

**BARMER**  
Deutschlands größte Krankenkasse

**DAK**  
Unternehmen Leben

Techniker  
Krankenkasse

**KKH**  
Die Kaufmännische

**HEK**  
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Hamburg  
Münchener  
Krankenkassen

**hkk**  
Erste Gesundheit.

**GEK**  
Gewerkschaftlicher Ersatzkassenverband

## Stellungnahme des VdAK/AEV zum

"Entwurf eines Gesetzes  
zum ordnungspolitischen Rahmen  
der Krankenhausfinanzierung ab  
dem Jahr 2009 (Krankenhausfinan-  
zierungsreformgesetz - KHRG)"

BT-Drs. 16/10807  
vom 07.11.2008

Gemeinsame Stellungnahme der  
Verbände der Ersatzkassen  
zum

"Entwurf eines Gesetzes  
zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhaus-  
finanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhaus-  
finanzierungsreformgesetz - KHRG)"  
BT-Drs. 16/10807 vom 07.11.2008

Rund 24 Millionen Menschen sind in einer Ersatzkasse krankenversichert. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. vertreten die wirtschaftlichen und politischen Interessen der Ersatzkassen und bilden somit den größten Zusammenschluss bundesweit geöffneter Krankenkassen.

Gegründet wurde der VdAK unter dem Namen "Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)" 1912 in Eisenach. Der AEV wurde 1938 unter dem Namen "Verband freier Krankenkassen" gegründet. Seit 1957 wird die Geschäftsführung des AEV vom Vorstand des VdAK wahrgenommen.

Der Sitz der Verbandsgeschäftsstelle ist Siegburg. Eine Außenstelle vertritt den Verband in der Bundeshauptstadt Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 16 Landesvertretungen und eine Landesbereichsvertretung der Verbände für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Anschrift: VdAK/AEV, Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg  
Außenstelle Berlin: Karlplatz 7, 10117 Berlin

E-Mail: [kontakt@vdak-aev.de](mailto:kontakt@vdak-aev.de)

Internet: [Hwww.vdak-aev.de](http://www.vdak-aev.de)

## Zusammenfassung

Der VdAK/AEV fordert im Zuge der Reform des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung:

- die Entwicklung einer leistungsorientierten Investitionspauschale für Krankenhäuser und unterstützt die Einführung von Mindestinvestitionsquoten auf Länderebene.
- die über die Grundlohnsummensteigerung hinausgehende Finanzierung von Tarifierhöhungen nur denjenigen Krankenhäusern zu gewähren, die auch tatsächlich den TVöD oder einen angelehnten Tarifvertrag anwenden.
- das pauschale Förderprogramm für Pflegekräfte an Bedingungen zu knüpfen, die sicherstellen, dass das Geld tatsächlich für Pflegestellen verwendet wird.
- die Veränderung des Basisfallwertes weiterhin strikt an die Entwicklung der Grundlohnsummen zu knüpfen und Veränderungen der Leistungsmenge und -struktur zu berücksichtigen.
- nach einer Konvergenzphase die Einführung eines einheitlichen Basisfallwerts ohne Korridorlösung.
- dass die Länder ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Krankenhäuser und der Ausbildung seines Personals in vollem Umfange nachkommen.
- die Öffnung des Krankensektors für den Abschluss von selektiven Verträgen auf freiwilliger Basis.

## 0. Vorbemerkung

Die rund 2100 zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland stellen das Rückgrat der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dar. Sie behandeln schwer- und schwerstkranke Menschen und bieten eine Versorgung auf höchstem Niveau. In vielen Bereichen zählen sie zur Weltspitze. Um den gesetzlich Krankenversicherten einen uneingeschränkten Zugang zu diesen Leistungen zu sichern, geben die Krankenkassen rund ein Drittel ihrer Einnahmen nur für diesen Sektor aus. Der VdAK/AEV unterstützt daher das Anliegen des Gesetzgebers, die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung hinsichtlich ihrer Sachgerechtigkeit ständig zu überprüfen und die notwendigen Anpassungen und Reformen vorzunehmen, damit auch langfristig den Bürgerinnen und Bürgern der uneingeschränkte Zugang zu diesen Leistungen zugesichert werden kann.

