



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Berlin, den 15. Oktober 2010

Ausschussdrucksache
17(14)0074(34)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
15.10.2010

Vorläufige Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zum

**Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial
ausgewogenen Finanzierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)**

BT-Drs. 17/3040 vom 28.09.2010

und den Änderungsanträgen der Fraktionen
der CDU/CSU und FDP

Inhaltsverzeichnis:

I. Allgemeiner Teil	3
II. Besonderer Teil.....	8
A Zu Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	8
B Zu Artikel 10 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung	20
C Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP	22

I. Allgemeiner Teil

Die Bundesregierung hat mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums vom 25.08.2010 das Gesetzgebungsverfahren für ein „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)“ eingeleitet. Mit dem Gesetz soll das deutsche Gesundheitssystem vor allem im Hinblick auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden. Die Bundesregierung sieht unmittelbaren Handlungsbedarf im Hinblick auf ein von ihr prognostiziertes Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2011 in Höhe von bis zu 11 Mrd. Euro. Nach Auffassung der Bundesregierung kann eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung *„nicht nur die Einnahmenseite betrachten, sondern muss mit notwendigen Maßnahmen auf der Ausgabenseite verbunden sein. Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen“*.

Die DKG begrüßt ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems unabhängiger von der konjunkturellen Entwicklung auszugestalten. Die konjunkturbedingten Einnahmeausfälle der GKV in Milliardenhöhe zeigen sehr deutlich, dass eine nachhaltige Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV notwendig ist. Angesichts der aktuellen Belastungen der öffentlichen Haushalte und der Konsolidierungsnotwendigkeiten haben die Krankenhäuser auch Verständnis für Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung, soweit diese tatsächlich zwingend und ohne Alternativen sind und die Verteilung der Lasten auf die Leistungserbringer fair erfolgt. Für Sonderopfer können die Krankenhäuser jedoch nicht zur Verfügung stehen. Die Begrenzung der Finanzmittelzuwächse und die dauerhaften Abschläge bei Mehrleistungen stehen zudem im Widerspruch zu den wirtschaftspolitischen Zielen der Bundesregierung, die die Gesundheitswirtschaft hinsichtlich ihrer Wachstumschancen, insbesondere ihrer Beschäftigungswirkung, zu Recht als Zukunftsmarkt bezeichnet. Schon aufgrund des demografischen Wandels und des medizintechnischen Fortschritts ist dieses Wachstum vorgezeichnet und gewünscht.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht im Krankenhausbereich Ausgabenbegrenzungen für die Jahre 2011 und 2012 vor. Darüber hinaus sollen dauerhafte Kürzungen der Vergütung von Krankenhausleistungen eingeführt werden. Die konjunkturbedingten Einnahmeausfälle in der GKV werden jedoch nur für das Jahr 2011 erwartet. Zudem zeichnet sich eine rasche Erholung der wirtschaftlichen Situation ab. Namhafte Institutionen wie die Europäische Zentralbank, die Bundesanstalt für Arbeit, das Bundeswirtschaftsministerium und Wirtschaftsinstitute wie das IFO-Institut haben ihre Konjunkturprognosen inzwischen deutlich erhöht. Die Deutsche Bundesbank erwartet nach einem Rekordanstieg von 2,2% im 2. Quartal 2010 ein Wachstum des Bruttoinlandsprodukts für 2010 in Höhe von rd. 3%. Der Internationale Währungsfonds (IWF) verbessert seine Schätzung für den Zuwachs der Wirtschaftsleistung in Deutschland um 1,9 Prozentpunkte nach oben auf 3,3 % in 2010. Für 2011 rechnet der IWF mit einem Wachstum von 2,0% und verändert seine Prognose damit ebenfalls nach oben und zwar um 0,4 Prozentpunkte. Die Bundesregierung teilt nach eigenen Angaben im Wesentlichen die Erwartungen des IWF.

In der Folge hat der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung seine jüngste Prognose für das Jahr 2010 deutlich korrigieren müssen. Für 2010 wird nun ein Überschuss erwartet. Neben der deutlich positiven Einnahmenentwicklung trägt eine moderate Ausgabenentwicklung der GKV zu diesem Ergebnis bei. In Anbetracht der positiven Finanzentwicklung ist eine verschärfte Kostendämpfung vor allem über das Jahr 2011 hinaus nicht zu begründen. Die Krankenhäuser sind anerkanntermaßen der höchst belastete und am meisten durchrationalisierte Bereich im Gesundheitswesen. Die Fortsetzung der Kürzungen im Jahr 2012 ist für die Krankenhäuser besonders vor dem Hintergrund der zu erwartenden und auch von der Regierung befürworteten Tariflohnsteigerungen höchst problematisch. Tariflohnsteigerungen von 3% und mehr können mit einer gekürzten Veränderungsrate nicht akzeptabel finanziert werden. Die Krankenhäuser würden vorhersehbar in eine Unterfinanzierung geraten, die gegen die gesetzliche Vorgabe in § 1 KHG zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser verstoßen würde. Eine gekürzte Veränderungsrate würde die 1 Million Beschäftigten in den Krankenhäusern von der allgemeinen Lohnentwicklung abkoppeln bzw. den Rationalisierungsdruck und damit die ohnehin angespannte Personalsituation in Krankenhäusern nochmals verschärfen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kürzungen bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen sind in dieser Form nicht tragbar. Zum einen soll der mit dem KHRG beschlossene Einstieg in einen Kostenorientierungswert als Grundlage für die Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten für zwei Jahre ausgesetzt werden, zum anderen soll die ohnehin viel zu niedrige grundlohngebundene Veränderungsrate für die Jahre 2011 und 2012 noch halbiert werden. Insgesamt sollen mit der Halbierung der Veränderungsrate Einsparungen in Höhe von 150 Mio. Euro in 2011 und 300 Mio. Euro in 2012 realisiert werden. Aufgrund der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung im ersten Halbjahr dieses Jahres ist die für Krankenhäuser maßgebliche Veränderungsrate für 2011 höher ausgefallen als ursprünglich angenommen. Die gewählte Systematik der Halbierung würde demnach sogar noch zu einer Erhöhung des Sparbeitrags der Krankenhäuser führen. Vor dem Hintergrund einer deutlich verbessert eingeschätzten Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen ist die Kürzung der Veränderungsrate deshalb stringent auf das im Gesetzesentwurf veranschlagte Sparvolumen von 150 Mio. Euro in 2011 zu begrenzen. Selbst bei einer um den Gegenwert von 150 Mio. Euro (0,25%) reduzierten Veränderungsrate von 0,9% stehen den 2.080 Krankenhäusern in Deutschland im nächsten Jahr insgesamt nur 540 Mio. Euro als Preiskomponente zur Deckung der unabweisbaren Kostensteigerungen – insbesondere Personalkostenzuwächse – von 1,5 Mrd. Euro zur Verfügung. Um den Druck für weiteren Personalabbau zu mindern, muss daher zusätzlich ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden.

