Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte nicht sinnvoll getroffen werden können. Dies gilt sowohl für die Angabe von Leistungsdaten in den „L-Abschnitten“ als auch bei der Kalkulation von Budget und Pflegesätzen nach den „K-Abschnitten“. Daher sollte auf eine Vorlage der LKA generell verzichtet werden. Die Vorlage des Abschnitts E3 der AEB und der vorgesehenen

Kalkulationsunterlagen ist ausreichend. Deshalb sollte § 6 Abs. 3 KHEntgG entsprechend angepasst werden.

Die weiterhin für besondere Einrichtungen vorgegebene Deckelung aufgrund der Anwendung des § 6 BPfIV ist nicht sachgerecht. Damit wird eine ausreichende Finanzierung über die zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Entgelte verhindert oder zumindest erschwert.

Zu Artikel 2, Nr. 7 (**§ 7 KHEntgG**)

Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

Der Vollständigkeit halber sollten alle neuen Zu- und Abschläge bei den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen aufgeführt werden. Dazu gehören auch der Zu- oder Abschlag nach § 4 Abs. 7 KHEntgG im Zusammenhang mit der Einbeziehung besonderer Einrichtungen in das DRG-Vergütungssystem, der Zuschlag zur Förderung der Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal nach § 4 Abs. 10 KHEntgG und im Jahr 2009 der Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (neuer § 4 Abs. 8 KHEntgG).

Zu Artikel 2, Nr. 8, Buchstabe b (**§ 8 Abs. 9 KHEntgG**)

GKV-Rechnungsabschluss / Transparenz der Krankenhausrechnung

Die mit der Neufassung des § 8 Abs. 9 KHEntgG verbundene Abschaffung des GKV-Rechnungsabschlags ab dem Jahr 2009 war eine in den Gesetzesmaterialien für das WSG dokumentierte Zusage der Politik und ist daher zwingend vorzunehmen. Dabei ist allerdings entscheidend, dass das Gesetz rechtzeitig zum 1. Januar 2009 in Kraft tritt, da der Rechnungsabschluss ansonsten zunächst weiter bei der Abrechnung von den Kostenträgern eingefordert werden könnte. Im Falle eines rückwirkenden Inkrafttretens des Gesetzes würden die Krankenhäuser mit einem enormen administrativen Aufwand belastet, weil bei allen bereits gestellten Rechnungen für im Jahr 2009 entlassene Patienten eine Rückabwicklung des Rechnungsabschlags notwendig wäre. Eine rechtzeitige Aufhebung des GKV-Rechnungsabschlags zum 1. Januar 2009 ist daher zwingend erforderlich.

Die an dieser Stelle vorgesehene Regelung zur „verständlichen Krankenhausrechnung“ ist aus nachfolgenden Gründen überflüssig:

Es ist nicht möglich, die Rechnung des Krankenhauses mit zusätzlichen Erläuterungen zu den einzelnen Entgelten für alle Patienten verständlich und nachvollziehbar machen. Um beispielsweise den vorgesehenen „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleich“, der aus unterschiedlichen Verrechnungsbeträgen besteht, für einen mit der Materie nicht vertrauten Patienten verständlich zu machen, bedarf es schon einer systematischen Einführung in die Untiefen der Krankenhausfinanzierung. Aber selbst dann dürfte so mancher Patient aufgrund der Komplexität überfordert sein. Darüber hinaus hat bereits heute jeder selbstzahlende Patient bzw. dessen gesetzlicher Vertreter gemäß § 8 Abs. 8 Satz 1 KHEntgG die Möglichkeit, sich über einen Einblick in den Pflegekostentarif (BPfIV) bzw. DRG-Entgelttarif (KHEntgG) als Bestandteil der „Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) im Krankenhaus“ detailliert über die einzelnen Rechnungsbestandteile zu informieren. Außerdem hat nach § 8 Abs. 8 Satz 2

KHEntgG jeder Patient die Möglichkeit zu verlangen, dass ihm unverbindlich die voraussichtlich abzurechnende Fallpauschale und deren Höhe sowie voraussichtlich zu zahlende, ergänzende Entgelte mitgeteilt werden. Damit ist aus unserer Sicht dem Erfordernis einer sachgerechten und verständlichen Information der Krankenhauspatienten über die abzurechnenden Entgelte Genüge getan. Es bedarf daher keiner weiteren Regelung zur Verpflichtung des Krankenhauses, seine Rechnung in einer für den Patienten verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten, wie hier vorgeschlagen.

