

Stellungnahme

Diakonie 

Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

Diakonisches Werk der EKD
Reichensteiner Weg 24
D-14195 Berlin
Tel. 030.83001-269.
Fax 030.83001-222
springfeld@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 20.11.2008



Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Reinhardtstraße 18
10117 Berlin,
Tel.: 030.80 19 86 -0
Fax 030.80 19 86 - 22
sekretariat@dekv-ev.de
www.dekv-ev.de

Stellungnahme des Diakonischen Werkes der EKD e.V. und des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V.

zum

- **Gesetzentwurf der Bundesregierung
eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)**

Drucksache BT 16/10807

07.11.2008

**Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages,
Berlin, am 24. November 2008**

Qualität der Krankenhausversorgung sichern, Qualität honorieren und finanzieren

Vorbemerkung

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) und das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (DW EKD) bedanken sich für die Möglichkeit, zum vorgelegten Gesetzentwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) Stellung nehmen zu können.

Leitende Gesichtspunkte für unsere Stellungnahme sind:

- Die hohe Qualität der Krankenhausversorgung muss gesichert und weiter gesteigert werden. Dabei kommt der Ermöglichung einer hohen Zuwendungsqualität besondere Bedeutung zu.
- Durch entsprechende Anreize muss zur Erbringung qualitativ hochwertiger Leistungen motiviert werden.
- Eine auskömmliche Vergütung und Finanzierung entsprechender Leistungen und der dafür erforderlichen Infrastruktur und Ressourcen muss gewährleistet werden

Wir stellen unseren Ausführungen die aktuellen Forderungen der von uns vertretenen 230 evangelischen Krankenhäuser voran, die im Jahr rund 2 Millionen Patienten versorgen (Abschnitt I).

Im Folgenden nehmen wir zunächst allgemein zu wesentlichen Inhalten des Gesetzentwurfes Stellung (Abschnitt II) und gehen dann speziell auf einzelne Regelungen ein (Abschnitt III).

Abschließend nehmen wir das Gesetzgebungsverfahren zum KHRG auf Grund aktueller Erfahrungen und Erfordernisse zum Anlass, auf zusätzlichen gesetzlichen Regelungsbedarf hinsichtlich der palliativmedizinischen bzw. hospizlichen Versorgung hinzuweisen (Abschnitt IV).

Im Übrigen verweisen wir auf die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

I. Forderungen der evangelischen Krankenhäuser

Die evangelischen Krankenhäuser vertreten angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser im Blick auf den Gesetzentwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes KHRG und den künftigen ordnungspolitischen Rahmen folgende Forderungen:

- Schluss mit der systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser
- Ausreichende Finanzierung einer zuwendungsgeprägten Medizin und Pflege
- 100%-Ausgleich der tarifbedingten Personalkostensteigerungen
- 100%-Anschubfinanzierung für neue Stellen in der Pflege
- Kompensation des sogenannten „Sanierungsbeitrags“ für 2008
Rücknahme der entsprechenden Rechnungskürzungen
- Sofortiges Ende der „Deckelung“ der Krankenhausbudgets
durch Aufhebung der Grundlohnsummen-Orientierung,
Inflationsrate oder Bruttoinlandsprodukt als vorläufiger Orientierungswert
bis zur Einführung eines Krankenhaus-Indexes
- Berücksichtigung der Krankenhäuser im aktuellen Konjunkturprogramm
der Bundesregierung
bzw. Investitionsförderprogramm des Bundes –
vergünstigte Kredite für selbstfinanzierte Investitionen
- Ausreichende und verlässliche Finanzierung von Investitionen durch die Bundesländer
Verbindliche Mindestinvestitionsquote
- Halber Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel und medizinischen Sachbedarf

Weitergehende Forderungen im Blick auf einzelne Regelungen des Gesetzentwurfs:

- In Verbindung mit der Förderung zusätzlicher Stellen in der Pflege:
 - Freigabe eines höheren Anteils als 5% zur Umsetzung
neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen
 - Keine Beschränkung solcher Maßnahmen auf die Pflege -
Förderung interprofessioneller Kompetenzpools
 - Bereitstellung entsprechender Mittel unabhängig von Neueinstellungen
- Zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems:
 - Entfall von Mehrerlösausgleichen
 - Zusatzentgelte für die Behandlung schwerst- und mehrfach behinderter Menschen
 - Förderung ärztlicher Weiterbildung
- Zur angestrebten Reform der Investitionsförderung:
 - Investitionspauschalen als Regelförderung,
Beibehaltung der Möglichkeit der Einzelförderung
 - nach betriebswirtschaftlichen Kriterien kalkulierte Investitionsbewertungsrelationen
 - Entscheidung über Investitionsmittelverwendung nach unternehmerischen Kriterien

II. Allgemeine Bemerkungen zum Gesetzentwurf eines KHRG

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) und das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (DW EKD) begrüßen die Vorlage des Gesetzentwurfs zum ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ab 2009.

1. Der durch Unterfinanzierung bedingten finanziellen Notsituation der Krankenhäuser soll und muss durch Bereitstellung zusätzlicher Mittel abgeholfen werden.

Die Lage ist ernst!

Am Ende der Konvergenzphase erwarten die Krankenhäuser nicht nur Klarheit über die künftigen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung, sondern auch unverzüglich und nachhaltig wirksame Maßnahmen zur Überwindung der finanziellen Notsituation, in die sie in Folge der Unterfinanzierung der letzten Jahre geraten sind. Einige Regelungen sind zwar geeignet, die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zu verbessern, aber leider reichen die in Aussicht genommenen Maßnahmen nicht für eine nachhaltige Finanzierung

Die vorgesehenen Hilfen dürfen angesichts der eingetrübten Wirtschaftslage nicht in Frage gestellt werden!

Der Gesetzentwurf wird unter dem Eindruck der aktuellen weltweiten Finanzkrise beraten, deren negative Auswirkungen auf die deutsche Wirtschaft immer deutlicher zu Tage treten. DEKV und DW EKD warnen dringend davor, unter dem Hinweis auf die zukünftige gesamtwirtschaftliche Entwicklung und möglicher Auswirkungen auf die Einnahmesituation der Krankenkassen, die ins Auge gefassten materiellen Verbesserungen der Refinanzierung der Krankenhäuser wieder in Frage zu stellen. Diese sind vielmehr nach der jahrelangen systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser und im Blick auf die Sicherung der hohen Qualität der Krankenhausversorgung unbedingt notwendig.

Die vorgesehenen Hilfen reichen zur Refinanzierung der Kostensteigerungen nicht aus!

Abgesehen davon sind sie keineswegs ausreichend, sondern muten den Krankenhäusern nach wie vor zu, den größeren Teil der nicht von ihnen zu verantwortenden Kostensteigerungen des laufenden und des kommenden Jahres, wenn irgend möglich aufzufangen und zu kompensieren. Dabei ist bekannt, dass vielen Kliniken die dafür erforderlichen Einspar- bzw. Optimierungspotenziale nicht mehr zur Verfügung stehen. Unter diesen Voraussetzungen ist die Aufrechterhaltung der Qualität der Patientenversorgung massiv gefährdet.

2. Die Problematik der Investitionsfinanzierung bleibt ungelöst.

Auf dem Weg zu einer Investitionsfinanzierung über Pauschalen

Im Blick auf die künftige Investitionsfinanzierung geht der Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf leider einen wesentlichen Schritt zurück. Eine Umstellung der Investitionsfinanzierung auf eine Pauschalförderung durch fall- bzw. behandlungsbezogene Investitionspauschalen als Option ab 2012 wird zwar ins Auge gefasst, die Frage ihrer auskömmlichen Ausgestaltung bleibt dabei aber unbeantwortet.

Eine zuverlässige und ausreichende Investitionsfinanzierung ist nicht gewährleistet!