Der GKV-Schätzerkreis geht derzeit von einer Erhöhung der Grundlohnsumme der Krankenkassen im Jahr 2010 von 1,8% und 1,2% im Jahr 2011 aus. Dies würde zu einer Veränderungsrate gem. § 71 SGB V im Jahr 2012 von ca. 1,5% führen. Eine Halbierung dieser Rate für das Jahr 2012 würde den Kliniken Finanzmittel in Höhe von 450 Mio. Euro entziehen, statt der im Gesetzentwurf veranschlagten 300 Mio. Euro. Die in den letzten Jahren durch das Pflegeförderprogramm und die in der psychiatrischen Versorgung erreichten Verbesserungen der Personalsituation werden durch den damit verursachten enormen Kostendruck auf die Krankenhäuser zunichte

gemacht. In Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen muss die einnahmenorientierte Grundlohnratensbudgetierung spätestens ab dem Jahr 2012 beendet und die Entwicklung der für die Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Finanzmittel an den Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhaus angebunden werden.

Zusätzlich zur Kürzung der Veränderungsrate wird der Kostendruck auf die Krankenhäuser durch die vorgesehene dauerhafte Kürzung der Vergütung von zusätzlichen Krankenhausleistungen verstärkt. Die Vergütung der zusätzlichen, von Krankenhaus und Krankenkassen vor Ort vereinbarten Leistungen, soll um einen Mehrleistungsabschlag in Höhe von 30% im Jahr 2011 gekürzt werden. Die Höhe des Abschlags stellt angesichts der durch die Absenkung der Veränderungsrate bereits abgeschöpften Mittel eine enorme Belastung für die Krankenhäuser dar.

Ab dem Jahr 2012 soll die Höhe des Mehrleistungsabschlages von den Vertragspartnern auf der Ortsebene krankenhausesindividuell verhandelt werden. Mit dieser unbefristeten Abschlagsregelung sollen den Krankenhäusern durch das GKV-FinG als einzigem Versorgungsbereich über das Jahr 2012 hinaus Finanzmittel entzogen werden. Zudem wird mit der Einführung von Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen ein wesentliches Grundprinzip des DRG-Systems – „gleicher Preis für gleiche Leistung“ – durchbrochen, das maßgeblich für die Akzeptanz des Fallpauschalensystems ist. Dieses Grundprinzip sollte nicht durch die Hintertür eines Kostendämpfungsgesetzes in Frage gestellt werden. Weiterentwicklungen der Systematik der Krankenhausfinanzierung müssen im Rahmen einer sorgfältig durchdachten Strukturreform erfolgen, mit der auch die Fragen der Verteilung der Morbiditätslasten, die Überführung von Innovationen in die Regelfinanzierung und die Überwindung der Barrieren für ambulante Krankenhausleistungen beantwortet werden müssen. Die DKG ist bereit, an der Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens konstruktiv mitzuwirken. Sofern an der Kostendämpfung mittels Abschlägen für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene auch für das Jahr 2012 festgehalten werden soll, sollte zumindest die fiskalisch gewollte Höhe des Abschlags vom Gesetzgeber vorgegeben werden, anstatt die Prinzipien des Vergütungssystems durch krankenhausesindividuelle Abschlagsverhandlungen zu unterlaufen.

Grundsätzlich, aber erst recht bei einer unbefristeten Geltung von Mehrleistungsabschlägen auf der Ortsebene, muss auch das bisherige Verfahren zur Berücksichtigung von Mehrleistungen auf der Landesebene angepasst werden. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes wirken zusätzliche Leistungen bisher immer preisabsenkend. Ein Vergütungsabschlag auf der Ortsebene in Höhe von 30% führt in Kombination mit der absenkenden Wirkung auf den Landesbasisfallwert in einer Größenordnung von rd. 40% zu einer Refinanzierung von Mehrleistungen in Höhe von lediglich rd. 30%. Diese nahezu vollständige Verlagerung der Morbiditätslast auf die Krankenhäuser wäre nicht akzeptabel. Erfreulicherweise ist der Begründung zum Gesetzentwurf zu entnehmen, dass keine doppelte Vergütungsminderung erfolgen soll. Bedauerlicherweise ist die technische Umsetzung dieser zwingenden Voraussetzung für die Einführung von Abschlägen im Gesetzestext jedoch nicht eindeutig, so dass diese wichtige Frage letztendlich unbeantwortet bleibt.

Die DKG fordert das Parlament mit Nachdruck auf

- das Sparvolumen aus der Grundlohnratenbegrenzung in 2011 auf 150 Mio. Euro zu begrenzen und einen Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen.
- die maximale Erhöhung des Landesbasisfallwerts spätestens ab dem Jahr 2012 durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen und eine ausreichende Finanzierung der zu erwartenden Tarifsteigerungen vorzusehen.
- die Vermeidung einer doppelten Vergütungsminderung durch Abschläge auf der Ortsebene und gleichzeitig absenkender Wirkung auf den Landesbasisfallwert bereits ab dem Jahr 2011 auch im Gesetzestext unmissverständlich klarzustellen.
- den Abschlag für Mehrleistungen auf 20% zu reduzieren und sofern über das Jahr 2011 hinaus Abschläge für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene vorgesehen werden, die Höhe des Abschlags gesetzlich vorzugeben.
- weitere zwingend erforderliche Ausnahmen von der Anwendung des Mehrleistungsabschlags vorzusehen. Dies gilt insbesondere für krankenhauplanerische Maßnahmen wie den Aufbau neuer Kapazitäten oder Verlagerungen von Leistungen aus dem Reha- in den akutstationären Bereich.
- klarzustellen, dass reine Leistungsverlagerungen insbesondere vom Reha- in den akutstationären Bereich nicht absenkend beim Landesbasisfallwert berücksichtigt werden dürfen.
- die Anwendung des Mehrleistungsabschlags auf GKV-Versicherte zu beschränken.