Die mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beabsichtigten Änderungen werden zu einer deutlichen Kostensteigerung für die Krankenkassen in den Jahren 2009 und 2010 führen. Insgesamt sind zusätzliche Ausgaben in einer Größenordnung von bis zu 5 Mrd. Euro zu erwarten. Als Sachwalter und Interessenvertreter der gesetzlich Krankenversicherten sieht sich die Ersatzkassengemeinschaft in der Pflicht zu prüfen, inwieweit geplante Reformen zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen und ob geplante Mehrausgaben im Sinne der Versichertengemeinschaft sind.

Der VdAK/AEV muss daher die Einschätzung der Bundesregierung und der Politik über die wirtschaftliche Situation der Kliniken, die sich innerhalb kurzer Zeit gewandelt hat, kritisch hinterfragen. Nachdem die Kliniken noch im laufenden Jahr einen Sanierungsabschlag in Höhe von rund 230 Mio. Euro zu zahlen haben, sollen nun Milliardenbeträge in den Krankenhaussektor fließen, ohne dass sichergestellt ist, dass die Gewährung dieser zusätzlichen Mittel die Behandlungsqualität erhöhen und die Versorgungssicherheit verbessern wird. Die schlichte Anhebung der Finanzierungsmittel für die laufenden Betriebsausgaben alleine löst nicht die Strukturprobleme, sondern verschiebt lediglich dringend notwendige strukturelle Anpassungsprozesse. Die langfristig notwendige wirtschaftliche Sicherung des stationären Sektors wird so nicht herbeigeführt.

Darüber hinaus muss gefragt werden, ob die vorgeschlagenen Änderungen hinsichtlich der Finanzierung von Pflegepersonal, ärztlicher Weiterbildung, Tariflohnausgleich und die Einführung des Orientierungswertes, die wie Selbstkostendeckungselemente auf der kollektiven Ebene wirken, kohärent sind mit der Idee einer preisgebundenen pauschalen Vergütung, wie sie mit den DRG-Fallpauschalen eingeführt wurde. Es muss hinterfragt werden, warum soviel Aufwand in den Aufbau eines DRG-Preissystems investiert wurde, wenn der hierdurch angestoßene Veränderungsprozess jetzt mit Sonderfinanzierungstatbeständen außer Kraft gesetzt werden soll.

## 1. Investitionsfinanzierung (§ 10 KHG)

Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Hierzu erfolgt die Vergabe eines Entwicklungsauftrages, um bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln. Die Länder haben weiterhin das Recht, die Investitionen über eigene Kriterien im Rahmen der Einzel- und Pauschalförderung zu finanzieren.

### Bewertung:

Dass Bund und Länder sich nur zu einem relativ unverbindlichen Entwicklungsauftrag für leistungsorientierte Investitionspauschalen durchringen konnten, die den Krankenhäusern weder Planungssicherheit hinsichtlich der zu erwartenden Investitionsmittel noch eine Lösung für den Investitionsstau aufzeigen, ist angesichts des offenkundigen Problems bei der Investitionsfinanzierung enttäuschend. Es ist bedauerlich, dass es - anders als in den früheren Gesetzesentwürfen - nicht zu einer verbindlichen Festlegung über die Höhe der öffentlichen Fördermittel in den nächsten Jahren kommt. Es ist eine Tatsache, dass die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser durch die rückläufige Finanzierung der Investitionskosten der Länder mit verursacht worden ist. Die Krankenhäuser haben kein Betriebskostenproblem, sondern ein Gesamtkostenproblem, das aus einem Investitionskostenproblem resultiert.

**Der VdAK/AEV fordert** daher die Entwicklung und verpflichtende Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen für Krankenhäuser und unterstützt die Einführung von Mindestinvestitionsquoten auf Länderebene. Bei der Ermittlung der Investitionsquoten ist der aufgelaufene Finanzierungsbedarf (Investitionsstau) zu berücksichtigen.