Für das entscheidende Problem, eine zuverlässige und ausreichende Investitionsfinanzierung sicherzustellen, bietet der Gesetzentwurf keine Lösung. Dass die Bundesländer in dieser Hinsicht in besonderer Weise gefordert und die Gestaltungsmöglichkeiten des Bundes begrenzt sind, trägt zur Komplexität der Problematik bei.

Damit die notwendigen Investitionsmittel in ausreichender Höhe, zeitnah und verlässlich zur Verfügung gestellt werden empfehlen DEKV und DW EKD nachdrücklich die Vorgabe einer bundesweit verbindlichen Mindestinvestitionsquote.

Krankenhäuser ins Konjunkturprogramm der Bundesregierung aufnehmen!

DEKV und DW EKD bedauern in diesem Zusammenhang, dass die Problematik der unzureichenden Investitionsfinanzierung und des aufgelaufenen Investitionsstaus im Krankenhausbereich nicht zum Anlass genommen wird, im Rahmen des zur Stabilisierung der Wirtschaft aufgelegten aktuellen „Konjunkturprogramms“ insbesondere auch Investitionen im Krankenhausbereich zu fördern. Ersten Meldungen zufolge wurden entsprechende Maßnahmen in Erwägung gezogen, finden sich aber im zwischenzeitlich vorgelegten Maßnahmenpaket nicht wieder.

Förderprogramm des Bundes für selbst finanzierte Investitionen auflegen!

Wir erneuern unseren Vorschlag, Krankenhausträgern, die notwendige Investitionen in die bauliche und technische Infrastruktur ihrer Einrichtungen, aber auch Investitionen, die auf die Realisierung von Optimierungspotenzialen abzielen, ganz oder teilweise aus Eigenmitteln finanzieren, vergünstigte Kredite über die Kreditanstalt für Wiederaufbau zur Verfügung zu stellen.

3. Die Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung muss konsequent umgesetzt werden, die strukturelle Unterfinanzierung muss verlässlich beendet werden.

Die Aufhebung der Grundlohnsummenanbindung wäre eine Voraussetzung für ein Ende der strukturellen Unterfinanzierung...

Mit der vorgesehenen künftigen Orientierung der Vergütungen für Krankenhausleistungen an einer krankenhausesbezogenen Orientierungsgröße ist eine mit konkreten Vorschlägen zur Ausgestaltung verbundene Forderung von DEKV und DW EKD grundsätzlich positiv aufgenommen. Damit wird die wesentlich für die Unterfinanzierung der Betriebskosten in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten verantwortliche retrospektive Bindung an die Grundlohnsumme bzw. die Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen aufgegeben.

Die vorgesehene Ermächtigung des BMG zur Festsetzung der für Vergütungssteigerungen maßgeblichen Orientierungsgröße würde die alte durch eine neue Deckelung ersetzen!

In welchem Maße sich die Vergütung der Krankenhausleistungen aber an realen Kostenentwicklungen, dem medizinischen Fortschritt, der Morbiditäts- und der demografischen Entwicklung orientieren wird, bleibt vorerst offen. Es wäre allerdings überhaupt nichts gewonnen, wenn die Entscheidung darüber, in welcher Höhe der Orientierungswert jeweils Berücksichtigung finden soll, von der jährlich nach wechselnden Kriterien, d. h. willkürlich neu zu treffenden Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit abhängen würde. Hier benötigen die Krankenhäuser eine transparente und planbare Orientierungsgröße, die die relevanten Kostensteigerungsraten berücksichtigt.

Eine Fortsetzung der Unterfinanzierung geht vor allem zu Lasten des Personals und gefährdet massiv die Patientenversorgung!

Die strukturelle Unterfinanzierung kann im Krankenhaus, wenn die Optimierung aller Prozesse bis zu einem bestimmten Grad abgeschlossen ist, im Wesentlichen nur noch durch Senkung der Personalkosten erreicht werden und geht deshalb mit fortgesetztem Stellenabbau und immer stärkerer Arbeitsverdichtung für die verbleibenden Beschäftigten einher. Mittlerweise hat jedoch die Produktivität pro Mitarbeiter im pflegerischen wie im ärztlichen Dienst internationale Spitzenwerte erreicht, umgekehrt damit aber auch die Arbeitsbelastung dieser Personen. Das hat fatale Auswirkungen nicht nur für die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität der Arbeitsplätze, sondern auch auf die Versorgungsqualität.

Statt Unterfinanzierung bedarf es einer verantwortlichen Krankenhausplanung!

Eine Fortsetzung der strukturellen Unterfinanzierung aller Krankenhäuser mit dem Ergebnis, dass einzelne Krankenhäuser ihren Betrieb einstellen, weil sie nicht mehr kostendeckend arbeiten können, ist nach unserer Überzeugung nicht zu verantworten. Krankenhäuser, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind und qualitativ hochwertige Leistungen erbringen, müssen auskömmlich finanziert werden. Im Rahmen der Krankenhausplanung ist zu entscheiden und zu verantworten, ob einzelne Krankenhäuser zur Versorgung der Bevölkerung weiterhin benötigt werden. Die künftige Versorgungsinfrastruktur darf sich nicht als Resultat von zufälligen ökonomischen Randbedingungen abhängiger Liquiditätsprobleme einzelner Kliniken ergeben, sondern muss qualitätsorientiert nach ordnungs- und sozialpolitischen Kriterien gestaltet werden.

4. Den außergewöhnlichen Kostenbelastungen wird – wenn auch nicht ausreichend - Rechnung getragen.

Die tarifbedingten Personalkostensteigerungen vollständig ausgleichen!

Der Gesetzentwurf trägt den außergewöhnlichen Kostenbelastungen der Krankenhäuser insofern Rechnung, als er eine teilweise Kompensation dieser Kosten vorsieht. Erforderlich ist nach Überzeugung von DEKV und DW EKD jedoch ein vollständiger Ausgleich zumindest der durch die Tarifabschlüsse 2007/08 bedingten Personalkostensteigerungen. Anderenfalls wird die Unterfinanzierung fortgeschrieben und ist weiterer Stellenabbau, verbunden mit weiterer Arbeitsverdichtung für die verbleibenden Beschäftigten unausweichlich. Das stünde im krassen Widerspruch zu dem Ziel, und der auch von der Politik erkannten Notwendigkeit, die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus zu steigern. Bereits heute können bundesweit mehr als 4.000 Arztstellen nicht besetzt werden, mit zunehmender Tendenz.

Die Krankenhäuser müssen erhebliche nicht refinanzierte Kostensteigerungen im Sachkostenbereich aus eigener Kraft schultern.

Unabhängig davon leiden die Krankenhäuser unter weiteren Kostensteigerungen, für die keine Kompensationen vorgesehen sind, wie z. B. bei Energie und Lebensmitteln, auf Grund der Mehrwertsteuererhöhung und im Blick auf die durch das AVWG verursachten Mehrkosten. Insofern besteht unvermindert ein erheblicher Einspardruck fort, der unter den gegebenen Umständen nur noch durch Einsparungen bei den Personalkosten kompensiert werden wird – mit den bereits erwähnten problematischen Folgen.

Den halben Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel und medizinischen Sachbedarf einführen!

In diesem Zusammenhang wäre die Einführung des halben Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel und medizinischen Sachbedarf eine spürbare Hilfe. Die dadurch freiwerdenden Mittel müssten den Krankenhäusern allerdings erhalten bleiben, indem ein entsprechender Anteil bei der Ermittlung und Vereinbarung des Basisfallwerts mit diesen erhöhender Wirkung berücksichtigt wird.

Den „Sanierungsbeitrag“ rückwirkend zum 1. Januar 2008 streichen!

Schließlich bestätigt der Gesetzentwurf den Wegfall der durch das GKV-WSG veranlassten, bis Ende dieses Jahres befristeten Erlösminderungen, des „Sanierungsbeitrags“. Notwendig und angebracht wäre es darüber hinaus, den Sanierungsbeitrag auch rückwirkend, zumindest zum 1. Januar 2008 zu streichen. Dafür sprechen nicht zuletzt die im vergangenen Jahr erwirtschafteten und auch für dieses Jahr zu erwartenden Überschüsse der Krankenkassen.