Zu Artikel 2, Nr. 10 (§ 10 KHEntgG)

Landesbasisfallwert

An der vorgesehenen Neufassung des § 10 KHEntgG ist positiv anzuerkennen, dass perspektivisch eine Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch einen die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigenden Orientierungswert erfolgen soll. Allerdings bleibt die bestehende Systematik in Form der Zwei-Säulen-Theorie und der damit verbundenen Obergrenze nach Absatz 4 erhalten. Es ist auch nicht absehbar, ab wann die Begrenzung der Erhöhung des Landesbasisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch den neuen Orientierungswert abgelöst wird, da letztlich das Bundesministerium für Gesundheit den Zeitpunkt festlegt. Hinzu kommt, dass lediglich ein Anteil des Orientierungswerts (Veränderungswert) finanziert wird, den das BMG eigenmächtig ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen können soll.

Insofern kann allenfalls über die Öffnungsklausel nach Absatz 5 im Jahr 2009 auf eine einmalige zusätzliche Finanzierung von Tarifierhöhungen gehofft werden, der bei der derzeitigen Ausgestaltung allerdings noch eine sicherlich konfliktreiche Verhandlung zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene bevorstehen würde. Da das Gesetz auch im günstigsten Fall nicht vor Ende des Jahres 2008 in Kraft treten wird, kann mit einer Vereinbarung bzw. Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle kaum vor Mitte des Jahres 2009 gerechnet werden. Dabei gibt das Gesetz eigentlich eine Vereinbarung der landesweiten Basisfallwerte 2009 bis zum 31. Oktober 2008 vor. Diese Situation ist für die Krankenhäuser untragbar. Notwendig sind klare Verhältnisse über die finanziellen Rahmenbedingungen für die Budgets 2009. Auch brauchen die Krankenhäuser schnellstmöglich mehr finanzielle Mittel zur Refinanzierung der enormen Kostenbelastung. Zu erinnern ist, dass ab 01.01.2009 nach dem TVöD um ca. 5 % höhere Löhne und Gehälter ausgezahlt werden müssen. Auch haben die Krankenhäuser angesichts der extrem niedrigen Grundlohnrate der Vergangenheit keine Möglichkeiten gehabt, die sonstigen Kostensteigerungen und Inflationslasten (Energiepreise) der Jahre 2007 und 2008 in die Basisfallwerte einzubringen. Die mit dem Entwurf vorgesehene anteilige Finanzierung der Tarifsteigerungen würde den Gesamtbereich der ebenfalls massiv gestiegenen Sachkosten nicht berücksichtigen. Die nach Abzug der Grundlohnrate verbleibenden nicht gedeckten Kostenzuwächse liegen für die Budgetjahre 2008 und 2009 bei ca. 6,7 Mrd. €. Diese massive Kostenlast der Krankenhäuser muss die Grundlage für die Festlegung zusätzlicher Finanzierungsmittel sein.

Die DKG fordert in diesem Zusammenhang eine Änderung des § 10 KHEntgG in Form einer Aufhebung der schneidenden Obergrenze nach Abs. 4. Darüber hinaus sind einige Anpassungen innerhalb des § 10 Abs. 3 KHEntgG erforderlich, damit zukünftig eine sachgerechte Verhandlung eines medizinisch leistungsgerechten lan-

desweiten Basisfallwerts erfolgen kann. Darauf wird nachfolgend im Einzelnen eingegangen.

Die bisherige Nummer 1, wonach der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann, bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts zu berücksichtigen ist, kann entfallen. Eine Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG wurde bisher nicht geschlossen. Eine mögliche Ursache liegt darin, dass der hiernach vorzugebende Veränderungsbedarf, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann, nur aus allgemeinen Kosten- oder Fallzahlentwicklungen resultieren kann. Diese werden aber bereits über andere Tatbestände nach den Nummern 2 und 4 berücksichtigt.

Bei der Berücksichtigung voraussichtlicher allgemeiner Kostenentwicklungen gemäß Nummer 2 sollte zukünftig ein vom Statistischen Bundesamt jährlich zu ermittelnder spezieller Krankenhausindex als Orientierungswert zugrunde gelegt werden, der den tatsächlichen Kostenstrukturen und -entwicklungen im Krankenhausbereich Rechnung trägt. Da für die Krankenhäuser als personalintensivem Wirtschaftszweig insbesondere die Tarifentwicklung als Einflussgröße für Kostenentwicklungen von Bedeutung ist, ist diese in dem zu entwickelnden Index abzubilden. Eine solche Vorgabe über das Statistische Bundesamt würde auch zu einer Reduzierung des Konfliktpotenzials unter den Vertragsparteien hinsichtlich der Höhe allgemeiner Kostenentwicklungen beitragen.