## 2. 50%ige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009 in 2009 (§ 10 Abs. 5 KHEntg i. V. m. § 9 Abs. 1 Nr. 5 KHEntg)

Einmalig für das Jahr 2009 werden tariflich für die Jahre 2008 und 2009 vereinbarte Lohn- und Gehaltssteigerungen über die Veränderungsrate hinaus zu 50 Prozent refinanziert. Maßstäbe für diese Erhöhungen sollen für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits die tarifvertragliche Vereinbarung sein, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Wenn die Auswirkungen dieser Vereinbarungen höher sind als die Veränderungsrate für 2008 (0,64 %) und die Veränderungsrate für 2009 (1,41 %), wird die Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Veränderungsrate - bezogen auf die Personalkosten - zu 50 Prozent ausgeglichen. Den Vertragsparteien auf der Bundesebene wird die Aufgabe übertragen, die Differenz von berücksichtigungsfähigen Tarifierhöhungen und Veränderungsrate zu ermitteln und als Erhöhungsraten zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Landesebene haben den Landesbasisfallwert entsprechend zu erhöhen.

### Bewertung:

Geht man davon aus, dass durchschnittlich 67 Prozent der Kosten im Krankenhaus Personalkosten sind, dann führt der im Gesetzesvorschlag vorgesehene 50 Prozentausgleich der Tariflohnsteigerungen dazu, dass ein Drittel der Differenz zwischen Tariflohnsteigerung und Grundlohnsummenänderung ausgeglichen werden muss. Das bedeutet aber auch, dass der Landesbasisfallwert um ein Drittel der Differenz zwischen Tarifsteigerung 2008/2009 und Veränderungsrate erhöht werden muss. Nach dem vorliegenden Gesetzesvorschlag müssen die Beitragszahler für die Refinanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009 geschätzte 1,3 Mrd. Euro mehr aufbringen. Das entspricht einer Beitragssatzsteigerung von 0,13 Beitragssatzpunkten.

**Der VdAK/AEV fordert** daher, die über die Grundlohnsummensteigerung hinausgehende Finanzierung von Tarifierhöhungen nur für die Krankenhäuser zu berücksichtigen, die auch tatsächlich den TVöD oder einen angelehnten Tarifvertrag anwenden. Krankenhäuser, die z. B. einen Haustarifvertrag anwenden, der zu geringeren Auswirkungen führt, sollten keinen Anspruch auf zusätzliche Finanzmittel haben.

Darüber hinaus muss die gesetzestechnische Ausgestaltung der Refinanzierungsregelung für die Tariflohnerhöhungen so formuliert werden, dass es im Zusammenhang mit der weiterhin geltenden Sonderfinanzierung der TVöD Ost-West-Niveauanpassung (§ 10 Abs. 5 alt bzw. 7 neu KHEntG) nicht zu einer ungerechtfertigten Doppelfinanzierung der Tarifsteigerungen in den neuen Bundesländern

kommt. § 10 Abs. 7 sollte daher gestrichen werden. Stattdessen sollte in § 10 Abs. 5 geregelt werden, dass jeweils eine Tarifraten für die neuen und für die alten Bundesländer zu vereinbaren ist.

### 3. **70%ige Finanzierung zusätzlich eingestellter Pflegekräfte (§ 4 Abs. 10 KHEntgG)**

Zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in den Krankenhäusern wird ein Förderprogramm eingeführt. In drei Jahren soll eine anteilige Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst schrittweise aufgebaut werden. Darüber hinaus erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit, Mehrkosten - zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen - budgetsteigernd geltend zu machen. Hierfür müssen die Krankenkassen in den Jahren 2009 bis 2011 kumulativ bis zu 0,48 % des Budgets zusätzlich zur Verfügung stellen. Die geschätzten Kosten hierfür werden sich allein im Jahr 2009 auf bis zu 235 Mio. Euro summieren.