5. Die zugespitzte Situation im Pflegebereich soll entspannt werden, die Qualität der Patientenversorgung soll gesteigert werden.

Die Förderung zusätzlicher Stellen in der Pflege ist dringend notwendig!!

Der Gesetzentwurf zielt offensichtlich darauf ab, die über die Grenzen des Zumutbaren gestiegene Arbeitsbelastung vor allem des Pflegepersonals zu reduzieren. Über drei Jahre sollen bis zu 21.000 neue Stellen in der Pflege zu 70 % finanziert werden. Der Gesetzgeber reagiert damit auf den massiven Abbau von Pflegepersonal, der bereits zu spürbaren Verschlechterungen in der Patientenversorgung geführt hat und ein wachsendes Qualitätsrisiko darstellt. DEKV und DW EKD begrüßen ausdrücklich die im vorgesehenen Förderprogramm zum Ausdruck kommende Wertschätzung des Pflegepersonals, bzw. allgemein der Menschen, die im direkten Kontakt mit den Patienten stehen und ihnen Zuwendung und Nähe vermitteln.

Die nur anteilige Finanzierung neuer Stellen lässt das Förderprogramm angesichts eines drohenden Pflegenotstandes ins Leere laufen!

Die Bindung der Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte an einen selbst aufzubringenden Eigenanteil wird u. a. damit begründet, auf diese Weise eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu verhindern. Wenn die Mittel aber wirklich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal und der Versorgungsqualität für die Patienten bewirken sollen, wenn einem drohenden Pflegenotstand nachhaltig entgegengewirkt werden soll, müssen sie, wie im Falle der Finanzierung zusätzlicher Stellen im ärztlichen Dienst zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, zu 100 Prozent zur Verfügung gestellt werden. Der geforderte Eigenanteil würde die auch bei Umsetzung der mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Hilfen fortbestehende erhebliche Belastung der Krankenhäuser durch nicht refinanzierte Kosten weiter erhöhen. Auf diese Weise würden gerade die Häuser überfordert, die am dringendsten darauf angewiesen wären, entsprechende Mittel in Anspruch nehmen zu können.

Innovative Formen der Arbeitsorganisation und neue Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit fördern!

DEKV und DW EKD begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzentwurf die im Zusammenhang mit diesem Förderprogramm bereit gestellten Mittel auch zur Erprobung und Umsetzung innovativer Formen der Arbeitsorganisation freigibt. - In diesem Zusammenhang halten wir jedoch die Beschränkung der Förderung solcher Maßnahmen lediglich auf den Bereich der Pflege für nicht zielführend und rückwärts gewandt. Für die Zukunft werden neue Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Krankenhaus erprobt und eingeführt werden müssen, etwa die Einrichtung interprofessioneller Kompetenzpools. Nach unserer Überzeugung lassen sich auf diese Weise die Arbeits- und Versorgungsprozesse nachhaltig verbessern, was dann wiederum der Versorgungsqualität zugute käme. Zugleich wird damit ein zukunftsweisendes professionelles Selbstverständnis der im Krankenhaus tätigen Heilberufe gefördert. – Dazu verweisen wir auf ein aktuelles Impulspapier des DEKV zur „Neuordnung der Aufgaben und Kompetenzen im evangelischen Krankenhaus“, dessen grundsätzliche Überlegungen trägerunabhängig Geltung beanspruchen und umgesetzt werden können (zum Download: <http://www.dekv-ev.de/ImpulspapierEnd.pdf>).

Mittel für innovative Formen der Arbeitsorganisation und neue Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit erhöhen!

Der Anteil der Mittel, die für entsprechende Maßnahmen eingesetzt werden können, sollte jedoch deutlich höher bemessen sein als bisher vorgesehen. Davon abgesehen müssten solche Maßnahmen auch in Krankenhäusern gefördert werden, die auf die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte verzichten, z. B. weil sie den Abbau von Stellen im Pflegebereich in den vergangenen Jahren vermeiden und Einsparungen in anderen Zusammenhängen realisieren konnten oder zur Deckung der Personalkosten Eigenmittel eingesetzt haben.

Vollständige Finanzierung zusätzlicher Stellen an Innovationen im Bereich der Arbeitsorganisation und interprofessionellen Zusammenarbeit binden!

Der Gesetzentwurf könnte einen innovativen und qualitätssteigernden Schub auslösen, wenn mit dem Ziel einer nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Versorgungsqualität die vollständige Finanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegebereich an innovative Maßnahmen der Arbeitsorganisation und Umstrukturierungen im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit geknüpft würde. D. h. ein entsprechender Anteil der Mittel, die aus dem Förderprogramm in Anspruch genommen werden könnten, wäre in diesem Sinne zu verwenden.

6. Weiterentwicklung des pauschalierenden DRG-Vergütungssystems

Bundesbasisfallwert-Korridor auf sachliche Angemessenheit prüfen!

Der Gesetzentwurf sieht eine Weiterentwicklung des pauschalierenden DRG-Vergütungssystems hinsichtlich der Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts vor. Die Weiterentwicklung in Richtung bundeseinheitlicher Preise liegt in der Logik des Systems und ist vom DEKV und vom DW EKD grundsätzlich immer befürwortet worden. Die vorgesehene Einführung eines Basisfallwert-Korridors und insbesondere dessen Konkretisierung mutet allerdings sehr willkürlich an. Nach Ablauf der Konvergenzphase sollte zunächst geprüft werden, ob und in welchem Maße in den einzelnen Bundesländern spezifische unterschiedliche Kostenstrukturen und Kostenniveaus vorliegen, die ein Festhalten an bundeslandbezogenen Landesbasisfallwerten bzw. die Einführung eines entsprechenden Korridors rechtfertigen.

Am Festpreissystem festhalten!

Die Ausgestaltung des Vergütungssystems als Festpreissystem ist unter dem Gesichtspunkt der Gewährleistung einer weiterhin flächendeckenden, wohnortnahen Krankenhausversorgung, zur Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung und zur Vermeidung massiver Wettbewerbsverzerrungen notwendig. Sie ist auch entscheidend für die Akzeptanz des DRG-Vergütungssystems und für die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit der Politik.

Zuschlags- und Ausgleichsregeln vereinfachen!

Die vorgesehene Vereinfachung der Zuschlags- und Ausgleichsregelungen ist zu begrüßen.

Qualität honorieren, Qualitätswettbewerb fördern!

Die Vereinfachung der Regelungen zum Erlösausgleich sollte zum Anlass genommen werden, den Qualitätswettbewerb zu stärken. Für Krankenhäuser sollte ein Anreiz geschaffen werden, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen und deshalb von Patienten und Einweisern nachgefragt zu werden. Deshalb sollten Krankenhäuser, die sich nachweisbar durch besonders hohe Qualität auszeichnen, die z. B. zertifiziert sind, überdurchschnittlich gut bei den BQS-Anforderungen abschneiden o. ä., deutlich höhere Anteile ihrer Mehrerlöse als regelhaft vorgesehen behalten können.

Angemessene Finanzierung spezieller Leistungen sicherstellen!

Mit zunehmender Anwendungserfahrung im Blick auf die Vergütung der Krankenhausleistungen durch DRG-Fallpauschalen treten die problematischen Bereiche und strukturellen Schwächen dieser Finanzierung zunehmend klarer vor Augen. Im Blick auf die Finanzierung Besonderer Einrichtungen gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 15 trägt der Gesetzentwurf diesem Sachverhalt Rechnung.

Eine leistungsgerechte Finanzierung der Behandlung von Menschen insbesondere mit mehrfachen und besonders schweren Behinderungen sicherstellen.