Die DKG sieht die Gefahr, dass mit dem Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Finanzierung der Spezialambulanzen von Kinderkliniken Defizite der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenhäuser kompensiert werden sollen. Die DKG schlägt alternativ vor, die Finanzierung von Kinderambulanzen auf einer langfristig zuverlässigen Rechtsgrundlage sicherzustellen.

In einem weiteren Änderungsantrag der Regierungskoalition soll die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers im Rahmen des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen um verschiedene Angaben ergänzt werden. Angesichts der zu beobachtenden Schwierigkeiten bei der Vereinbarung des Zuschlags zur Umsetzung des Pflegepersonalstellen-Förderprogramms mit Krankenkassen sollte das Nachweisverfahren nicht unnötig erschwert werden. Maßnahmen, die eine Vereinbarung der Zuschläge erleichtern, wären zielführender.

Vorläufige Stellungnahme der DKG vom 15. Oktober 2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)



Nähere Erläuterungen zu den Einzelregelungen sowie Hinweise auf technische Unstimmigkeiten des Gesetzentwurfs sowie den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP finden sich im besonderen Teil dieser Stellungnahme.

II. Besonderer Teil

A) Zu Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

1. Zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe a - § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG
Einbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget

Beabsichtigte Neuregelung

Neben den Abschlägen bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung soll auch die Summe der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget einbezogen werden und dieses entsprechend mindern.

Stellungnahme

Die Mehrleistungsabschläge sollen – entgegen der Systematik im Jahr 2009 – in die Berechnung des Erlösbudgets einbezogen werden. Begründet wird die Einbeziehung damit, dass ansonsten sachlich nicht gerechtfertigte Mindererlöse nach § 4 Abs. 3 entstehen würden, wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt. Diese Schlussfolgerung ist nicht richtig. Wenn das prospektiv vereinbarte Leistungsvolumen mit dem tatsächlich erbrachten Leistungsvolumen übereinstimmt, würden bei Nichteinbeziehung in das Erlösbudget nach derzeitiger Gesetzeslage gerade keine ungerechtfertigten Mindererlöse entstehen, da die Abschläge weder beim vereinbarten Erlösbudget noch bei den tatsächlich entstehenden Ist-Erlösen berücksichtigt werden.

Eine Einbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget würde dagegen zu zusätzlichen Problemen in Verbindung mit den Erlösausgleichen nach § 4 Abs. 3 KHEntgG führen und steht zudem im Widerspruch zu § 4 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG. Bereits heute bestehen Probleme bei der Ermittlung der Erlösausgleiche, wenn Abschläge wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung zur Anwendung gelangen, die gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ebenfalls in das Erlösbudget einzubeziehen sind. Auf die Problematik an dieser Stelle hatte die DKG bereits im Rahmen ihrer Stellungnahme zum KHRG hingewiesen. Dazu nachfolgend einige Erläuterungen:

Nach § 4 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG werden Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen, wenn die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 (bewertete DRG-Fallpauschalen und bewertete bundeseinheitliche Zusatzentgelte) und § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a (krankenhausindividuelle Entgelte und Zusatzentgelte für spezialisierte Leistungen) von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag (Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) abweichen. Der Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vermindert jedoch ausschließlich den (vereinbarten) Gesamtbetrag, nicht aber die einzelnen genannten abzurechnen-

den Entgelte. Bei wortgetreuer Auslegung müsste somit im Rahmen der vereinbarten Erlöse des Krankenhauses der Abschlag berücksichtigt werden, im Rahmen der Ist-Erlöse dagegen nicht. Ein solches Vorgehen wäre jedoch nicht sachgerecht, da die in der Vereinbarung und im Ist (tatsächliche Erlöse) zu berücksichtigenden Entgeltformen für Zwecke des Erlösausgleichs übereinstimmen müssen.

Zur Behebung dieser Problematik ist es notwendig, sowohl den Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung als auch den vorgesehenen Mehrleistungsabschlag nicht in die Ermittlung des Erlösbudgets einzubeziehen.

Die derzeitige Einbeziehung des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung kann nur mit der Übernahme aus dem in der Konvergenzphase bis 2008 geltenden B2-Formular erklärt werden. Damals minderten die Abschläge wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung jedoch neben dem Erlösbudget auch den krankenhausindividuellen Basisfallwert. Eine gesonderte Abrechnung des Abschlags erfolgte bis zum Jahr 2008 nicht. Insofern hätte bereits mit dem KHRG aufgrund der erstmaligen gesonderten Abrechnung auch dieser Abschlag nicht mehr in das Erlösbudget einbezogen werden dürfen. Schließlich werden auch alle anderen Zu- und Abschläge nicht in das Erlösbudget einbezogen. Es ergibt keinen Sinn, für den Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und den Mehrleistungsabschlag eine Ausnahme vorzusehen.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG ist zu streichen.

2. Zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe b - § 4 Abs. 2a KHEntgG
Einführung eines Mehrleistungsabschlags ab dem Jahr 2011

Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist.

Stellungnahme

Mit Blick auf die bereits auf Landesebene stattfindende absenkende Berücksichtigung von Leistungssteigerungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG ist die Einführung eines zusätzlichen Mehrleistungsabschlags auf Ortsebene kaum zu rechtfertigen.

Grundsätzlich, aber erst recht bei einer unbefristeten Geltung von Mehrleistungsabschlägen auf der Ortsebene, muss auch das bisherige Verfahren zur Berücksichtigung von Mehrleistungen auf der Landesebene angepasst werden, um eine doppelte Vergütungsminderung auszuschließen. Erfreulicherweise ist der Be-

gründung zum Gesetzentwurf zu entnehmen, dass keine doppelte Vergütungsminderung erfolgen soll. Bedauerlicherweise ist die technische Umsetzung dieser zwingenden Voraussetzung für die Einführung von Abschlägen im Gesetzestext jedoch nicht eindeutig umgesetzt, so dass diese entscheidende Frage letztendlich unbeantwortet bleibt. Um der Intention des Gesetzgebers, wonach keine doppelte Vergütungsminderung für zusätzlich erbrachte Leistungen erfolgen soll, nachzukommen, ist es erforderlich, die im Rahmen dieser Stellungnahme geforderten Anpassungen zu § 4 Abs. 2 Satz 3 (Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe a) sowie § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG (Artikel 8 Nr. 2) entsprechend umzusetzen.

Dies sind

- die Nichteinbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget und
- die korrekte Nennung und Auflistung der verschiedenen Zu- und Abschläge für allgemeine Krankenhausleistungen.