#### Bewertung:

Auch der VdAK/AEV sieht, dass sich die Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte in den letzten Jahren deutlich verringert hat. Allein der Rückgang zwischen 2000 und 2006 beläuft sich auf rund 33.000 Vollkräfte. Das entspricht etwa 10 Prozent der Beschäftigten. Allein aufgrund dieses Rückgangs allerdings auf einen Pflegekräftemangel zu schließen, wäre deutlich zu kurz gegriffen, denn gleichzeitig ist auch die Anzahl der Krankenhäuser und der Pfl egetage zurückgegangen. Letztere sanken im gleichen Zeitraum um rund 25,5 Mio. Pfl egetage. Dieser Rückgang entspricht rund 15 Prozent der Pfl egetage. Hingegen hat die Anzahl der Ärzte in den Krankenhäusern zugenommen. Dass die Krankenhäuser heute weniger Pflegekräfte einsetzen, ist neben dem Rückgang der Pfl egetage vor allem auf eine geänderte Personaleinsatzplanung, die Effizienzüberlegungen folgt, zurückzuführen. Ausschlaggebend für die Zusammensetzung des eingesetzten Personals sind Qualifikation, Personalkosten und das Anforderungsprofil für die einzelnen Tätigkeiten. Bei Veränderungen kommt es zu Substitutionen zwischen den einzelnen Dienstarten, z. B. Aufgabenverlagerungen von Hol-, Bring- und Servicediensten auf nicht pflegerisches Personal.

Vor diesem Hintergrund ist es falsch, aus der singulären Betrachtung von historischen Pflegepersonalzahlen auf ein generelles Pflegeproblem in den Krankenhäusern zu schließen. Die Kliniken sollten als freie Wirtschaftsunternehmen autonom über den Personaleinsatz und die -zusammensetzung entscheiden können. Niemand kann das besser als die Krankenhäuser. Außerdem verursacht das "Sonderprogramm" unbeabsichtigte Substitutions- und Mitnahmeeffekte und erfordert zudem ein bürokratisches Nachweis- und Kontrollverfahren. Die Erfahrungen mit dem ähnlich angelegten Programm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zeigen, dass die bisher von den Krankenkassen aufbrachten 2 Mrd. Euro nahezu wirkungslos geblieben sind.

**Der VdAK/AEV fordert** daher, das pauschale Förderprogramm für Pflegekräfte an eine langjährige Beschäftigungsverpflichtung für die neuen Pflegestellen zu koppeln. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass zusätzliche Stellen, so wie diese



beispielsweise über die Pflege-Personalregelung geschaffen und bis heute über die Budgetfortschreibung finanziert werden, von den Krankenhasträgern wieder abgeschafft werden, um Gewinne zu erwirtschaften. Ein solcher Zeitraum sollte sich auf mindestens fünf Jahre erstrecken. Die Krankenkassen sollten einen Anspruch erhalten, Aufwendungen für zusätzliche Stellen des Förderprogramms, die vorzeitig abgebaut werden, rückwirkend vom jeweiligen Krankenhaus erstattet zu bekommen.

#### **4. Orientierungswert soll ab 2011 Veränderungsrate ersetzen (§ 10 Abs. 6 KHEntgG)**

Das Statistische Bundesamt wird beauftragt, einen Orientierungswert zu ermitteln, der zeitnah die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich erfassen und voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnanbindung der Krankenhauspreise dienen soll. Das BMG legt per Rechtsverordnung fest, ab wann und zu welchem Anteil der Orientierungswert zu finanzieren ist.

##### Bewertung:

Diese Änderung würde eine neue Ära der Ausgabensteuerung im Krankenhaus markieren. Zukünftig wird es keine regelhafte Erhöhung der Mittel für den Krankenhausbereich mehr geben, sondern nur noch eine zentrale politische Festlegung. Die Einnahmen der Krankenkassen und der Finanzbedarf der Krankenhäuser werden dabei eine geringere Rolle spielen als heute, weil die Entscheidung nur noch aus rein politischem Kalkül getroffen wird. Auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist ein spezieller Preisindex für den Krankenhausbereich gefährlich, da er die inflationären Tendenzen über einen gesetzlichen Automatismus verschärft (Lohn-Preisspirale). Ein an die Ausgabenentwicklung im Krankenhaus angepasster Orientierungswert würde wie die Wiedereinführung der Selbstkostendeckung wirken.