Die Vereinbarung von Zusatzentgelten für Leistungen, die durch DRG-Fallpauschalen nicht oder noch nicht angemessen vergütet werden, ist grundsätzlich eine Aufgabe der Selbstverwaltungspartner. Angesichts der Tatsache, dass entsprechende Vereinbarungen bisher ausschließlich im Blick auf einzelne Prozeduren, Medikamente, Implantate u. ä. getroffen worden sind, nicht aber im Blick auf in der Person des Patienten begründeten Behandlungsmehraufwand, halten der DEKV und das DW EKD es für geboten, dass der Gesetzgeber durch eine entsprechende Ergänzung in

§ 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG i. V. m. § 3 KHEntgG spezielle tagesgleiche Zusatzentgelte für die Behandlung von Menschen mit mehrfachen und besonders schweren Behinderungen einführt. Dabei löst eine höhere Vergütung allein das hier zutage tretende Problem noch nicht. Vielmehr kommt es darauf an, zur Versorgung entsprechender Patienten die dann erforderliche zusätzliche Zeit aufbringen zu können und Personal einsetzen zu können, das für die Bewältigung der besonderen Anforderungen, die sich bei der Versorgung dieser Patienten stellen, qualifiziert ist.

Eine umfassende Finanzierung der mit der Ausbildung verbundenen Kosten sicherstellen!

Der Gesetzentwurf nimmt erfreulicherweise das seit langem, nicht zuletzt von DEKV und DW EKD vertretene Anliegen konstruktiv auf, die Finanzierung der mit der Ausbildung verbundenen Kosten, insbesondere in der Gesundheits- und Krankenpflege, sicherzustellen.

Ärztliche Weiterbildung fördern, honorieren und leistungsgerecht vergüten!

Der im Gesetzentwurf enthaltene Prüfauftrag hinsichtlich der Finanzierung der Kosten der ärztlichen Weiterbildung signalisiert ein weiteres Problemfeld. Hier wird eine strukturelle Schwäche des DRG-Vergütungssystems sichtbar: Die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen durchschnittlichen Kosten gehen theoretisch zwar in die Kalkulation der Relativgewichte für die einzelnen Leistungen ein. Die Logik des Vergütungssystems legt es dem einzelnen Krankenhaus aber nahe, den mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Aufwand einzusparen, weil er für die erfolgreiche Behandlung eines konkreten Patienten nicht notwendig ist. Falls auf eine ärztliche Weiterbildung verzichtet wird, hat dies keine Auswirkungen auf die Erlöse. Wo intensive ärztliche Weiterbildung geleistet wird, stehen dem keine angemessenen Erlöse gegenüber, sondern muss eine Querfinanzierung aus den Erlösen für andere Leistungen erfolgen. Dieser unvermeidbare Sachverhalt legt es unseres Erachtens nahe, die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Kosten unabhängig von und zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen zu finanzieren. In der gegenwärtigen Gestalt bietet das DRG-Vergütungssystem keinen Anreiz für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung.

Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen ein eigenständiges pauschalierendes Vergütungssystem entwickeln!

Der Gesetzentwurf sieht die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen vor. Dabei wird nach Überzeugung von DEKV und DW EKD besonders darauf zu achten sein, dass den besonderen Erfordernissen einer am individuellen Bedarf des Einzelnen orientierten Behandlung von Menschen mit psychiatrischen und psychosomatischen Krankheiten im gebotenen Maße Rechnung getragen wird.

III. Zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs eines KHRG

1. zu Art. 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

1.1 zu Art. 1 – Änderung des KHG – Nr. 1-3

Zur Ermöglichung einer Neuregelung der Investitionsfinanzierung (§ 10 KHG)

Die in Aussicht genommene Einführung leistungsbezogener Investitionspauschalen ab 2012 ist ein Novum in der bisherigen Förderung der Krankenhausinvestitionen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht, vor allem im Blick auf die dadurch gewonnene größere unternehmerische Freiheit bzw. Flexibilität der Krankenhäuser ist eine entsprechende Änderung der Investitionsfinanzierung zu begrüßen.

Im Unterschied zum Referentenentwurf erteilt der Gesetzentwurf lediglich den Auftrag „Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene“ zu entwickeln. Hierfür räumt er eine Frist bis zum 31. Dezember 2009 in Verbindung mit der darauf basierenden Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen bis zum 31. Dezember 2010 ein, für Einrichtungen nach § 17 d Abs. 1 Satz 1 KHG reicht die Frist bis zum 31. Dezember 2012. – DEKV und DW EKD bedauern diesen Rückschritt und fordern Bund und Länder auf, eine entsprechende Veränderung der Investitionsfinanzierung ab einem festen Termin - der 01. Januar 2011 erscheint angemessen - tatsächlich vorzusehen.

Es bleibt offen, ob die Förderung durch Investitionspauschalen zum Regelfall werden soll, bzw. in welchem Verhältnis künftig Einzel- und Pauschalförderung möglich oder geboten sein sollen. Die Bundesländer sollten sich in dieser Hinsicht auf einheitliche Rahmenbedingungen verständigen, sowohl um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, als auch unter dem Gesichtspunkt, dass die zunehmenden, i. Ü. politisch gewollten, wirtschaftlich sinnvollen und notwendigen Krankenhausverbundstrukturen bundeslandübergreifend aufgestellt sind.

DEKV und DW EKD plädieren für eine Pauschalförderung als Regelfall, denn die Krankenhäuser benötigen regelmäßig und verlässlich Investitionsmittel, um zeitnah notwendige Investitionen in Gebäude und Anlagegüter tätigen zu können. Daneben halten wir auch die gezielte Einzelförderung durch die Länder weiterhin für erforderlich, um eine wohnortnahe Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Zudem bedarf es eines Ausgleichs für die Nachteile, die Krankenhäuser in Folge von unterbliebenen notwendigen Investitionen („Investitionsstau“) hinnehmen mussten.

DEKV und DW EKD gehen davon aus, dass die vorgesehenen landesbezogenen Investitionsfallwerte auf den bundeseinheitlichen fall- bzw. behandlungsbezogenen Investitionsbewertungsrelationen aufsetzen und die unterschiedliche Förderintensität bzw. den unterschiedlichen Investitionsnachholbedarf der Bundesländer berücksichtigen. Eine diesbezügliche Klarstellung im Text des neuen § 10 Abs. 1 wäre wünschenswert. – Hilfreich wäre auch die konkrete Benennung eines Gremiums, das die entsprechenden Vorarbeiten leistet und Vereinbarungen trifft.

In Abs. 2 wäre zu ergänzen, dass die Investitionsbewertungsrelationen „nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu kalkulieren“ sind.

Entscheidend wird sein, in welcher Höhe künftig Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. In dieser Hinsicht schafft der Gesetzentwurf leider weder Klarheit noch Sicherheit. Insbesondere schafft der Gesetzentwurf keine Verbindlichkeit für die Länder. Damit bleibt abzuwarten, ob und in welchem Umfang die Länder künftig ihren Finanzierungsverpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern nachkommen werden.

DEKV und DW EKD plädieren deshalb nachdrücklich dafür, erneut eine Regelung zur Einführung verbindlicher Mindestinvestitionsquoten anzustreben.

1.2. zu Art. 1 – Änderung des KHG – Nr. 3

Finanzierung von Ausbildungskosten (§ 17a KHG)

DEKV und DW EKD begrüßen die begriffliche Überarbeitung und die Klarstellungen hinsichtlich der Finanzierung der Mehrkosten aus der Umsetzung des Krankenpflegegesetzes, insbesondere der Kosten für die Praxisanleitung, sowie im Blick auf die Ausbildungsvergütung für Hebammen und Entbindungspfleger.

1.3 zu Art. 1 – Änderung des KHG – Nr. 4, Buchst. b, Doppelbuchst. bb

Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten (§ 17b Abs. 1 KHG)

DEKV und DW EKD begrüßen, dass sich der Gesetzentwurf konstruktiv mit dem Problem der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten auseinandersetzt. Wir haben bereits im allgemeinen Teil darauf hingewiesen, dass es im Rahmen des DRG-Vergütungssystems an Anreizen fehlt, für die ärztliche Weiterbildung zu sorgen. Investitionen in eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung gehen im Gegenteil zu Lasten des Krankenhauses (s. o., II.7). Da es sich hier um eine strukturelle, nicht behebbare Schwäche des DRG-Vergütungssystems handelt, halten wir es für angemessen, die mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Kosten unabhängig von und zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen zu finanzieren.