Die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach Nummer 3 bedarf zwingend einer Konkretisierung. Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, jedwede „Einsparmaßnahme“ im Rahmen einer „Kollektivhaftung“ zu Lasten aller Krankenhäuser (quasi virtuell) als Preissenkungsargument zu verwenden, obwohl klar ist, dass für eine krankenhausesindividuelle Budgetreduktion keinerlei Begründung vorliegen würde. Ein solches Vorgehen ist bei den Landesbasisfallwertverhandlungen auf Krankenkassenseite regelmäßig zu beobachten. Selbst Notlagentarifverträge werden als Argument für vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven vorgeschoben. Werden von Krankenhausträgern jedoch Notlagentarifverträge abgeschlossen, so ist dies Ausdruck der Situation, dass die bisherige Finanzierung der Betriebskosten gerade nicht ausreichend war für die wirtschaftliche Sicherung der betroffenen Krankenhäuser. Personalkosten-„Einsparungen“ stellen damit keine Wirtschaftlichkeitsreserven dar und sind auch kein Ausdruck allgemeiner Kostenentwicklungen (im Land oder im Bund), sondern sind Maßnahmen zur Deckung bestehender Defizite. Es wäre systemfremd, Reduktionen bisher schon nicht gedeckter Kosten als Abzugsposition zu verwenden, um das Defizit bestehen zu lassen bzw. über den pauschalierenden Effekt eines Landespreises zu Defiziten für noch mehr Krankenhäuser werden zu lassen. Eine entsprechende Auffangregelung, die klarstellt, dass derartige Effekte nicht auftreten dürfen, fehlt derzeit, ist aber dringend erforderlich. Es muss daher klargestellt werden, dass Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nur zu berücksichtigen sind, soweit diese nicht bereits bei der Kostenentwicklung oder durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind und diese nur vorliegen können, wenn landesweit die Mehrzahl der Krankenhäuser von diesen Entwicklungen betroffen ist.

Wenn nach Nummer 4 die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen ist, ist es nur sachlogisch, auch gegenläufige Auswirkungen bei Fallzahlreduzierungen einzubeziehen. Damit wird die notwendige Finanzierung der ansonsten nicht gedeckten Fixkosten sichergestellt.

Die bisherige Nummer 5, wonach Ausgabenentwicklungen in anderen Leistungsbereichen zu berücksichtigen sind, ist aufzuheben. Bei einem „freigegebenen“ Preissystem muss das hier geregelte Prinzip einer „einseitig“ kommunizierenden Röhre als systemfremd bezeichnet werden und daher abgeschafft werden. Die Ausgabenentwicklung in anderen Leistungsbereichen darf keine absenkende Wirkung auf den landesweiten Basisfallwert ausüben, wenn eine sachgerechte Verhandlung eines medizinisch leistungsgerechten landesweiten Basisfallwerts sichergestellt werden soll.

Im Zuge der Abschaffung der Obergrenze nach Abs. 4 sollten Auswirkungen der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln, die lediglich technisch bedingt sind, zukünftig gesondert im Rahmen des Abs. 3 berücksichtigt werden.

Die bisherigen Sätze 2 und 3 sind zu streichen. Der bisherige Satz 2 kann gestrichen werden, da eine absenkende Berücksichtigung zusätzlicher Fälle schon in Nummer 4 geregelt wird.

Darüber hinaus ist es nicht länger sachgerecht, angeblich bestehende Kodiereffekte absenkend bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts zu berücksichtigen. Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass verändertes Kodierverhalten der Krankenhäuser in einem Bundesland nicht mehr zu nachweisbaren Effekten auf die vereinbarte oder zu vereinbarende Summe der Bewertungsrelationen führen kann. Right-Coding-Effekte im Sinne von relevantem verändertem Kodierverhalten sind im siebten Jahr der DRG-Kodierung in deutschen Krankenhäusern nicht mehr zu erwarten. „Normale“ Lerneffekte, die mit der notwendigen Schulung von Krankenhausmitarbeitern bezüglich des jährlichen wechselnden DRG-Kataloges einhergehen, wirken in beide Richtungen.

Ausgabenerhöhungen durch veränderte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren treten nicht mehr auf. Die amtliche Begründung zum KHEntgG führte im Jahr 2002 folgendes aus: „Derzeit werden in den Krankenhäusern noch weniger Nebendiagnosen erfasst, als dies bei richtiger Kodierung für das Fallpauschalensystem erforderlich ist. Auf Grund internationaler Erfahrungen ist damit zu rechnen, dass sich etwa in den ersten vier Jahren nach Einführung des DRG-Systems das Kodierverhalten in den Krankenhäusern ändert und mehr Nebendiagnosen erfasst werden als bisher.“

Dieser bereits mit der DRG-Einführung immer wieder ins Feld geführte Lernprozess muss in Deutschland angesichts der seit Jahren bereits wirksamen Erlösrelevanz des Systems tatsächlich als abgeschlossen betrachtet werden. Allenfalls zu Beginn des Jahres können im Zusammenhang mit neuen ICD- und OPS-Kodes beidseits Unsicherheiten entstehen, die aus Sicht des Krankenhauses zu Mehr- aber auch zu Mindererlösen führen können, die landesweit gesehen jedoch weder in die eine noch in die andere Richtung eine relevante Größenordnung erreichen dürften. Diese nivellieren sich zudem im Laufe des Jahres in Folge von ergänzenden Informationen, Schulungen, MDK-Prüfungen etc. Der bisherige Satz 3 ist vor diesem Hintergrund aufzuheben.