**Der VdAK/AEV fordert** daher, die Veränderung des Basisfallwertes weiterhin strikt an die Entwicklung der Grundlohnsummen zu knüpfen, um eine nicht refinanzierte Ausgabenexplosion bei den Krankenkassen zu vermeiden, aber auch um gleichzeitig den Krankenhäusern eine verlässliche Einnahmenentwicklung zu garantieren. Diese Grundlohnanbindung muss sich sowohl auf die Preis-, als auch auf die Mengenkomponekte des Landesbasisfallwertes beziehen, d. h. Leistungsstruktur und -mengenveränderungen sind im Rahmen der Landesbasisfallwertvereinbarungen zu berücksichtigen. Sollte an der Einführung eines Orientierungswertes festgehalten werden, sind die finanziellen Effekte bei der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes für den Gesundheitsfonds zu berücksichtigen.

#### **5. Einheitlicher Basisfallwertkorridor für die Angleichung der Landesbasisfallwerte bis 2014 (§ 10 Abs. 8 KHEntgG)**

Die heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte sollen im Zeitraum von 2010 bis 2014 schrittweise an einen bundesweit einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen werden. Die untere Grenze des Korridors beträgt -1,5 % des gewichteten Durchschnitts der Landesbasisfallwerte, die obere +2,5 %.

Bewertung:

Eine Konvergenz der landeseinheitlichen Basisfallwerte zu einem Bundesbasisfallwert ist systemkonform und aus Gerechtigkeitsgründen sinnvoll. Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Beitragssatz gebietet die neue Systemlogik sogar bundeseinheitliche Vergütungssätze. Das Bundeskonvergenzverfahren mit Korridorlösung ist jedoch nicht konsequent. Sie bietet keine erkennbaren Vorteile gegenüber dem Status quo, und die Berechnungssystematik birgt die Gefahr einer langfristigen Ausgabenerhöhung. Unterschiede innerhalb des Korridors bleiben weiterhin erhalten. Mit Blick auf die künftige Finanzierungsseite der Krankenkassen, bei der Preisunterschiede zwischen einzelnen Regionen nicht ausgeglichen werden, sowie den nach wie vor nicht erklärbaren Abweichungen zwischen den Landesbasisfallwerten ist die vom BMG geplante Bandbreite um einen Bundesbasisfallwert aus Kassensicht nicht gerechtfertigt.

**Der VdAK/AEV begrüßt** die Einführung eines einheitlichen Bundesbasisfallwertes unter der Voraussetzung, dass die durch die Konvergenz angestoßene Umverteilung zwischen den Ländern nicht zu steigenden Gesamtausgaben führt. Das vorgeschlagene Verfahren nach § 10 Abs. 8 KHEntgG ist jedoch fragwürdig und inkonsequent, da es nur auf die Extremwerte außerhalb eines Korridors eingeht.

**Der VdAK/AEV fordert** daher nach einer Konvergenzphase die Einführung eines einheitlichen Basisfallwerts ohne Korridorlösung. Voraussetzung für die Konvergenz der Landesbasisfallwerte zu einem Bundesbasisfallwert ist, dass es vorher zu einer Vereinheitlichung der Berechnung der Landesbasisfallwerte kommt (methodisch gleichartige Berechnung durch ein präzisiertes Berechnungsschema).

## 6. Prüfauftrag zur Berücksichtigung der Kosten der ärztlichen Weiterbildung (§ 17 b Abs. 1 KHG) § 265 b SGB V

Im Rahmen des DRG-Vergütungssystems soll die Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen, überprüft werden.