Die mit dem vorgesehenen Prüfauftrag im Gesetzentwurf avisierte Lösung erscheint dagegen nicht zielführend. Die ärztliche Weiterbildung ist nicht in Abhängigkeit von bestimmten Leistungen oder Leistungsbereichen pauschal zu vergüten, sondern in Abhängigkeit vom Umfang und der Qualität der vom einzelnen Krankenhaus tatsächlich durchgeführten ärztlichen Weiterbildung. Die entsprechenden Kriterien sind einvernehmlich mit der Bundesärztekammer zu bestimmen. Weiterbildende Krankenhäuser benötigen ein individuelles Weiterbildungsbudget, vergleichbar dem Ausbildungsbudget, das unabhängig von erbrachten Leistungen und dafür gezahlten pauschalisierten Entgelten zur Verfügung zu stellen ist.

1.4 zu Art. 1 – Änderung des KHG – Nr. 5

Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§ 17d KHG)

Die Einführung eines differenzierenden, leistungsbezogenen Abrechnungssystems auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und die damit verbundene Abkehr von tagegleichen Pflegesätzen ohne Bezug zur unterschiedlichen Schwere einer Erkrankung oder zum differierenden Aufwand für ihre Behandlung ist konsequent und geeignet, die Qualität und Effizienz der Behandlung zu steigern. Der Verzicht auf diagnose-orientierte Pauschalen für die gesamte Behandlung und die Entscheidung für diagnose-orientierte Tagespauschalen nimmt die besonderen Umstände der Behandlung psychisch kranker Menschen ernst, die bei gleichem Krankheitsbild nicht nur individuell unterschiedlich lange, sondern vielfach auch immer wieder behandelt werden müssen.

DEKV und DW EKD tragen die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems im Bereich der Psychiatrie mit und sind bereit, an der weiteren inhaltlichen Ausgestaltung mitzuwirken. Voraussetzung für die Einführung des neuen Entgeltsystems muss aber eine Änderung der Bundespflege-satzverordnung sein, die es wieder ermöglicht, die Qualitätskriterien der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) uneingeschränkt umzusetzen.(s.u.).

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die seit 1991 eingetretene Leistungsverdichtung in der PsychPV aktuell schon nicht mehr abgebildet wird und die Fallzahlsteigerung der letzten Jahren in den Budgetverhandlungen nicht ausreichend Berücksichtigung fand.

Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken haben in der Vergangenheit durch effizientere Abläufe wesentlich dazu beigetragen, dass die Einbußen in der Behandlungsqualität nicht voll zur Geltung kamen. Dennoch hat die Qualitätsabsenkung erhebliche Ausmaße erreicht. Nach den Ergebnissen einer Studie der Aktion Psychisch Kranke fehlte zur Personalausstattung nach der PsychPV im Jahre 2004 Personal im Umfang von 250 Millionen Euro. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass der PsychPV-Erfüllungsgrad im Durchschnitt 90 % in den Kliniken für Erwachsene und 88 % in den Kliniken für Kinder und Jugendliche betrug. Seit 2004 ist die Personalabsenkung jedoch weiter fortgeschritten.

Während der vorliegende Gesetzentwurf für somatische Kliniken ein Sonderprogramm zur Personalerhöhung im Pflegedienst vorsieht, werden die reduzierten Qualitätsstandards im Bereich der Psychiatrie seitens der Politik billigend in Kauf genommen.

2. zu Art. 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

2.1 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 3

Zusatzentgelte für die Behandlung von Patienten mit mehrfachen und schwersten Behinderungen (§ 3 KHEntgG)

Patienten mit mehrfachen und schwersten Behinderungen erfordern einen von den Umständen des Einzelfalls abhängigen, grundsätzlich im Vergleich zu Patienten ohne entsprechende Einschränkungen erhöhten Behandlungsaufwand, vor allem im Blick auf pflegerische Versorgung und Assistenz. Eine leistungsgerechte Vergütung für die Behandlung dieser Patienten ist außerhalb speziell darauf ausgerichteter Besonderer Einrichtungen nicht gegeben. DEKV und DW EKD schlagen deshalb die Einführung spezieller tagesgleicher Zusatzentgelte für die Behandlung von Menschen mit mehrfachen und besonders schweren Behinderungen vor. Diese wären in Abhängigkeit vom Grad der Funktionseinschränkung nach ICF sowie vom zusätzlichen Pflege- und Betreuungsaufwand, der über PPR zu ermitteln wäre, zu bestimmen.

Angesichts der Tatsache, dass die Selbstverwaltung Zusatzentgelte bisher ausschließlich für einzelne Prozeduren, Medikamente, Implantate u. ä. vereinbart hat, nicht aber im Blick auf in der Person des Patienten begründeten Behandlungsmehraufwand, halten der DEKV und das DW EKD eine entsprechende Ergänzung von § 3 KHEntgG sowie von § 17b Abs. 1 Satz 12 für geboten.

§ 3 KHEntgG wäre zu ergänzen um eine neue Nr.

„5. Zusatzentgelte für die Behandlung von Personen mit mehrfachen und schwersten Behinderungen“

Entsprechend wäre in § 17b Abs. 1 Satz 12 vor dem Punkt einzufügen:

„ , sowie für die Behandlung von Personen mit mehrfachen und schwersten Behinderungen“

Zu erwägen wäre, die Berechnung entsprechender Zusatzentgelte daran zu knüpfen, dass das Krankenhaus z. B. durch entsprechende Fortbildungen dafür Sorge trägt, dass Pflegenden und ärztliche Mitarbeitende die zur Behandlung entsprechender Patienten notwendigen besonderen Kompetenzen erwerben können.

2.2 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 4, Buchst. e

Ausgleichsregelungen, Verzicht auf Mehrerlösausgleiche (§ 4 Abs. 3 nF. KHEntgG)

Die Vereinfachung der Ausgleichsregelungen sowie der Entfall des Ausgleichs auf Grund veränderter Codierung ist sachgemäß und zu begrüßen.

DEKV und DW EKD bekräftigen ihre Forderung, Mehrerlöse, die entstanden sind, weil das Krankenhaus in stärkerem Maße als geplant in Anspruch genommen wurde und insofern Mehrleistungen erbracht hat, dem Krankenhaus zu belassen. Zumindest Krankenhäusern, die sich nachweisbar durch besonders hohe Qualität auszeichnen, die z. B. zertifiziert sind, überdurchschnittlich gut bei den BQS-Anforderungen abschneiden o. ä., sollten höhere Anteile ihrer Mehrerlöse verbleiben. Auf diese Weise würde der Qualitätswettbewerb gestärkt werden. Für Krankenhäuser würde ein Anreiz geschaffen, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen und deshalb von Patienten und Einweisern nachgefragt zu werden.

2.3 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 4, Buchstabe d) i. V. m. Nr. 5, Buchst. d und Art. 4 – Änderung der BPfIV – Nr. 2, Buchst. b

Besondere Einrichtungen (§ 4 Abs. 7 nF. KHEntgG i. V. m. § 6 Abs. 3 nF. KHEntgG und § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG)

Die vorgesehene Konvergenzphase für Besondere Einrichtungen, die diesen Status verlieren, wird als angemessen beurteilt.

Die grundsätzliche regelmäßige Überprüfung des Status Besonderer Einrichtungen ist berechtigt. Gleichwohl weisen DEKV und DW EKD darauf hin, dass in den verbleibenden Besonderen Einrichtungen in erheblichem Maße Patienten behandelt werden, deren persönliche Umstände oder Krankheitsbilder sowohl einer pauschalierenden Vergütung entgegenstehen als auch einen erhöhten Personalaufwand bedingen. Wie im Falle der psychiatrischen Einrichtungen sollte deshalb auch für Besondere Einrichtungen eine höhere Refinanzierung von tarifbedingten Personalkostensteigerungen vorgesehen werden.