Umsetzung der Tariferhöhungen im Landesbasisfallwert

Die vorgesehene Regelung, wonach die Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Veränderungsrate – bezogen auf die Personalkosten – zu lediglich 50 Prozent finanziert wird, ist unzureichend. Aus Sicht der DKG kann nur eine vollständige Refinanzierung der Kostenbelastungen in den Jahren 2008 und 2009 eine Verschlechterung der Versorgungsqualität in den Krankenhäusern verhindern. Zur Höhe der massiven Kostenbelastungen der Krankenhäuser wird auf die Ausführungen zum Landesbasisfallwert verwiesen. Die Personalmehrkosten infolge der Tarifabschlüsse belaufen sich auf ca. 4 Mrd. €.

Die Vereinbarung der Erhöhungsrates durch die Vertragsparteien auf Bundesebene ist angesichts des späten Abschlusses des Gesetzgebungsverfahrens äußerst problematisch. Bis zum Abschluss einer Vereinbarung über die Tarifrates dürften weitere Wochen und Monate vergehen, so dass die Krankenhäuser, die ab Januar um ca. 5 % höhere Löhne zahlen müssen, nicht nur eine über Monate anhaltende Unsicherheit in der Finanzierungsplanung, sondern auch noch Liquiditätsprobleme hätten. Die im Gesetzentwurf ausgewiesene Höhe der anteiligen Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009 mit 1,35 Mrd. € entspricht einer Erhöhungsrates von ca. 3 % (= ein Drittel der Erhöhungsrates bezogen auf die Basisfallwerte bzw. Budgets). Wie bereits dargestellt ist eine nur anteilige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen nicht ausreichend. Notwendig ist eine 100 %ige Finanzierung der nicht durch die Grundlohnrate gedeckten Personalkostensteigerungen. Insofern ist eine Erhöhungsrates von 6 % erforderlich, die im Gesetz unmittelbar festgelegt werden sollte.

Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs werden die durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarten Einmalzahlungen jeweils für die beiden Jahre ermittelt, um dann die gesamte Erhöhungsrates als Summe aus beiden Einzelraten zu bilden. Dies müsste eindeutiger formuliert werden, um keine Auslegungsmöglichkeit in Richtung auf einen Durchschnittswert aus den beiden Jahren zuzulassen. Dabei ist zwingend klarzustellen, dass auch für die nicht refinanzierten Tariferhöhungen des Jahres 2008 ein Ausgleich im Jahr 2009 vorzunehmen ist. Dieser müsste beispielsweise über einen Bezug auf Absatz 1 Satz 4 ausdrücklich erwähnt werden.

Es ist darüber hinaus nicht gesichert, dass die mit der Gesetzesanpassung intendierte Refinanzierung der Tariferhöhungen den Krankenhäusern tatsächlich zugute kommt, da der Mechanismus der Obergrenzenregelung beibehalten wird. Nach den Vorgaben des Gesetzesentwurfs erfolgt die Anrechnung der Tarifrates auf den vereinbarten Landesbasisfallwert 2009, der zuvor formell nach den unverändert geltenden Bestimmungen der Absätze 3 und 4 vereinbart wird. Nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 sind dabei die voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Die Vertreter der Krankenkassen könnten in der Verhandlung argumentieren, dass die Personalkostenentwicklung aufgrund der Tariferhöhung an dieser Stelle nicht mehr berücksichtigt werden könne, da sie bereits durch die Tarifrates abgedeckt werde. Dies müsste explizit ausgeschlossen werden. Es ist zwingend erforderlich, dass die Personalkostensteigerung in vollem Umfang unter Nr. 2 eingebracht werden kann. Ansonsten wäre es praktisch unmöglich, im Rahmen der Verhandlung die Obergrenze nach Absatz 4 überhaupt auszuschöpfen, da die anderen Ziffern in Absatz 3 allesamt Absenkungstatbestände darstellen. Damit würde der Zweck der Re-

gelung, eine Öffnungsklausel zur Obergrenzenregelung für die Berücksichtigung der Tarifierhöhungen zu schaffen, unterlaufen.

Problematisch ist, dass der Landesbasisfallwert 2009 eigentlich bis zum 31. Oktober 2008 vereinbart sein muss, das Gesetz aber bis dahin sicherlich nicht in Kraft getreten sein wird. Zwar ist eine Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts 2009 vorgesehen, wenn die Erhöhungsratespäter festgelegt wird, aber ein zusätzlicher administrativer Aufwand sowohl auf Landes- als auch auf Ortsebene ist unvermeidbar. Damit verbundene technische Probleme bei der Abrechnung können noch nicht abschließend vorhergesehen werden. Hinzu kommt die dringend erforderliche schnelle Planungssicherheit und Mittelverfügbarkeit.