Bewertung:

Warum gerade die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ein von den Krankenkassen gesondert zu finanzierender Tatbestand sein soll, ist weder aus sachlichen noch aus systemischen Gründen nachvollziehbar. Wenn hier tatsächlich ein systematisches Problem bestünde, wäre eine Regelung im Rahmen der arzt-spezifischen Tarifverträge angezeigt. Gegen einen Prüfauftrag der Selbstverwaltung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bestehen seitens des VdAK/AEV keine Einwände. Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass die Kostenträgerrechnung der Krankenhäuser nicht über den notwendigen Detaillierungsgrad verfügt, um den durch das Gesetz geforderten Nachweis zu erbringen. Das Prüfvorhaben kann daher aller Voraussicht nach zu keinem sachgerechten Ergebnis führen.



## 7. Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege (§ 17 a KHG)

Es ist vorgesehen, dass die Krankenkassen die Kosten für die Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege und die Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger zusätzlich zu den bereits zu finanzierenden Ausbildungskosten übernehmen sollen. Die erwarteten Mehrkosten hierfür belaufen sich auf geschätzte 145 Mio. Euro.

### Bewertung:

In der Gesetzesbegründung zu dieser Neuregelung wird ausgeführt, dass es sich lediglich um eine Klarstellung einer Änderung handelt, die bereits im Rahmen des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 eingeführt wurde. Bei der damaligen Neuregelung der Ausbildungsfinanzierung sei es der politische Wille des Gesetzgebers gewesen, die Mehrkosten durch die Reform der Krankenpflegeausbildung zu finanzieren. Die jetzt vorgenommene Neuregelung sei notwendig, weil das Oberverwaltungsgericht zwischenzeitlich auf der Grundlage des geltenden Rechts entschieden hat, dass die Kosten der Praxisanleitung nicht Teil der zu refinanzierenden Ausbildungskosten sind, da sie im Krankenhaus entstehen.

Der Gesetzentwurf und seine Begründung tragen jedoch nicht zur gewünschten Klarstellung bei. Es bleibt weiter unklar, wann bzw. in welchen Fällen der Anteil der Kosten, die über den Anrechnungsschlüssel nach § 17 a Abs. 1 KHG hinausgehen, von den Kostenträgern zu finanzieren sind, bzw. wie eine Abgrenzung zu den bereits von den Kostenträgern finanzierten Ausbildungskosten erfolgen kann. Dies ist umso mehr zu kritisieren, da sich mit der Anpassung des Anrechnungsschlüssel zum 01.01.2005 die Kostenträger voll an den Mehrkosten für eine praxisnähere Ausbildung beteiligen und somit auch anteilig mehr für die Praxisanleitung übernommen haben.

Der VdAK/AEV begrüßt und fordert eine praxisnahe, qualitativ hochwertige Ausbildung von Krankenpflegekräften. Im Rahmen der Krankenhausbudgetsystematik ist es jedoch nicht möglich, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehenen zusätzlichen Gelder letztendlich zweckbestimmt nur der Ausbildung zugute kommen und nicht anderweitig verwendet werden, z. B. für die Investitionskostenfinanzierung. Grundsätzlich stellt sich die Frage, warum die Krankenkassen mehrere 100 Mio. Euro jährlich für die Berufsausbildung von Krankenhauspersonal zahlen sollen, obwohl ein Großteil der Berufsausbildung (Berufsschule) in die alleinige Verantwortung der Länder fällt.

**Der VdAK/AEV fordert** daher, dass zunächst die Länder ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Krankenhäuser und der Ausbildung des Personals in vollem Umfang nachkommen, bevor hierfür Gelder der Solidargemeinschaft der Versicherten verwendet werden.

## 8. Option für Einzelverträge

Die Option, Einzelverträge (Selektivverträge) für bestimmte Leistungsbereiche, z. B. für einen bundeseinheitlich vorgegebenen Katalog planbarer Leistungen, abzuschließen, war ein echter Reformschritt in den ersten Entwürfen des KHRG. In der Kabinettsvorlage fehlt diese Neuerung gänzlich.