Davon abgesehen sollte für die Vereinbarung einer Erlössumme für Besondere Einrichtungen gemäß § 6 Abs. 3 nF. KHEntgG ausdrücklich auf deren Begrenzung durch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V gemäß § 6 Abs. 3 BPfIV als nicht sachgemäß verzichtet werden.

2.4. zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 4, Buchst. g

Kappungsregelung (§ 4 Abs. 9 nF. KHEntgG)

Die vorgesehene Kappungsregelung für Krankenhäuser, die am Ende der Konvergenzphase einen gegenüber dem dann geltenden Landesbasisfallweit höheren krankenhausesindividuellen Basisfallwert aufweisen wird als angemessen beurteilt.

2.5 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 4, Buchst. d

Förderung der Einstellung von Pflegepersonal (§ 4 Abs. 10 nF. KHEntgG)

DEKV und DW EKD begrüßen ausdrücklich, dass der Gesetzgeber auf die inzwischen zum Äußersten angespannte Personalsituation im Pflegebereich konstruktiv reagiert. Zur Verbesserung und Sicherung der Qualität der Patientenversorgung, aber auch zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe ist eine bessere personelle Ausstattung dringend geboten.

Die vorgesehene lediglich anteilige Förderung entsprechender Neueinstellungen wird jedoch als kontraproduktiv beurteilt. Der Abbau von Stellen gerade beim Pflegepersonal ist wesentlich durch die Unterfinanzierung bedingt, die durch die gesetzlichen Regelungen der letzten Jahre bewirkt wurde. Solange sich die Finanzierungssituation nicht nachhaltig verbessert, werden gerade die Einrichtungen, die zusätzliches Personal am dringendsten benötigen, davon Abstand nehmen müssen, die zusätzlichen Kostenbelastungen auf sich zu nehmen, die bereits bei Inanspruchnahme der Förderung auf sie zukommen. Insofern würde das Programm, wenn es bei der Teilfinanzierung bleibt, in vielen Fällen ins Leere laufen und könnte die beabsichtigte und notwendige Wirkung nicht erzielen. Die Förderung muss deshalb als hundertprozentige Anschubfinanzierung ausgestaltet werden.

Grundsätzlich sollten jedoch alle Krankenhäuser unabhängig von der Einstellung zusätzlichen Personals im Pflegebereich Mittel aus dem Förderprogramm in Anspruch nehmen können, die in innovative Formen der Arbeitsorganisation und Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit investieren. Dazu wird auf die Ausführungen im allgemeinen Teil verwiesen (s. o., II.5).

Die im Gesetzentwurf vorgesehene mögliche Verwendung eines Anteils des Förderbetrages zur Finanzierung neuer Strukturen der Arbeitsorganisation in der Pflege wird insofern als Schritt in die Richtung begrüßt. Mit der Konzentration ausschließlich auf den Pflegebereich schränkt der Gesetzentwurf den möglichen Anwendungsbereich jedoch über Gebühr ein und fördert vergangenheitsorientierte Betriebs- und Zusammenarbeitsstrukturen. Damit läuft diese Fokussierung auch dem wohlverstandenen Interesse der Berufsgruppe der Pflegenden im Krankenhaus zuwider. Über z. B. die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegepersonal hinaus sollten neue Formen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit bzw. die Bildung interdisziplinärer Kompetenzpools ausdrücklich mit in das Förderprogramm eingeschlossen sein.

Der Anteil der Mittel, die für entsprechende Maßnahmen eingesetzt werden können, sollte jedoch deutlich höher bemessen sein als bisher vorgesehen. Statt 5 % halten wir bis zu 50 % für angemessen.

DEKV und DW EKD sprechen sich in diesem Zusammenhang dafür aus, das in Aussicht genommene Förderprogramm ausdrücklich auch auf die Erprobung und Implementierung neuer, berufsübergreifender Formen der Arbeitsorganisation, bzw. innovativer Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit und eine Erhöhung der Fachquote im Pflegebereich auszurichten. Bei Inanspruchnahme von Mitteln aus dem Förderprogramm sollte ein bestimmter Anteil in diesem Sinne verwendet werden. Auf diese Weise würde auch einer nicht zweckentsprechenden Verwendung der Mittel vorgebeugt.

Um den mit dem Nachweis der zweckgemäßen Verwendung der Fördermittel verbundenen bürokratischen Aufwand gering zu halten, sollte ein solcher einmalig zum Ende des Förderzeitraums vorgesehen werden, woraus gegebenenfalls auch nur eine einmalige Rückzahlungsverpflichtung resultieren würde.

2.6 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 5, Buchst. b

Regelung für Zu- und Abschläge (§ 5 Abs. 4 KHEntgG)

Die vorgesehene Zusammenfassung der verschiedenen Zu- und Abschläge findet im Wesentlichen unsere Zustimmung. Die vorgesehene Begrenzung der Zuschlagshöhe bei unterjährigen Vereinbarungen wird jedoch abgelehnt. Sie geht einseitig zu Lasten der Krankenhäuser. Verzögerungen beim Abschluss der Verhandlungen sind in der Regel von den Krankenkassen zu verantworten. Sie bedeuten für das Krankenhaus zumeist Erlös- bzw. Liquiditätseinbußen auf Grund der befristeten Abrechnung zu niedriger Entgelte. Zur Förderung frühzeitiger Verhandlungen und prospektiver Vereinbarungen wäre bei verspätetem Abschluss der Verhandlungen analog dem Zinsaufschlag bei nicht rechtzeitig gezahlten Rechnungen sogar ein entsprechend erhöhter Zuschlag gerechtfertigt.

2.7 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 8, Buchst. b i. V. m Art. 5 Abs. 2

GKV-Rechnungsabschlag / „Sanierungsbeitrag“ (§ 8 Abs. 9 KHEntgG)

Mit der Neufassung von Abs. 9 wird der Befristung des durch das GKV-WSG eingeführten Rechnungsabschlags entsprochen. Dieser ist Bestandteil des sogenannten „Sanierungsbeitrags“ für die Krankenkassen, der zusätzlich verringerte Mindererlösausgleiche und die Einbehaltung von nicht verbrauchten Mitteln für die Integrierte Versorgung enthält.

DEKV und DW EKD fordern, den „Sanierungsbeitrag“ insgesamt rückwirkend zum 1. Januar 2008 zurück zu nehmen. Als Alternative wäre den Krankenhäusern eine entsprechende Summe zur Vergütung ihrer Leistungen für das Jahr 2009 zusätzlich zur Verfügung zu stellen und bei der Berechnung und Vereinbarung der Landesbasisfallwerte gemäß § 10 KHEntgG zu berücksichtigen.

Art. 5 Abs. 2 stellt erfreulicher Weise klar, dass der Rechnungsabschlag ab dem 1. Januar 2009 auf keinen Fall mehr erhoben wird.

2.8 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 10, Buchst. c

Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)

Nach Überzeugung des DEKV und des DW EKD müssen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes betriebswirtschaftliche Kriterien und reale Kostenentwicklungen die entscheidende Rolle

spielen. Dem tragen die Bestimmungen in § 10 Abs. 4 KHEntgG bisher nicht angemessen Rechnung. Im Übrigen verweisen wir diesbezüglich auf die Ausführungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft in ihrer Stellungnahme.