Es ist vorgesehen, den Landesbasisfallwert 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrates neu zu vereinbaren, wenn dieser bereits vereinbart wurde. Statt einer aufwändigen und möglicherweise langwierigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts wird zur Verfahrensvereinfachung vorgeschlagen, den sich über die Erhöhungsrates ergebenden Betrag über einen gesonderten Zuschlag abzurechnen, der auch bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen ist.

Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass der Landesbasisfallwert nicht zwangsläufig zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene vereinbart, sondern im Konfliktfall durch die Landesschiedsstelle festgesetzt wird. Selbstverständlich muss auch in diesem Fall eine Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts 2009 erfolgen. Insofern müsste § 10 Abs. 5 Satz 6 wie folgt gefasst werden:

„...ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart **oder festgesetzt**, ...“

Wir sehen eine solche Ergänzung als dringend geboten, um mögliche rechtliche Auseinandersetzungen im Falle einer Schiedsstellentscheidung zum Landesbasisfallwert 2009 nach Inkrafttreten des KHRG zu vermeiden.

Zu Artikel 2, Nr. 10, Buchstabe e (**§ 10 Abs. 6 KHEntgG**)

Ablösung der Veränderungsrate durch den Orientierungswert

Die Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V durch einen Orientierungswert für Krankenhäuser, der die Kostenstruktur und –entwicklungen besser berücksichtigt, ist grundsätzlich zu begrüßen. Dabei müsste allerdings auch sichergestellt werden, dass dieser Orientierungswert vollständig zu einer entsprechenden Erhöhung der Landesbasisfallwerte führt. Dies ist bei der vorgesehenen Umsetzung nicht der Fall.

Absolut nicht hinnehmbar ist, dass der Zeitpunkt der Umstellung auf den neuen Orientierungswert nicht rechtsverbindlich vorgegeben sondern dies in die eigenmächtige Entscheidungsbefugnis des Bundesministeriums für Gesundheit gelegt wird. Es gibt keinen sachlichen Grund, nach einer Verfügbarkeit des Orientierungswerts im Jahre 2010 die Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V durch ihn auf einen Zeitpunkt erst nach dem Jahr 2011 zu verschieben.

Weiterhin ist nicht akzeptabel, dass das BMG ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen kann, welcher Anteil der durch den Orientierungswert abgebildeten Kos-

tenentwicklungen auch tatsächlich finanziert wird. Durch eine nicht regelgebundene Festlegung der zukünftigen Obergrenze durch das BMG ohne parlamentarische Kontrolle oder eindeutige Kriterien ist eine sachgerechte Refinanzierung nicht gedeckter Kostenbelastungen nicht gewährleistet und daher abzulehnen. Damit würde die Deckelung der Entwicklung der Basisfallwerte weiter fortgesetzt, wobei nicht einmal mehr der derzeitige Anspruch auf eine Erhöhung der Basisfallwerte gemäß der Veränderungsrate nach § 71 SGB V garantiert wäre.

Zu Artikel 2, Nr. 10, Buchstabe i (**§ 10 Abs. 8 KHEntgG**)

Einheitlicher Bundesbasisfallwert und Basisfallwertkorridor

Die DKG sieht zum jetzigen Zeitpunkt eine Entscheidung darüber, ob die Landesbasisfallwerte zu einem Bundesbasisfallwert konvergieren sollen, als verfrüht an. Zunächst sollte das Ende der Konvergenzphase abgewartet werden, um daraufhin zu analysieren, ob es sachlich zu rechtfertigende Gründe für die dann noch bestehenden Differenzen zwischen den Landesbasisfallwerten gibt. Sollte der Gesetzgeber an einer Regelung zur Angleichung der Landesbasisfallwerte festhalten wollen, so muss die Sachgerechtigkeit und technische Umsetzbarkeit eines Verfahrens sorgfältig geprüft werden, um den Verhandlungsprozess der Landesbasisfallwerte nicht zu untermunieren.

Wie groß der Korridor um den nach Absatz 9 ermittelten einheitlichen Basisfallwert sein muss, um Finanzierungsspielräume für landesbezogene Strukturunterschiede zu belassen, kann aus heutiger Sicht ohne die von der DKG geforderte Analyse nicht beurteilt werden. Die Anpassung muss in jedem Fall so ausgestaltet sein, dass dem stationären Leistungsbereich keine weiteren Mittel entzogen werden können.