### Bewertung:

Gerade unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds brauchen die Krankenkassen mehr Gestaltungsspielräume, um sich im Sinne ihrer Versicherten im intensiver werdenden Wettbewerb behaupten zu können. Dass die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit allen Krankenhäusern, die einen Versorgungsvertrag erhalten haben, Verträge abschließen müssen, hat den Nachteil, dass keine, individuell auf die Bedürfnisse ihrer Versicherten zugeschnittenen Einzelverträge ausgehandelt werden können.

Der VdAK/AEV setzt sich dafür ein, dass den einzelnen Krankenkassen zukünftig die Möglichkeit eröffnet wird, für ausgewählte Leistungsbereiche optional kassenindividuelle Versorgungsverträge mit ausgesuchten Leistungserbringern abschließen zu können. Eine Beeinträchtigung der Verantwortung der Bundesländer für die Daseinsvorsorge ist mit dieser Öffnung nicht verbunden.

Hierbei soll es keine gesetzlichen Vorgaben zur Vertrags- bzw. Vergütungsgestaltung geben, damit die Vertragspartner maßgeschneiderte Vertragslösungen für die eigenen Interessen entwickeln können. Hierdurch könnte die Qualität der Patientenversorgung verbessert und die Krankenversorgung effizienter gestaltet werden. Sollten sich diese Einzelverträge bewähren - wovon auszugehen ist - muss der Umfang des individualvertraglich zu regelnden Leistungsspektrums sukzessive erweitert werden. Dass die Wahlfreiheit der Versicherten bei den Einzelverträgen erhalten bleibt, ist für die Ersatzkassen eine Selbstverständlichkeit. Radikalen Einkaufsmodellen erteilt der VdAK/AEV ebenso eine klare Absage wie der Pflicht zum Abschluss von Selektivverträgen.

**Der VdAK/AEV fordert** daher die Öffnung des Krankenhaussektors für den Abschluss von selektiven Verträgen auf freiwilliger Basis.

## 9. "Technische Details" mit Anpassungsbedarf im Gesetzentwurf

- **Budgetermittlung nach der Konvergenzphase (§ 4 Abs. 2 KHEntgG)**

Zukünftig soll sich das Erlösbudget aus dem Produkt von Landesbasisfallwert und vereinbarter Summe der effektiven Bewertungsrelationen ergeben. Als einziger Verhandlungstatbestand mit dem Krankenhaus bliebe die Menge. Für das Krankenhaus läge es dann auf der Hand, dass es als Ziel haben muss, den Casemix so hoch wie möglich zu vereinbaren – auch weit über ein realistisches Maß hinaus. Mit diesem Kalkül kann das Krankenhaus ohne jegliches finanzielles Risiko seinen Gewinn maximieren, weil es damit ausschließt, Mehrererlöse zurückzahlen zu müssen und gleichzeitig auf Mindererlösausgleiche spekulieren kann. In der Konsequenz wird damit ein weiterer Anreiz für die Krankenhäuser geschaffen, die Summe der tatsächlich abgerechneten Bewertungsrelationen durch Fallsplit und

optimierte Kodierung zu steigern und dabei gleichzeitig die Summe der vereinbarten Bewertungsrelationen zu maximieren. Von einer wechselseitigen Absicherung des Mengenrisikos durch Erlösausgleiche wäre dann keine Rede mehr.

**Der VdAK/AEV fordert** daher, dass die Veränderung der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen ausschließlich einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien nach § 18 (2) KHG vereinbart werden kann und damit im Konfliktfall nicht schiedsstellenfähig ist (analog § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 BPflV in der gültigen Fassung).

- **Ermittlung der Erlösausgleiche (§ 4 Abs. 3 KHEntgG)**

Der VdAK/AEV fordert, dass Mehrerlöse aus veränderter Kodierung der Diagnosen und Prozeduren (upcoding, rightcoding) auch weiterhin vollständig von den Krankenhäusern zurückerstattet werden müssen. Das Argument des Bundesministeriums für Gesundheit, der Lernprozess der DRG-Einführung sei abgeschlossen und die Berücksichtigung von Kodiereffekten damit entbehrlich, ist nicht haltbar. Die Streichung der bestehenden Regelungen führt vielmehr zu ungerechtfertigten Mehrausgaben.