2.9 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 10, Buchst. e

Vereinbarung von Landesbasisfallwerten für 2009 (§ 10 Abs. 5 nF. KHEntgG)

a) Berücksichtigung außerordentlicher Tariflohnsteigerungen

DEKV und DW EKD begrüßen, dass die für 2008 und 2009 vereinbarten Tarifierhöhungen bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte für 2009 einmalig, aber mit bleibender Wirkung Berücksichtigung finden. Im Hinblick auf die von den Krankenhäusern zu schulternden nicht refinanzierten Kostenbelastungen ist dies der gebotene einzig verantwortliche Schritt. Denn die Bindung an die Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V verhindert, dass die tariflichen Lohnsteigerungen für das Pflegepersonal über die Fallpauschalen refinanziert werden und führen zu einer sich kontinuierlich vergrößernden Deckungslücke.

Erforderlich ist nach Überzeugung von DEKV und DW EKD jedoch ein vollständiger Ausgleich der durch die in Bezug genommenen Tarifabschlüsse bedingten Personalkostensteigerungen. Die Krankenhäuser müssten dann immer noch erhebliche nicht refinanzierte Kostensteigerungen kompensieren, z. B. bei Energie und Lebensmitteln, sowie die Kosten in Folge der Mehrwertsteuererhöhung sowie der Umsetzung des AVWG.

b) Festsetzung der Landesbasisfallwerte für 2009

Zwischenzeitlich sind von Seiten der Krankenkassen Änderungsanträge zu § 10 Abs. 5 nF. KHEntgG bekannt geworden, die auf eine Neufestsetzung der Landesbasisfallwerte auf den Durchschnitt der krankenhausesindividuellen Basiswerte und eine zusätzliche Absenkung der Landesbasisfallwerte zur Kompensation der durch Mehrleistungen entstehenden Mehrkosten abstellen.

Diese Vorschläge zielen auf nicht weniger als eine Revision der gesetzlichen Grundlagen für die Einführung des DRG-Vergütungssystems zu Lasten der Krankenhäuser. Sie würden den Krankenhäusern Mittel in Höhe von 1,3 Mrd. € entziehen und deren Refinanzierungsproblematik mit schwerwiegenden Folgen für die Qualität und Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung erneut existenzgefährdend verschärfen. Die von der Bundesregierung als unbedingt notwendig erkannten und zugesagten, durch die übrigen Regelungen des KHRG zur Finanzierung der Krankenhausleistungen bereitgestellten zusätzlichen Mittel in Höhe von im Vergleich zum aktuellen Rechtsstand effektiv rund 1,6 Mrd. € würden dadurch weitgehend wieder kassiert. - Entsprechende Änderungsvorschläge sind deshalb mit aller Entschiedenheit zurück zu weisen

2.10 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 10, Buchst. e

Ablösung der Grundlohnsummenorientierung durch Einführung eines krankenhausspezifischen Orientierungswertes (§ 10 Abs. 6 nF. KHEntgG)

Die vorgesehene Ablösung der Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V entspricht einer von DEKV und DW EKD gemeinsam mit der DKG seit langem erhobenen Forderung. Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass die Vergütungen für Krankenhausleistungen sich künftig an realen Kosten- bzw. Preisentwicklungen orientieren und in zeitnaher Anpassung an diese fortgeschrieben werden. Zusätzlich wäre insbesondere die Morbiditätsentwicklung zu berücksichtigen.

Die beabsichtigte Einführung einer krankenhausbefugenen Orientierungsgröße stellt insofern einen seit langem notwendigen Schritt in die richtige Richtung dar. Wir schlagen konkret die Definition eines spezifischen „Krankenhaus-Warenkorbs“ als Indikator vor, dessen Entwicklung vom Statistischen Bundesamt kontinuierlich zu beobachten und verbindlich festzustellen wäre. Darin wären etwa gewichtet zu berücksichtigen: Steigerungsraten für Löhne und Gehälter, Preise für Energie, für Wasser / Abwasser, für Entsorgung, Preise für Lebensmittel, Preise für Arzneimittel und medizinischer Sachbedarf, öffentliche Gebühren u. a.

Auf entschiedene Ablehnung stößt jedoch die in Abs. 6 nF. Satz 4 vorgesehene Regelung, wonach das Bundesministerium für Gesundheit jeweils feststellt, welcher Anteil des Orientierungswertes jeweils für die Begrenzung der Anpassung der Landesbasisfallwerte bzw. des Bundesbasisfallwerts maßgeblich sein soll. Damit besteht die Gefahr einer Festsetzung nach Kassenlage oder sachfremden politischen Erwägungen, die den Erfordernissen der auch nach Willen der Politik als Wirtschaftsunternehmen im Wettbewerb agierenden Krankenhäuser nicht gerecht werden. Dann wäre erneut eine gesetzlich verordnete Unterfinanzierung wie in der Vergangenheit zu befürchten.

Wenn unter dem Gesichtspunkt, dass die Vergütungen für Krankenhausleistungen sich nicht wie in anderen Wirtschaftsbereichen unter Wettbewerbsbedingungen als Ergebnis von Angebot und Nachfrage bilden und insofern nicht im anderenfalls möglichen Maße Anreize zur Realisierung von Kostensenkungspotenzialen gesetzt werden, nur eine anteilige Berücksichtigung des Orientierungswertes erfolgen soll, wäre eine feste Quote vorzusehen. Diese würde entsprechend kontinuierliche Steigerungen der Effizienz der Leistungserbringung induzieren.

2.11 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 10, Buchst. d

Sofortige Aufhebung der Grundlohnsummenorientierung (Änderung von § 10 Abs. 4 KHEntgG)

Bis die neue Orientierungsgröße, frühestens für das Jahr 2011, erstmals ihre Wirkung entfalten kann, ist eine Übergangsregelung zu treffen. Die Grundlohnsummenorientierung gemäß § 71 Abs. 3 SGB ist für die Begrenzung der Landesbasisfallwerte sofort aufzugeben. Hilfsweise wäre die allgemeine Inflationsrate oder die Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes heranzuziehen.

2.12 Halber Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel und medizinischen Sachbedarf

Wir bringen an dieser Stelle erneut unseren Vorschlag ein, zur Verbesserung der Finanzierungssituation der Krankenhäuser und gleichzeitig zur Entlastung der Krankenkassen die Einführung des halben Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel und medizinischen Sachbedarf vorzusehen. Diese Maßnahme wäre kurzfristig umsetzbar, würde aber spürbare und anhaltende Wirkung entfalten.

2.13 zu Art. 2 – Änderung des KHEntgG – Nr. 10, Buchst. i

Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes bzw. eines Basisfallwertkorridors (§ 10 Abs. 8 nF. und 9 nF. KHEntgG)

Die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems hin zu einem bundeseinheitlichen Basisfallwert liegt in der Logik des Systems. Einem Bundesbasisfallwert müssten jedoch in stärkerem Maße betriebswirtschaftliche Kriterien zu Grunde gelegt werden, als das bei der in Aussicht genommenen Herleitung aus in starkem Maße unter Zugrundelegung politischer Erwägungen vereinbarten Landesbasisfallwerten der Fall sein kann.

Die Einführung eines Korridors um den in Aussicht genommenen bundeseinheitlichen Basisfallwert kann als Indiz für vermutete begründete unterschiedliche Kostenstrukturen in den einzelnen Bundesländern gewertet werden. Der Vorschlag der DKG, nach Ablauf der Konvergenzphase zunächst die dann noch bestehenden Unterschiede der Landesbasisfallwerte im Blick auf ihre mögliche Verursachung durch entsprechende strukturelle Momente zu analysieren, gewinnt von daher neue Plausibilität. Davon abgesehen wirft auch die Festsetzung der Grenzen des Korridors Fragen nach ihrer Angemessenheit und Herleitung auf und stellt die Sinnhaftigkeit des in Aussicht genommenen Konvergenzprozesses insgesamt in Frage.

3. Zu Art. 4 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Wir schließen uns den diesbezüglichen Ausführungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der BAG Träger psychiatrischer Krankenhäuser in ihren Stellungnahmen an. Wir unterstreichen in diesem Zusammenhang, dass die Finanzierung des sich aus der Umsetzung der PsychPV ergebenden Personalmehrbedarfs vollständig erfolgen muss. Es reicht nicht aus, dass Personalstellen vereinbart werden, sondern es muss ein rechtlicher Anspruch bestehen, dass realistische Durchschnittspersonalkosten für die PsychPV-Stellen ins Budget aufgenommen werden.