Zu Artikel 2, Nr. 10, Buchstabe i (**§ 10 Abs. 9 KHEntgG**)

Herleitung des Bundesbasisfallwertes und des Basisfallwertkorridors

Die Grundlage für die Berechnung des einheitlichen Basisfallwertes können nicht, wie in Satz 1 formuliert, die jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte bilden, sondern es müssen für den Start der Konvergenzphase in 2010 die Landesbasisfallwerte 2009 einschließlich Berichtigung und ohne Ausgleich und ohne Berücksichtigung der Erlössumme nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 herangezogen werden. Die Aufforderung an die Landeskrankengesellschaften zur Übermittlung der der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes zugrunde gelegten Summe der effektiven Bewertungsrelationen sowie des Ausgabenvolumens widerspricht der gesetzeskonformen Verhandlungspraxis, die nur eine Fortschreibung des Landesbasisfallwertes ohne explizite Vereinbarung dieser beiden Größen vorsieht, so dass diese nicht zur Verfügung stehen. Eine Abfrage der Summen der effektiven Bewertungsrelationen ist noch nachvollziehbar, da sie als Gewichtungsfaktoren bei der Durchschnittsbildung benötigt werden. Auf eine Verpflichtung zur Übermittlung der Ausgabenvolumina ist zu verzichten.

Die DKG begrüßt, dass gegenüber dem Referentenentwurf die Erhöhung des vom DRG-Institut berechneten einheitlichen Basisfallwertes und des einheitlichen Basisfallwertkorridors um die maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert verbindlich vorgegeben wird. Darüber hinaus müssen aber auch die unabhängig von

einem Veränderungswert zu berücksichtigenden Tatbestände – eine ggf. noch ausstehende Ost-/West-Angleichung nach Absatz 7, die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach Absatz 11 Satz 2 ab 2010 und für die Neueinstellung von Pflegepersonal ab 2012 – zwingend erhöhend berücksichtigt werden. Ansonsten gehen diese nach dem Willen der Politik den Krankenhäusern zusätzlich zur Verfügung zu stellenden Finanzmittel durch die Konvergenz auf den Korridor zum Teil wieder verloren, was keinesfalls akzeptabel ist. Außerdem muss die Möglichkeit bestehen, technisch bedingte Veränderungen der Landesbasisfallwerte, wie sie im Absatz 4 aufgeführt werden und soweit sie voraussehbar sind, auch bei der Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des zugehörigen Korridors zu berücksichtigen.

Zu Artikel 2, Nr. 16 (**§ 21 Abs. 2 Nr. 1c KHEntgG**)

Anpassung des § 21-Datensatzes

Es ist sehr zu begrüßen, dass alle Anregungen bezüglich des § 21-Datensatzes aus der Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf umgesetzt wurden.

Zu Artikel 2, Nr. 17 (**Abschnitt B2**)

Änderung des Abschnitts B2

Der Abschnitt B2 bedarf noch an einigen Stellen einer Korrektur. Es ist systematisch nicht korrekt, die Überlieger am Jahresbeginn bei der Summe der effektiven Bewertungsrelationen in der lfd. Nr. 1 zu berücksichtigen, da diese nach dem Katalog des Vorjahres abgerechnet werden. Die Überlieger 2008/2009 werden danach mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert abgerechnet und nicht mit dem Landesbasisfallwert 2009. Es verbietet sich insofern eine Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert wie in lfd. Nr. 2 vorgesehen (vgl. auch Ausführungen zu § 4 Abs. 2 KHEntgG). Hier zeigt sich erneut, dass die Vorgabe, die Überlieger in voller Höhe dem Jahr zuzuordnen, in dem sie entlassen werden, in Verbindung mit den Abrechnungsbestimmungen nicht sachgerecht ist.

Hinsichtlich der vorgesehenen Abschläge für die Notfallversorgung wird auf die Ausführungen zu § 4 Abs. 2 und 3 KHEntgG verwiesen.

Zu Artikel 4 (**BPfIV**)

Bundespfllegesatzverordnung

Die vorgesehenen Änderungen in der BPfIV zur Ermittlung des Gesamtbetrags gehen in die richtige Richtung. Allerdings bleibt die Deckelung durch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V bestehen.

Aus Sicht der DKG ist zwingend sicherzustellen, dass der sich nach der PsychPV ergebende Personalbedarf bei allen Krankenhäusern vollständig finanziert wird. Wenn nach § 3 Abs. 1 Satz 3 BPfIV das Budget und die Pflegesätze medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen, dann muss der Verord-

nungsgeber auch dafür Sorge tragen, dass sich der nach der PsychPV ergebende medizinisch leistungsgerechte Personalbedarf über die Pflegesätze vollständig, das heißt zu 100 %, finanziert wird. Ansonsten ist eine medizinisch leistungsgerechte Versorgung nicht sicherzustellen.

Die Sicherstellung einer medizinisch leistungsgerechten Versorgung kann letztlich nur erreicht werden, indem die derzeit bestehende Begrenzung der Erhöhung des Gesamtbetrags in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V abgeschafft wird und allgemeine Kostenentwicklungen sachgerecht im Rahmen des medizinisch leistungsgerechten Gesamtbetrags berücksichtigt werden können.