Nur bei Umsetzung dieser Vorschläge ist sichergestellt, dass die doppelte Vergütungsminderung auch tatsächlich unterbleibt.

Die veranschlagte Höhe des Mehrleistungsabschlags von 30% ist willkürlich gewählt. Unter Anerkennung der Schiedsstellenentscheidungen im Jahr 2009 zum damaligen Abschlag für Mehrleistungen, wo sich im Durchschnitt deutlich niedrigere Werte herausgebildet haben sowie der durch die extrem niedrige Veränderungsrate bereits abgeschöpften Mittel, wäre allenfalls noch ein Mehrleistungsabschlag in Höhe von 20% befristet für das Jahr 2011 akzeptabel.

Die Einführung eines Mehrleistungsabschlags wird unter anderem mit der betriebswirtschaftlichen Kostenbetrachtung (Trennung nach variablen und fixen Kosten) begründet. Die gleichen Argumente wurden bei der Berücksichtigung von Leistungssteigerungen in der Konvergenzphase angeführt. Hierbei sah das Gesetz daher neben Abschlagsquoten bei zusätzlich vereinbarten Leistungen auch Zuschlagsquoten bei dem Wegfall von vereinbarten Leistungen gemäß § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG a. F. vor. Schließlich bleiben auch bei einem Wegfall von Leistungen bestimmte Fixkosten bestehen, die einer Refinanzierung bedürfen. Vor diesem Hintergrund ist in Analogie zu den bis zum Jahr 2008 geltenden Vorschriften auch ein Minderleistungszuschlag einzuführen.

Nachfolgend wird auf verschiedene Detailprobleme, die mit der Einführung des Mehrleistungsabschlags in der vorgesehenen Fassung entstehen würden, eingegangen.

Betroffene Entgelte und Feststellung der Leistungsveränderung

Der vorgesehene Mehrleistungsabschlag soll bei zusätzlich im Erlösbudget vereinbarten Leistungen Anwendung finden. Damit wären Mehrleistungen im Bereich der DRG-Fallpauschalen (Anlage 1 FPV) und der bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelte (Anlage 2 FPV) betroffen. Die Umsetzung soll dagegen durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leis-

tungen des Krankenhauses erfolgen. Es wäre sinnvoll, die Zusatzentgelte als ergänzende Vergütungselemente von der Abschlagsregelung explizit auszunehmen, zumal der Sachkostenanteil in aller Regel sehr hoch ist. Bei Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte liegt der Sachkostenanteil ohnehin regelmäßig bei 100%. Für einen Ausschluss spricht aber insbesondere, dass Leistungssteigerungen bei Zusatzentgelten bereits gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden, so dass auch für Zusatzentgelte ein doppelter Abzug stattfinden kann.

Krankenhausindividuelle Regelung ab 2012

Aus Sicht der DKG ist die im Gesetzentwurf angelegte unbefristete Anwendung des Mehrleistungsabschlags über das Jahr 2011 hinaus nicht akzeptabel. An Stelle einer pauschalen Lösung sieht der Gesetzentwurf ab 2012 zudem eine krankenhaushausindividuelle Vereinbarung der Abschlagshöhe vor. Dies dürfte zu zusätzlichen Konflikten im Rahmen der Budgetverhandlungen führen, wie sie aus dem Vereinbarungszeitraum 2009 bekannt sind. Das Gesetz sieht in diesem Zusammenhang Einsparungen in Höhe von rd. 0,27 Mrd. Euro für das Jahr 2012 vor. Im Ergebnis würde das – bei angenommener unveränderter Leistungssteigerung – auf einen im Durchschnitt niedrigeren Abschlagssatz hinauslaufen, weil für das Jahr 2011 Einsparungen in Höhe von rd. 0,35 Mrd. Euro prognostiziert werden. Mit Blick auf eine Befriedung der Budgetverhandlungen ist ein mit 20% gesetzlich vorgegebener Abschlagssatz für das Jahr 2012 einer konfliktbehafteten krankenhaushausindividuellen Vereinbarung vorzuziehen.

Ausnahmeregelungen

Als einzige Ausnahmeregelung, in denen der Mehrleistungsabschlag nicht zur Anwendung gelangt, sieht der Gesetzentwurf zusätzlich vereinbarte Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln vor. Damit fällt der Gesetzentwurf hinter die bereits in der Konvergenzphase geltenden Ausnahmeregelungen zur Berücksichtigung von Leistungssteigerungen zurück. Neben der abweichenden Berücksichtigung von Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil wurde beispielhaft auch die Eröffnung einer größeren organisatorischen Einheit genannt. Eine entsprechende Ausnahmeregelung ist zwingend noch aufzunehmen. Es darf nicht sein, dass im Falle des Aufbaus neuer Leistungsbereiche oder neuer Fachgebiete (insbesondere im Rahmen der Krankenhausplanung durch Feststellungsbescheid) ein Mehrleistungsabschlag zum Tragen käme. Beim Aufbau neuer Kapazitäten bedarf es einer vollständigen Finanzierung der hiermit verbundenen zusätzlich entstehenden Kosten. Ein Abschlag wäre daher nicht gerechtfertigt.

Eine analoge Ausnahmeregelung müsste auch für die Berücksichtigung von Leistungssteigerungen nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG geschaffen werden, z. B. für Konstellationen, wenn aufgrund der Krankenhausplanung Umwidmungen von Leistungsbereichen zum Beispiel aus der Rehabilitationsmedizin in den akutstationären Bereich stattfinden. Es darf nicht sein, dass bei einer reinen Verlage-

zung von Leistungen zwischen Sektoren eine Absenkung des Landesbasisfallwerts erfolgt.

Auch wäre eine Klarstellung angezeigt, wonach die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen bei der Ermittlung des Mehrleistungsabschlags nicht zu berücksichtigen ist, zumal es sich hierbei um keine Leistungssteigerung im eigentlichen Sinne handelt.

Darüber hinaus ist ein Abschlag auch dann nicht gerechtfertigt, wenn Mehrleistungen nur deshalb in das Erlösbudget einbezogen werden, weil diese erstmals als DRG-Fallpauschale bewertet werden konnten. Beispielhaft sei hier auf die Querschnittlähmung verwiesen. Für die in der FPV 2010 noch nicht bewertete DRG B61Z *Akute und Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* findet mit der FPV 2011 ein Split in die bewertete DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* und die weiterhin unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* statt. Die im Jahr 2011 für die DRG B61A vereinbarten Fälle stellen keine Mehrleistung dar. Gleiches gilt dann, wenn bisherige besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG in das DRG-Vergütungssystem eingegliedert werden. Auch hier liegt keine Leistungssteigerung vor.