Die Umsetzungsquote der PsychPV muss dabei auf 100 Prozent angehoben werden, wie es der Bundesrat in seiner Stellungnahme vorgeschlagen hat. Die Gegenäußerung der Bundesregierung ist für das DW EKD und den DEKV nicht nachvollziehbar und findet unseren entschiedenen Widerspruch. Alle Fachverbände der Psychiatrie und auch das DW EKD haben in der Vergangenheit darauf hingewiesen, dass die von allen Seiten gewünschten Qualitätsvorgaben der PsychPV durch unzureichende Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung nicht finanziert werden konnten. Um auch in Zukunft und für den Einstieg in das neue Entgeltsystem eine qualitätsvolle stationäre Behandlung sicher zu stellen, muss für alle psychiatrischen Krankenhäuser die Chance eröffnet werden, die Kriterien der PsychPV zu 100 Prozent zu erfüllen. Gelingt dies nicht, wird der niedrigere und einer personenorientierten Behandlung nicht gerecht werdende Status quo bei der Ermittlung des Basistageswertes festgeschrieben werden.

IV. Zusätzlicher gesetzlicher Regelungsbedarf zur palliativ-medizinischen Versorgung

DEKV und DW EKD nehmen das Gesetzgebungsverfahren zum KHRG auf Grund aktueller Erfahrungen und Erfordernisse zum Anlass, auf zusätzlichen gesetzlichen Regelungsbedarf hinzuweisen (siehe auch Schreiben vom 10.11.2008 des Diakonischen Werkes der EKD und des Deutschen Caritasverbandes an die gesundheitspolitischen Sprecher sowie den interfraktionellen Gesprächskreis Hospiz):

1. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Problem:

§ 37b SGB V regelt in Abs. 1 die spezialisierte ambulante Palliativversorgung in der vertrauten häuslichen Umgebung. Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, fallen nach Auffassung der Krankenkassen nicht unter diese Regelung und sind damit von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ausgeschlossen.

Lösungsvorschlag:

Absatz 1 des § 37b SGB V wird so gefasst, dass auch Personen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Anspruch nehmen können.

Formulierungsvorschlag:

In § 37b Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter "in der vertrauten häuslichen Umgebung" durch die Wörter "*in der vertrauten Umgebung des häuslichen und familiären Bereichs sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe*" ersetzt.

2. Ambulante Hospizleistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Problem:

Gemäß § 39a Abs. 2 SGBV werden ambulante Hospizdienste gefördert, die qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung im Haushalt der Versicherten, in deren Familie oder in einer stationären Pflegeeinrichtung erbringen. Nach Auffassung der Krankenkassen erhalten die ambulanten Hospizdienste keine Förderung, wenn sie Personen betreuen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben. Die entsprechende Einrichtung sei nicht die Häuslichkeit des Versicherten. Die Personen sind damit von den Leistungen der ambulanten Hospizversorgung ausgeschlossen.

Lösungsvorschlag:

Absatz 2 des § 39a SGB V wird so gefasst, dass ambulante Hospizdienst auch dann gefördert werden, wenn sie Personen betreuen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben.

Formulierungsvorschlag:

In § 39a Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter "in deren Haushalt, der Familie oder stationären Pflegeeinrichtungen" durch die Wörter "*in deren vertrauter Umgebung des häuslichen und familiären Bereichs, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie in stationären Pflegeeinrichtungen*" ersetzt.

3 Förderung der ambulanten Hospizarbeit nach § 39a Abs. 2 SGB V

Problem:

Die Förderung der ambulanten Hospizdienste nach § 39a Abs. 2 SGB V erfolgt in der Weise, dass die Krankenkassen eine bestimmte Summe pro Versicherten zur Verfügung stellen. Diese Förder-summe wird dann nach einer Berechnungsformel auf die ambulanten Hospizdienste verteilt. Dieses Verfahren der Förderung hat sich als nicht sachgerecht erwiesen, denn ein erheblicher Teil der Fördersumme wird nicht an die Hospizdienste ausgeschüttet. Von den gesetzlich den ambulanten Hospizdiensten zur Verfügung stehenden ca. 28 Mio. Euro fließen über 9 Mio. Euro im Jahr an die Krankenkassen zurück. Gleichzeitig ist der Bedarf an Begleitungen deutlich gestiegen, nicht zuletzt durch die zu begrüßende Möglichkeit für ambulante Hospizdienste, seit dem 01.04.07 (GKV-WSG) auch die Begleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen in den Förderanträgen mit aufzunehmen. In der Konsequenz führt das derzeitige Förderverfahren zu einer deutlichen Unterfinanzierung der Hospizdienste. Einer Änderung der Berechnungsformel verweigern sich die Krankenkassen.

Lösungsvorschlag:

Die Finanzierung soll auch weiterhin auf der Basis der erbrachten Leistungen (Anzahl der Sterbebegleitungen und Anzahl der Ehrenamtlichen = Leistungseinheiten) geregelt werden, diesen Leistungseinheiten ist aber ein fester Satz vom Hundert-Satz der monatlichen Bezugsgröße gem. § 18 Abs. 1 SGB IV zu Grunde zu legen. Bei einem Prozentsatz von 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße, deren Wert mit den jeweiligen Leistungseinheiten zu multiplizieren wäre, würde erreicht, dass auch zukünftig Mittel in etwa der gleichen Größenordnung wie nach der derzeitigen gesetzlichen Regelung zur Verfügung zu stellen sind.

4. Teilleistung ärztliche Palliativ-Versorgung in stationären Hospizen

Problem:

Stationäre Hospize sind in der Pflege speziell auf Palliativpatienten ausgerichtet. Die medizinischen Leistungen werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt. Die spezielle palliativmedizinische Leistung im Rahmen des § 37b SGB V (SAPV) steht den Patienten hingegen nicht zur Verfügung. Ein Patient, der in der vertrauten häuslichen Umgebung ärztlich und pflegerisch mit SAPV versorgt wird, verliert bei seinem „Umzug“ in ein stationäres Hospiz die ärztliche SAPV-Leistung und wird unter Umständen schmerztherapeutisch schlechter versorgt. Die Krankenkassen weigern sich, die Teilleistung der ärztlichen SAPV-Versorgung in stationären Hospizen zu ermöglichen.

Lösungsvorschlag:

Es wird von Seiten des Gesetzgebers klargestellt, dass die Teilleistung der ärztlichen SAPV-Versorgung in stationären Hospizen erbracht werden kann.

Formulierungsvorschlag:

In § 37b Abs. 2 SGB V wird der Punkt nach Satz 1 durch ein Semikolon ersetzt und folgender Satzteil angefügt: „dies gilt auch für Versicherte in stationären Hospizen in Bezug auf die ärztlichen Leistungen“.

5. Eigenfinanzierungsanteil stationärer Kinderhospize

Problem:

Mit dem GKV-WSG ist in § 39a Abs. 1 SGB V der Eigenfinanzierungsanteil der stationären Kinderhospize auf 5% der zuschussfähigen Kosten begrenzt worden. Der Eigenfinanzierungsanteil für die stationären Hospize (für Erwachsene) liegt laut Rahmenvereinbarung unverändert bei 10%. Da jedoch im Gesetz die Höhe der monatlichen Bezugsgröße für die Zuschüsse der Krankenkassen nicht erhöht wurde, sind die Krankenkassen nach dem Wortlaut der Vorschrift nicht verpflichtet, die übrigen 5% an die Kinderhospize zu zahlen.

Lösungsvorschlag:

Es wird durch den Gesetzgeber klargestellt, dass die Absenkung des Eigenfinanzierungsanteils bei Kinderhospizen in der Höhe von 5% von den Krankenkassen zu tragen ist.