Die nachfolgende Bewertung der einzelnen beabsichtigten Änderungen innerhalb des § 6 BPfIV erfolgt unter Berücksichtigung der aktuellen Gesetzeslage. Wenn der medizinisch leistungsgerechte Gesamtbetrag unter Berücksichtigung von Kostenentwicklungen einschließlich Leistungsveränderungen nicht mehr durch die Obergrenze gekappt würde, wären weder Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze noch ein Tarifausgleich erforderlich.

Zu Artikel 4, Nr. 2, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb, Dreifachbuchstabe aaa und Nr. 10 (**§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPfIV/§ 19 Abs. 3 BPfIV**)

Fallzahlentwicklung und Schiedsstellenfähigkeit

Die Neuformulierung des Ausnahmetatbestandes gemäß § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und die gleichzeitige Aufhebung des Ausschlusses der Schiedsstellenfähigkeit für diesen Tatbestand ist zu begrüßen. Damit würde erreicht, dass Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen bei der Bemessung des Budgets angemessen berücksichtigt werden können.

Zu Artikel 4, Nr. 2, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb, Dreifachbuchstabe bbb (**§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPfIV**)

Ausnahmetatbestand Psych-PV

Die Regelung der anteiligen Umsetzung der Psych-PV in § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 ist nicht ausreichend. Zielführend wäre eine gesetzliche Vorgabe, wonach der sich nach der PsychPV ergebende Personalbedarf vollständig, d.h. zu 100 %, finanziert wird und zwar unabhängig von der Ausgangssituation des einzelnen Krankenhauses. In ihrer jetzigen Ausgestaltung führt die Regelung nur bei einer Neubesetzung von PsychPV-Personalstellen zu einer zusätzlichen Finanzierung. Krankenhäuser, die zwar die Vorgaben der PsychPV bzgl. der Stellenanzahl erfüllen, ohne dass diese Stellen ausreichend finanziert werden, sind durch die Forderung nach einer Neubesetzung benachteiligt. Auch diese Krankenhäuser haben einen Anspruch auf eine vollständige Finanzierung der vorgehaltenen Personalstellen.

Darüber hinaus ist die Vorschrift nicht als Soll-Vorschrift, sondern als Muss-Vorschrift auszugestalten, damit die Krankenhäuser bereits im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen den berechtigten Finanzierungsanspruch gegenüber den Krankenkassen durchsetzen können.

Zu Artikel 4, Nr. 2, Buchstabe b (**§ 6 Abs. 2 BPfIV**)

Tarifausgleich

Die vorgesehene Erhöhung des Budgets um 40 % der Berichtigungsrate ist unzureichend, da damit keine vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen erfolgt. Ein Tarifausgleich wäre im Übrigen dann verzichtbar, wenn eine vollständige Finanzierung der sich nach der PsychPV ergebenden Personalstellen sichergestellt wäre, wie sie von der DKG gefordert wird.

Zu Artikel 4, Nr. 6 (**§ 12 BPfIV**)

Erlösausgleiche

Wie in § 4 Abs. 3 KHEntgG ist auch an dieser Stelle keine vollständige Aufhebung des Sanierungsbeitrags für die GKV vorgesehen, da der Mindererlösausgleich weiterhin auf 20 % festgeschrieben und nicht wieder an die ursprünglichen 40 % angepasst wird. Infolge der von der Politik zugesagten Aufhebung des Sanierungsbeitrages muss eine Anhebung auf 40 % vorgenommen werden. Analog der Regelungen zum KHEntgG sollte hier zudem eine Anpassung des Mehrerlösausgleichssatzes auf 65 % stattfinden.

Vorschlag für eine neue gesetzliche Regelung der Erlösausgleiche (§ 4 Abs. 3 KHEntgG neu):

[Unter Berücksichtigung der mit dem Kabinettentwurf vorgesehenen Änderungen]