Die Anwendung des Mehrleistungsabschlags ist neben den bereits genannten Tatbeständen in zahlreichen weiteren Fällen nicht sachgerecht. Aus gutem Grund hat der Gesetzgeber bereits bei den Erlösausgleichsregelungen nach § 4 Abs. 3 KHEntgG abweichende Ausgleichsregelungen für Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten und für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung vorgesehen. Dementsprechend müssen diese auch vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen werden. Es ist nicht ersichtlich, warum die sachlich begründbaren Ausnahmeregelungen bei den Erlösausgleichen nicht auch beim Mehrleistungsabschlag Anwendung finden sollten.

Auch bei innovativen Leistungsangeboten (z. B. Schlüssellochchirurgie) oder morbiditätsbedingten Leistungssteigerungen ist ein Mehrleistungsabschlag kaum zu rechtfertigen. Gleiches gilt für die Versorgung von Frühgeborenen. Wenn nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Verbesserung der Versorgungsqualität die Behandlung extremer Frühgeborener in Zentren konzentriert werden soll, dürfen diese Zentren nicht noch über Mehrleistungsabschläge für zusätzliche Leistungen bestraft werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Regelung aufzunehmen, wonach die Vertragsparteien in sachlich begründeten Fällen weitere Ausnahmereiche für den Mehrleistungsabschlag und Minderleistungszuschlag vorsehen können.

Ausgestaltung

Auch wenn nähere Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags durch die Vertragsparteien erfolgen sollen, sollten bestimmte Vorgaben bereits im Gesetz getroffen werden. Dazu gehört insbesondere eine Regelung für den Normalfall eines nicht prospektiven Budgetabschlusses. Hier wäre eine Klarstellung angebracht, nach der ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren ist, wenn die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen wird (analog § 5 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG). Auch sollte bereits die Ausgleichsfähigkeit des Abschlags aus dem Gesetz hervorgehen. Durch klare und eindeutige Vorgaben innerhalb des Gesetzestextes könnte das Konfliktpotenzial auf Ortsebene minimiert werden.

Finanzierung der Mehrleistungen

Im Gesetzentwurf wird davon ausgegangen, dass bei einem Mehrleistungsabschlag von 30% eine Finanzierung der zusätzlich vereinbarten Leistungen zu 70% erfolgt. Diese Annahme wäre nur dann richtig, wenn auf Landesebene keine Leistungssteigerungen auftreten und eine absenkende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG nicht erfolgt. Davon ist für das Jahr 2011 in keinem Land auszugehen. Diese Annahme ist daher nicht haltbar und muss gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Wenn schon keine Aufhebung der Vorschrift erfolgt, ist entsprechend dem bestehenden Anpassungs- und Klarstellungsbedarf § 4 Abs. 2a KHEntgG wie folgt zu fassen:

„(2a) Für das Jahr 2011 ist für Leistungsveränderungen bei DRG-Fallpauschalen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr entstanden sind, ein Vergütungsabschlag in Höhe von 20% bei Mehrleistungen (Mehrleistungsabschlag) und ein Vergütungszuschlag in Höhe von 20% bei Minderleistungen (Minderleistungszuschlag) zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 findet keine Anwendung für zusätzlich vereinbarte Leistungen

1. mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
2. im Zusammenhang mit der Schaffung neuer Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen,
3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden und
4. die mit Fallpauschalen vergütet werden, für die gemäß Abs. 3 Sätze 4 und 5 besondere Ausgleichsregelungen gelten.

Der Minderleistungszuschlag nach Satz 1 findet keine Anwendung für weniger vereinbarte Leistungen

1. mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
2. im Zusammenhang mit dem Abbau von Kapazitäten, insbesondere wenn diese in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung oder dem Investitionsprogramm des Landes erfolgen und
3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte innerhalb des Erlösbudgets vereinbart wurden, die im Jahr 2011 über krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 vergütet werden.

Darüber hinaus können die Vertragsparteien in sachlich begründeten Fällen weitere Ausnahmereiche für den Mehrleistungsabschlag und Minderleistungszuschlag vorsehen. Der Mehrleistungsabschlag oder Minderleistungszuschlag ist durch einen einheitlichen prozentualen Ab- oder Zuschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren. Weitere Einzelheiten zur Umsetzung, insbesondere zur Ausgleichsfähigkeit des Mehrleistungsabschlags oder Minderleistungszuschlags, können durch die Vertragsparteien vereinbart werden. Der Mehrleistungsabschlag und der Minderleistungszuschlag sind gesondert in der Rechnung auszuweisen. Die Umwandlung von Beleg- in Hauptabteilungen stellt keine Leistungsveränderung im Sinne des Satzes 1 dar.“

3. Zu Artikel 8 Nr. 2 - § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG
Ergänzung der Auflistung der Zu- und Abschläge um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ergänzt.

Stellungnahme

Der Gesetzentwurf sieht eine kompensierende Berücksichtigung der Mehrleistungsabschläge über § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG vor. Dazu werden die in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG aufgeführten sonstigen Zu- und Abschläge um die Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ergänzt. Die Vorschrift des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG ist jedoch seit Inkrafttreten des KHRG infolge der fehlerhaften Klammersetzung bei den sonstigen Zu- und Abschlägen nicht mehr korrekt. Entsprechend der vor Inkrafttreten des KHRG geltenden Gesetzesfassung sind unter den sonstigen Zu- und Abschlägen nur die Zu- und Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG zu verstehen. Nur diese waren bisher auch bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts relevant. Mit dem KHRG wurden jedoch noch der Zuschlag für Kappungskrankenhäuser nach § 4 Abs. 9, der Zu-

oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 und der Zu- oder Abschlag nach § 12 Satz 3 den sonstigen Zu- und Abschlägen zugeordnet. Eine erhöhende Berücksichtigung des Mehrleistungsabschlags nach § 4 Abs. 2a KHEntgG sollte daher direkt über § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG klargestellt werden und nicht über § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG. Mit der bloßen Einfügung des § 4 Abs. 2a KHEntgG innerhalb des § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG erfolgt nicht die eigentlich notwendige Korrektur dieser Vorschrift. Dazu würde auch eine vollständige Aufzählung der Zu- und Abschläge, die den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen zuzuordnen sind, gehören. Es fehlen insbesondere der Zuschlag nach § 4 Abs. 10 KHEntgG (Pflegepersonalförderprogramm) sowie der Zu- oder Abschlag nach § 4 Abs. 7 KHEntgG (Konvergenz für besondere Einrichtungen).