Ferner sollte in § 4 Abs. 3 das Wort "Medikalprodukt" gestrichen werden, weil dieser Kunstbegriff keine sinnvolle Inhaltsbestimmung zulässt, die eine Kategorisierung der Zusatzentgelte ermöglichen würde. Es ist ausreichend, wenn nur für Arzneimittel abweichend Mehrerlösausgleiche gelten.

- **Vergleichsbetrachtungen für krankenhausindividuelle Entgelte (§ 6 KHEntgG)**

Für krankenhausindividuelle Entgelte bei Krankenhäusern, deren Leistungen nicht weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, soll jegliche Begrenzung der Preisentwicklung und Beschränkung für die Mehrvereinbarung von zusätzlichen Leistungen wegfallen. Hiermit wird die schon bestehende Ausgabendynamik in diesem Entgeltbereich erheblich verstärkt. Nunmehr geht jeglicher Wirtschaftlichkeitsanreiz für die Krankenhäuser verloren, weil die Kostenträger faktisch verpflichtet sind, nachgewiesene Preissteigerungen zu finanzieren. Daher ist es unverzichtbar, dass in § 6 Abs. 3 KHEntgG der Hinweis aufgenommen wird, dass zur Beurteilung der sachgerechten Höhe der individuellen Entgelte auch krankenhausübergreifende Vergleichsbetrachtungen zulässig sind. Eine solche Regelung war bisher in § 3 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG enthalten.

- **Formulare zur Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)**

Formular E1: Die Graumarkierung der Spalten 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14 und 16 sollte aufgehoben werden, weil mittlerweile alle Krankenhäuser in der Lage sind, die Zu- und Abschläge zu prognostizieren. Der unterschiedliche Detaillierungsgrad der Ist-, Vereinbarungs- und Forderungs-E1 führt in der Praxis vielfach zu unnötigen Diskussionen und Verwirrungen und erschwert eine Plausibilisierung der Forderung durch die Kostenträger.

Formulare E2 und E3: Diese Formulare sollten um eine Spalte ergänzt werden, in der der endstellige OPS-Code als eindeutige Leistungsbezeichnung verpflichtend anzugeben ist. Diese Angabe würde die Leistungstransparenz enorm erhöhen.

### **Ausblick:**

Im Rahmen der diversen kostentreibenden Einzelregelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gehen die langfristigen Wirkungen der Neuregelungen zur Budgetfindung und flexiblen Budgetierung unter. Künftig geht bei der Budgetfestlegung die Leistungsmenge und -struktur vergangener Jahre verloren. Mehrleistungen des laufenden Geschäftsjahres bilden bspw. die Grundlage des Budgets für den nächsten Pflegesatzzeitraum. In der Konvergenzphase wurden Mehrleistungen nur in Höhe prozentual festgelegter Margen berücksichtigt. Wenn die Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen den Vereinbarungsansatz übersteigt, wird die Ist-Zahl Grundlage für das neue Vereinbarungsbudget. Der periodenbezogene einmalige Ausgleich der Mehr- oder Minderleistungen erfolgt zwar noch. Allerdings werden nur noch Veränderungen der Fallzahl in dem Ausgleichsverfahren berücksichtigt. Änderungen in der Leistungsstruktur, die sich im Case-mix ausgabensteigernd auswirken, werden nicht mehr in den Ausgleich einbezogen; Upcoding würde somit künftig von den Krankenkassen zu finanzieren sein. Ferner werden künftig alle krankenhausindividuellen Entgelte aus dem Verfahren der flexiblen Budgetierung herausgenommen. Damit erfolgt die vollständige Mengenfremgabe für diesen Entgeltbereich. Die finanziellen Auswirkungen werden voraussichtlich die Mehrausgaben der vorstehend in dieser Stellungnahme beschriebenen Einzelmaßnahmen deutlich übersteigen und daher höchstwahrscheinlich für Zusatzbeiträge sorgen.