„¹Weicht die vereinbarte Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus Erlösbudget nach § 4 Abs. 2 und Erlössumme nach § 6 Abs. 3 von den tatsächlich erzielten Erlösen in diesen Bereichen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen (Gesamtsummenvergleich). ²Mindererlöse werden grundsätzlich zu 40 vom Hundert ausgeglichen. ³Ist die Summe der Mindererlöse größer als der nach dem Gesamtsummenvergleich nach Satz 1 entstehende saldierte Gesamt-Mindererlös sind die Ausgleichs der einzelnen Mindererlösbereiche in absteigender Reihenfolge, beginnend mit dem höchsten Ausgleichssatz durchzuführen, jedoch höchstens bis zur Höhe der Gesamt-Mindererlöse. ⁴Mehrerlöse werden grundsätzlich zu 65 vom Hundert ausgeglichen. ⁵Mehrerlöse aus Fallpauschalen und krankenhausindividuellen fall- oder tagesbezogenen Entgelten nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert ausgeglichen. ⁶Für Fallpauschalen sowie krankenhausindividuelle fall- oder tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 und Abs. 2a mit einem sehr hohen Sachkostenanteil oder mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 2 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. ⁷Ist die Summe der Mehrerlöse größer als der nach dem Gesamtsummenvergleich nach Satz 1 entstehende saldierte Gesamt-Mehrerlös, sind die Ausgleichs der einzelnen Mehrerlösbereiche in aufsteigender Reihenfolge, beginnend mit dem niedrigsten Ausgleichssatz durchzuführen, jedoch höchstens bis zur Höhe der Gesamt-Mehrerlöse. ⁸Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel, Medikalprodukte und für die Behandlung von Blutern sowie aus Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 werden nicht ausgeglichen. ⁹Die Vertragsparteien können abweichende Ausgleichsregelungen treffen. ¹⁰Treten im Laufe des Vereinbarungszeitraums unvorhersehbare Leistungsveränderungen von Art und Menge insbesondere infolge von Ereignissen höherer Gewalt ein, sind nachträglich abweichende Ausgleichsregelungen zu vereinbaren, die eine vollständige Refinanzierung der darauf zurückzuführenden zusätzlichen Kosten sicherstellen. ¹¹ Steht bei der Verhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen. ¹²Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger bei endgültigen Erlösausgleichen eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 3 und 5 vorzulegen.“

1. Ruhen des Leistungsanspruchs (§ 16 Abs. 3a SGB V) als Pflichtinformation der Gesundheitskarte

§ 291 Abs. 2a Satz 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Über die Angaben nach Absatz 2 Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53 und von zusätzlichen Vertragsverhältnissen sowie in den Fällen des § 16 Abs. 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten; die Krankenkasse ist verpflichtet, die für die Abrechnung von den Leistungserbringern benötigten Angaben auf der elektronischen Gesundheitskarte bereitzustellen.“

Begründung:

Die Angaben nach § 291 Abs. 2a Satz 2 SGB V sind bisher nicht möglicher Inhalt der elektronischen Gesundheitskarte, sie werden insbesondere bei Ruhen des Leistungsanspruchs aktuell benötigt, da ansonsten ein Rechtsschein eines Leistungsanspruchs erzeugt würde. Krankenhäuser müssen bei einer stationären Aufnahme eine gesicherte Informationsmöglichkeit haben, wenn ein Ruhen des Anspruchs auf Leistungen besteht.

Die Ergänzung soll sicherstellen, dass die Kann-Regelung von den Krankenkassen nicht als verzichtbare Regelung in eigener Gestaltungszuständigkeit praktiziert wird, sondern ausschließlich von der Möglichkeit des Bestehens der „besonderen Vertragsverhältnisse“ abhängt. Bestehen diese, müssen die Krankenkassen unmissverständlich verpflichtet sein, die für die Abrechnung von den Leistungserbringern benötigten Angaben im Rahmen der Aktualisierung der Versichertenstammdaten auf der Gesundheitskarte bereitzustellen.

2. Verzeichnis der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte auch an die DKG

§ 293 Abs. 4 SGB V wird wie folgt ergänzt:

⁶Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis bis zum 31. März 2004 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. ⁷Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere im Bereich der Gewährleistung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie der Aufbereitung der dafür erforderlichen Datengrundlagen, zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. ⁸Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern die Daten Nr. 1 bis 7 und 9 bis 14 bis zum 31.10.2008 im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; Änderungen des Verzeichnisses sind der Deutschen Krankenhausgesellschaft in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. ⁹Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 1 Nr. 4, § 116b, §

129a SGB V oder sonstiger Datenübermittlungen, zur Verfügung; für andere Zwecke dürfen die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser das Verzeichnis nicht verwenden.

Begründung:

Die Krankenhäuser sind nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 verpflichtet, den Krankenkassen bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes anzugeben. Für diese Angaben benötigen die Krankenhäuser das Verzeichnis in aktueller Fassung.

Das Fehlen einer entsprechenden Rechtsgrundlage hat anlässlich der Umstellung der Arztnummern zum 1.7.2008 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen zu erheblichen Störungen und Aufwendungen bei den Krankenhäusern geführt, die jeweils mühsam ihre Datengrundlage auf eigene Initiative und zwangsläufig unvollständig und fehleranfällig aktualisieren mussten. Die Abrechnung der Krankenhäuser wurde dadurch erheblich gestört. Die Ergänzung behebt diese Probleme bei künftigen Aktualisierungen des Verzeichnisses.

Zur Verwaltungsvereinfachung ist es dringend erforderlich, dass die Krankenhäuser auf das aktuelle Vertragsarztverzeichnis Zugriff haben und diese für die Datenübermittlung nach §301 oder andere, gesetzlich oder vertraglich vorgegebene Datenübermittlungen nutzen können.