Nur bei einer entsprechenden Korrektur der Vorschrift ist überhaupt gewährleistet, dass die vorgesehene Vermeidung der doppelten Vergütungsminderung in Form einer Anrechnung gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG auch erfolgt.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

„4. der Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 4 Abs. 2a) sowie Zu- oder Abschläge nach § 4 Abs. 7, § 4 Abs. 10, § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3,“

4. Zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa - § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG
Begrenzung des Abzugs der Erlössumme für Zuschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Der bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte vorzunehmende Abzug der Erlössumme der Zuschläge wird auf diejenigen Leistungen begrenzt, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden.

Stellungnahme

Mit der angestrebten Klarstellung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG soll erreicht werden, dass Abzüge für sonstige Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nummer 4 auf diejenigen Leistungen begrenzt werden, die bisher über den Landesbasisfallwert finanziert wurden. Beispielhaft werden in diesem Zusammenhang die bislang aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierten Leistungen in der Kinderonkologie auf Grund des G-BA-Beschlusses vom 16. Mai 2006 genannt. Die Änderung ist grundsätzlich zu begrüßen.

Damit eine absenkende Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert vollständig ausgeschlossen wird, muss ergänzend jedoch noch eine Anpassung des

§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG erfolgen. Hiernach sind Ausgabenentwicklungen bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, absenkend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen, wenn die Ausgabenentwicklung die Veränderungsrate (ab 2011 entsprechend Gesetzesentwurf die halbierte Veränderungsrate) überschreitet. Werden die Zuschläge an dieser Stelle einbezogen und damit absenkend berücksichtigt, läuft die Klarstellung gemäß Nr. 6 ins Leere. Daher ist gleichzeitig klarzustellen, dass die sonstigen Zuschläge nur nach den Bestimmungen der Nr. 6, nicht aber nach Nr. 5 zu berücksichtigen sind.

Änderungsvorschlag

Keine Änderung von § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG, jedoch Klarstellung zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG wie oben beschrieben.

5. Zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb - § 10 Abs. 3 neuer Satz 4 KHEntgG
Berücksichtigung der halbierten Veränderungsrate bei Ausgabenentwicklungen im Nicht-Fallpauschalen-Bereich

Beabsichtigte Neuregelung

Eine Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, soll in den Jahren 2011 und 2012 bereits dann mindernd bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden, wenn die Ausgabenentwicklung für diese Leistungen die jeweils maßgebliche halbierte Veränderungsrate überschreitet.

Stellungnahme

Infolge der Anwendung der halbierten Veränderungsrate wird die Regelung des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG noch stärker als bisher zu einem Absenkungsdruck auf die Landesbasisfallwerte führen. Dabei ist allein das Festhalten an dieser Vorschrift höchst problematisch, weil – analog zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG – die Gesamtheit der Krankenhäuser über die Absenkung des Landesbasisfallwerts belastet wird. Die DKG fordert daher mit Nachdruck, diese Regelung ersatzlos zu streichen.

Die Finanzierung von Krankenhausleistungen über andere Entgelte als den Fallpauschalen, insbesondere Zusatzentgelte, erfolgt bei den einzelnen Krankenhäusern in höchst unterschiedlichem Umfang. Dennoch wird mit dieser Vorschrift quasi eine Kollektivhaftung für alle Krankenhäuser vorgegeben. Hinzu kommt, dass mit Zusatzentgelten in aller Regel ohnehin nur die zusätzlich entstehenden variablen Kosten refinanziert werden und eine Absenkung des Landesbasisfallwerts daher nicht gerechtfertigt ist.

Auch eine Kollektivhaftung aller Krankenhäuser für die innovativen Leistungen im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG, die neu und damit zusätzlich in das Entgeltsystem aufgenommen werden, muss ausgeschlossen werden. Infolge der absenkenden Wirkung dieser Vorschrift auf den Landesbasisfallwert erfolgt die Finanzierung von Innovationen derzeit vielfach nicht durch die Kostenträger, sondern durch die Krankenhäuser selbst. Diese Anrechnung beim Landesbasisfallwert konterkariert die extrabudgetäre Finanzierung von NUB-Leistungen auf Ortsebene.

Nicht einbezogen dürfen auch die – aus gutem Grund – von dem DRG-Vergütungssystem ausgenommenen besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, für die mit dem KHRG ohnehin eine eigene Konvergenzphase bei erfolgter Eingliederung in das DRG-Vergütungssystem eingeführt wurde und für die gemäß § 6 Abs. 3 KHEntgG in Verbindung mit § 6 BPfIV unabhängig davon weiterhin der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt.

Darauf, dass die sonstigen Zuschläge bereits gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG zu berücksichtigen sind und daher nicht noch einmal nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG berücksichtigt werden dürfen, wurde zuvor bereits eingegangen (vgl. Ausführungen zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa - § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG).

Wenn schon keine Streichung dieser Vorschrift vorgenommen wird, ist hilfsweise allenfalls eine Regelung akzeptabel, die eine Begrenzung der Berücksichtigung von Ausgabenentwicklungen ausschließlich auf die krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ohne besondere Einrichtungen vornimmt und gleichfalls eine Finanzierung der variablen Kosten für diese Entgelte sicherstellt. Unabhängig davon ist die Halbierung der Veränderungsrate für Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, zu streichen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Darüber hinaus ist § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG zu streichen. Hilfsweise ist die Vorschrift zumindest wie folgt zu ändern:

„5. die Ausgabenentwicklung insgesamt im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten, wobei die anteiligen variablen Kosten nicht einzubeziehen sind; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungskosten, die Entgelte nach § 6 Abs. 2 sowie die Entgelte für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht einbezogen.“

6. Zu Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe b - § 10 Abs. 4 KHEntgG
Ermittlung der Obergrenze über die halbierte Veränderungsrate

Beabsichtigte Neuregelung

Die Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte für die Jahre 2011 und 2012 wird jeweils auf die halbierte Veränderungsrate festgelegt.

Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird nicht nur eine ohnehin viel zu niedrige Veränderungsrate nochmals halbiert, sondern auch die mit dem KHRG vorgesehene Abschaffung der Grundlohnratensbudgetierung ausgesetzt. Die Krankenhäuser nehmen enttäuscht zur Kenntnis, dass der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern nicht zur Umsetzung kommt. Mit der halbierten Veränderungsrate werden die Kostenlasten der Krankenhäuser – insbesondere Personalkostenzuwächse – nicht annähernd refinanziert. Um den Druck für weiteren Personalabbau zu mindern, sollte daher zumindest ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden sowie die maßgebliche Veränderungsrate 2011 in Höhe von 1,15 % nicht halbiert, sondern um maximal 0,25 % abgesenkt werden.

In Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen ist nicht nachvollziehbar, warum die einnahmenorientierte Grundlohnratensbudgetierung nicht zumindest ab dem Jahr 2012 wie vorgesehen beendet und die Entwicklung der für die Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Finanzmittel an den vollen Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhaus angebunden werden kann.

Änderungsvorschlag

Bei Beibehaltung der Veränderungsrate für das Jahr 2011 und insbesondere bei zusätzlicher Halbierung der Veränderungsrate ist ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen. Anstelle der vorgesehenen Halbierung der Veränderungsrate ist eine maximale Absenkung um 0,25 % auf dann 0,90 % als Beitrag der Krankenhäuser zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch vertretbar. Spätestens ab dem Jahr 2012 ist die Veränderungsrate durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen.

7. Zu Artikel 8 Nr. 4 – Anlage 1 KHEntgG
Änderung des Abschnitts B2

Beabsichtigte Neuregelung

Im Abschnitt B2 wird die Einbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget gemäß § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG nachvollzogen.

Stellungnahme

s. Ausführungen zu Artikel 8 Nr. 1 Buchstabe a - § 4 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG

Änderungsvorschlag

In Anlage 1 „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB)“ wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) Die laufende Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5 = Erlösbudget ²⁾“

b) Die laufende Nummer 6 wird gestrichen.

c) In Fußnote 2 werden die Wörter „sowie insbesondere des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ gestrichen.

B) Zu Artikel 10 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

1. Zu Artikel 10 Nrn. 1 und 2 - § 6 Abs. 1 und 2 BPfIV
Halbierung der Veränderungsrate

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Nr. 1 wird der Zuwachs des Gesamtbetrages für den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung für die Jahre 2011 und 2012 auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate begrenzt. Die Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze bleiben erhalten. Mit Nr. 2 wird geregelt, dass für die Jahre 2011 und 2012 auch für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen die halbierte Veränderungsrate heranzuziehen ist.

Stellungnahme

Die DKG hält es für zwingend erforderlich, dass die Ausnahmetatbestände zur Überschreitung der Obergrenze im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung wie vorgesehen erhalten bleiben. Allerdings ist die Durchsetzung von Ausnahmetatbeständen in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen selten unproblematisch, so dass die Halbierung der Veränderungsrate auch im Anwendungsbereich der BPfIV budgetwirksam werden wird. Auch die Absenkung der Veränderungsrate für die Ermittlung der Berichtigungsrate führt im Ergebnis dazu, dass der mögliche Budgetzuwachs geringer ausfällt als bei Ansatz der vollen Veränderungsrate, da die Tarifsteigerung, die über die Veränderungsrate hinausgeht, nur zu 50% angerechnet wird.

Die DKG fordert den Gesetzgeber auf, die verschärften Sparmaßnahmen zu Lasten der Krankenhäuser auch im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf das Jahr 2011 zu beschränken. Eine Ausweitung der Kostendämpfung auf das Jahr 2012 ist in Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen nicht begründet. Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung kommt erschwerend hinzu, dass die Budgetabschlüsse der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für das Jahr 2012 die Grundlage für die budgetneutrale Umstellung auf ein neues, pauschalierendes Entgeltsystem im Jahr 2013 bilden soll. Daher ist eine ausreichende Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und die vollständige Umsetzung der Psych-PV in den psychiatrischen Einrichtungen im Jahr 2012 eine zwingende Voraussetzung für die termingerechte Einführung des neuen Systems. Unbegründete Sparmaßnahmen im Jahr 2012 würden die bisher erreichten Fortschritte bezüglich der Personalsituation in der Psychiatrie entgegenwirken. Durch Kostendämpfungsmaßnahmen im Jahr 2012 würde letzten Endes die termingerechte Einführung des neuen, einheitlichen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik gefährdet.

Änderungsvorschlag

Anstelle der halbierten Veränderungsrate ist allenfalls eine Absenkung der Veränderungsrate 2011 um 0,25 % auf 0,90 % als Beitrag der Krankenhäuser zur Stabilisierung der Finanzsituation in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch vertretbar. Die Regelungen zur Ausweitung der Kostendämpfungsmaßnahmen auf das Jahr 2012 sind zu streichen.

C) Stellungnahme zu Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und FDP

1. Änderungsantrag 4: Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 SGB V)

Regelungsinhalte

Mit der Neufassung des § 120 Abs. 1a SGB V wird die bisher auf das Jahr 2009 befristete Bereinigung der Krankenhausbudgets bzw. des Landesbasisfallwerts um die Höhe der Summe der vereinbarten Pauschalen unbefristet vorgegeben. Zudem wird die Schiedsstellenfähigkeit der Vergütungsvereinbarungen über die Anpassung des § 120 Abs. 4 SGB V hergestellt.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist die angestrebte finanzielle Absicherung der pädiatrischen Spezialambulanzen aufgrund der hohen Bedeutung zu begrüßen. Die vorgesehene unbefristete Absenkung der Finanzmittel für die stationäre Krankenhausversorgung in Höhe der Summe der vereinbarten Pauschalen wird von der DKG jedoch als unbegründet strikt abgelehnt. Schon bei Aufnahme dieser Regelung mit dem KHRG war nicht nachvollziehbar, warum die defizitäre Vergütung von ambulanten Leistungen mit Finanzmitteln der stationären Versorgung ausgeglichen werden soll. Entsprechend der sektoralen Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen sah die Gesetzessystematik zu keinem Zeitpunkt eine Finanzierung von vertragsärztlichen Leistungen über die stationären Krankenhausbudgets vor.

Im Geltungsbereich des KHEntgG sieht die Regelung vor, dass die zusätzlichen Erlöse aus den ambulanten Pauschalen in voller Höhe bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts ausgabenmindernd zu berücksichtigen sind. Für die Beseitigung der Unterfinanzierung der ambulanten Leistungen werden für das Krankenhaussystem eben gerade nicht die hierfür erforderlichen Finanzmittel bereitgestellt. Es ist absurd, wenn der Ausgleich eines Defizits des ambulanten Vergütungssystems aufgrund unzulässiger Annahmen zu Lasten aller Krankenhäuser geht und somit die bereits bestehende Unterfinanzierung der stationären Krankenhausversorgung nochmals verschärft wird. Die Verantwortung für eine ausreichende Bewertung von vertragsärztlichen Leistungen liegt nach wie vor beim EBM-Bewertungsausschuss. Aus diesem Grunde waren auch die Zusatzpauschalen zur EBM-Vergütung nur als Übergangslösung zu verstehen. Die nun vorgesehene Entfristung des Abzugs der nach 2009 vereinbarten Zusatzpauschalen von den Landesbasisfallwerten entlässt letztendlich den EBM-Bewertungsausschuss aus seiner Verantwortung. Der unbefristete Entzug der Finanzmittel aus der stationären Versorgung ist auch deshalb besonders kritisch, da keinerlei Regelungen für eine Zurückführung der abgezogenen Mittel bei Reduktion oder Wegfall der Zusatzpauschalen getroffen werden. Nicht einmal eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts bei Wegfall vereinbarter Pauschalen ist vorgesehen. Zudem besteht die missbräuchliche Gefahr, dass nach Abzug der Mittel aus den Krankenhäusern die Zulassungen der Krankenhausärzte von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen ein-

geschränkt werden, so dass das ursprüngliche Finanzvolumen von den Spezialambulanzen nicht mehr realisiert werden kann. Auf diesem Wege würden die Finanzmittel dem Krankenhausbereich unwiederbringlich verloren gehen.

Eine akzeptable und tragfähige Lösung kann nur darin bestehen, die bestehende Unterfinanzierung im ambulanten Bereich durch angemessene Vergütungen nach dem EBM zu beseitigen. Alternativ könnte aus Sicht der DKG die Sicherstellung der Versorgung durch die Fachambulanzen nur durch eine vollständige Loslösung von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Abkehr von der unzureichenden Vergütung nach EBM verbessert werden.

Änderungsvorschlag

Für eine mittel- und langfristige Planungssicherheit der Fachambulanzen ist es neben der Finanzierungsfrage unabdingbar, dass eine dauerhafte und in ihrer Form uneingeschränkte Zulassung erfolgen muss. Aufgrund der Spezialisierung der Fachambulanzen auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Krankheitsgeschehen und der Vorhaltung einer spezialisierten Facharztschiene wird der Bedarf für eine Ermächtigung unabhängig von dem Leistungsangebot der niedergelassenen Ärzte als gegeben angesehen.

Die DKG schlägt daher vor, mit der folgenden Regelung einen neuen Tatbestand für die Zulassung von Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin in das SGB V aufzunehmen:

„§ 119c

Ambulante Behandlung in Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin

Zugelassene Krankenhäuser mit kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten fachärztlichen Behandlung von Versicherten, die auf Überweisung erfolgt, zu ermächtigen.“

Die Regelungen zur Vergütung der Leistungen dieser Fachambulanzen sollten in § 120 Abs. 2 SGB V integriert werden. Anstatt einer den EBM ergänzenden Vergütung sollte die Vergütung zur Vereinfachung der Verhandlungen und des Abrechnungsverfahrens vollumfänglich zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart werden. Dies hätte den Wegfall der EBM-Vergütung zur Folge. Außerdem wäre durch § 120 Absatz 2 Satz 3 SGB V sichergestellt, dass die vereinbarten Vergütungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Leistungsfähigkeit auch der Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin gewährleisten. Daher bestünde kein Bedarf mehr nach den in § 120 Abs. 1a SGB V vorgesehenen, die EBM-Vergütung ergänzenden Pauschalen. Ggf. müsste jedoch durch den Wegfall der EBM-Vergütung und der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen noch die Entlastung der Gesamtvergütungen geregelt werden.

§ 120 SGB V wird daher wie folgt geändert:

- a) *Absatz 1a wird gestrichen.*
- b) *In Absatz 2 Satz 1 und Satz 3 werden jeweils nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und der Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.*
- c) *In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Zentren“ ein Komma und die Wörter „der Fachambulanzen für Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.*

2. Änderungsantrag 8: Pflegepersonalstellen-Förderprogramm (§ 4 Absatz 10 Satz 11 KHEntgG)

Regelungsinhalte

Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers im Rahmen des Förderprogramms für Pflegepersonalstellen soll um die Daten zur Stellenbesetzung am 30.06.2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres ergänzt werden.

Stellungnahme

Die bisherige Regelung des § 4 Abs. 10 Satz 11 zum Förderprogramm für Pflegepersonalstellen sieht eine Bestätigung des Krankenhauses über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30.06.2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel durch den Jahresabschlussprüfer vor. Weitere Angaben sind zur Beurteilung der Wirkung des Förderprogramms nicht notwendig. Auch in der Gesetzesbegründung zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde betont, dass einzig ein Nachweis über die Inanspruchnahme der Mittel sowie der neu geschaffenen Pflegestellen zu erfolgen hat. Hierfür ist die Bestätigung der Stellendifferenz im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30.06.2008 als auch der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel durch den Jahresabschlussprüfer vollkommen ausreichend. Eine Aussage darüber inwieweit es insgesamt zu einer Erhöhung der Pflegestellen in Deutschland gekommen ist, kann zudem nur vom Statistischen Bundesamt getroffen werden, da hierfür die Daten aller Krankenhäuser notwendig sind. Mit der Ergänzung der geforderten Daten des Änderungsantrages wären somit weiterhin keine verbesserten Aussagen zur Erhöhung der Pflegestellen in Deutschland durch den GKV-Spitzenverband möglich.

In Anbetracht der Tatsache, dass zudem in einigen Bundesländern eine flächendeckende Verweigerungshaltung einiger Krankenkassen zur Vereinbarung des Zuschlags zur Umsetzung des Pflegepersonalstellen-Förderprogramms zu verzeichnen ist, sollte das Nachweisverfahren nicht unnötig erschwert werden. Maß-

nahmen, die eine Vereinbarung der Zuschläge erleichtern, wären daher zielführender. Intention des Gesetzgebers war es, durch das Pflegepersonalstellen-Förderprogramm zusätzliche Pflegekapazitäten zu finanzieren.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag zu § 4 Absatz 10 Satz 11 KHEntgG ist zu streichen.