



Berlin, den 6. September 2010

**Vorläufige Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)
zum
Referentenentwurf
eines
Gesetzes zur nachhaltigen und sozial
ausgewogenen Finanzierung der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)**

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 konjunkturunabhängiger 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 gravierende 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 Referentenentwurf 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 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 im 2. Quartal 2010 von 2,2% ein Wachstum des Bruttoinlandsprodukts für 2010 in Höhe von rd. 3%. Das Bundesversicherungsamt ging bereits im März 2010 bei einem günstigen Verlauf der wirtschaftlichen Entwicklung von einem Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von lediglich 6,4 Mrd. Euro aus. In Anbetracht dieser positiven Konjunkturentwicklung ist eine verschärfte Kostendämpfung über das Jahr 2011 hinaus nicht zu begründen. Die Krankenhäuser sind zudem anerkanntermaßen der höchst belastete und am meisten durchrationali-

sierte Bereich im Gesundheitswesen. Eine Verlängerung der Kostendämpfung „auf Vorrat“ ab dem Jahr 2012 ist für die Krankenhäuser vollkommen inakzeptabel.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Ausgabenbegrenzungen für Krankenhausleistungen sind in dieser Höhe von den Krankenhäusern nicht tragbar. Eine in Höhe von 0,5% erwartete Preiszuwachsrate (Grundlohnrate) soll per Gesetz auf 0,25% halbiert werden. Damit wird nicht nur eine ohnehin viel zu niedrige Grundlohnrate nochmals halbiert, sondern auch die mit dem KHRG vorgesehene Abschaffung der Grundlohnratebudgetierung ausgesetzt. Die Entwicklung der Finanzmittel für die Krankenhäuser wird vom Grundsatz her weiterhin an die Grundlohnrate gekoppelt. 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 Grundlohnrate stehen den 2.080 Krankenhäusern in Deutschland im nächsten Jahr insgesamt nur 150 Mio. Euro zur Deckung der unabweisbaren Kostensteigerungen – insbesondere Personalkostenzuwächse – von 1,5 Mrd. Euro zur Verfügung. Um den Druck für weiteren Personalabbau zu mindern, sollte zumindest ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden.

Zusätzlich sollen den Krankenhäusern durch die Halbierung der Grundlohnrate für das Jahr 2012 Finanzmittel in Höhe von 300 Millionen Euro entzogen werden. Die in den letzten Jahren durch das Pflegeförderprogramm und die in der psychiatrischen Versorgung erreichten Verbesserungen der Personalsituation werden durch den enormen Kostendruck auf die Krankenhäuser zunichte gemacht. In Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen ist nicht nachvollziehbar, warum die einnahmenorientierte Grundlohnratebudgetierung nicht zumindest ab dem Jahr 2012 wie vorgesehen abgeschafft und die Entwicklung der für die Krankenhäuser zur Verfügung stehenden Finanzmittel an den vollen Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhaus angebunden werden kann.

Zusätzlich zur Halbierung der Grundlohnrate wird der Kostendruck auf die Krankenhäuser nochmals 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 ist angesichts der durch die extrem niedrige Veränderungsrate bereits abgeschöpften Mittel für die Krankenhäuser nicht akzeptabel. Die Höhe des Abschlags für 2011 sollte auf 20% reduziert und die Regelung um begründete Ausnahmen ergänzt werden.

Ab dem Jahr 2012 soll die Höhe des Abschlags von den Vertragspartnern auf der Ortsebene krankenhausesindividuell verhandelt werden. Mit dieser unbefristeten Abschlagsregelung werden den Krankenhäusern durch das GKV-FinG als einzigem Versorgungsbereich über das Jahr 2012 hinaus Finanzmittel entzogen. Zudem wird mit der Einführung von Preisverhandlungen für zusätzliche Leistungen ein wesentliches Grundprinzip des DRG-Systems – „gleicher Preis für gleiche Leistung“ – durch-

brochen, das maßgeblich für die Akzeptanz des Fallpauschalensystems ist. Dieses Grundprinzip sollte daher nicht leichtfertig durch die Hintertür eines als Erstmaßnahme zu verstehenden Kostendämpfungsgesetzes für das Jahr 2011 in Frage gestellt werden. Eingriffe in die grundsätzliche Systematik der Krankenhausfinanzierung sollten im Rahmen einer sorgfältig durchdachten Strukturreform erfolgen, mit der dann 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 gerne bereit, entsprechende Vorhaben für das Jahr 2012 konstruktiv zu unterstützen und konkrete Vorschläge zu unterbreiten. Sofern entgegen der Forderung der DKG mit diesem Kostendämpfungsgesetz auch über das Jahr 2011 hinaus Abschläge für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene umgesetzt werden, sollte zumindest die fiskalisch gewollte Höhe des Abschlags vom Gesetzgeber vorgegeben werden, anstatt die Prinzipien des Vergütungssystems durch krankenhausesindividuelle Preisverhandlungen 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, da mit der Regelung nur die variablen Kosten im System refinanziert werden. Ein Vergütungsabschlag auf der Ortsebene in Höhe von 30% bei einer gleichzeitigen absenkenden Wirkung auf den Landesbasisfallwert in einer Größenordnung von rd. 40% führt insgesamt zu einer Refinanzierung von Mehrleistungen im System in Höhe von lediglich rd. 30%. Diese nahezu vollständige Verlagerung der Morbiditätslast auf die Krankenhäuser wäre vollkommen inakzeptabel. Erfreulicherweise ist der Begründung zum Referentenentwurf 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 entscheidende Frage letztendlich unbeantwortet bleibt.

Die DKG fordert die Bundesregierung mit Nachdruck auf

- die Sparmaßnahmen zu Lasten der Krankenhäuser auf das Jahr 2011 zu beschränken. Eine Ausweitung auf das Jahr 2012 und sogar unbefristete Vergütungsabschläge sind in Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen nicht begründet. Unbegründete Sparmaßnahmen im Jahr 2012 würden zudem die bisher erreichten Fortschritte bezüglich der Personalsituation über das Pflegeförderprogramm und der Umsetzung der Psych-PV in der Psychiatrie zunichte machen und die budgetneutrale Einführung eines neuen Vergütungssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik gefährden.
- die maximale Erhöhung des Landesbasisfallwertes nicht länger an die durch die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen bestimmte Veränderungsrate zu knüpfen, sondern spätestens ab dem Jahr 2012 durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen,

- bei Fortsetzung der Grundlohnsummenbindung, insbesondere mit zusätzlicher Halbierung der Grundlohnrate, bereits für 2011 einen Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen aufzunehmen,
- 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 und nicht die Morbiditätslast fast vollständig auf die Krankenhäuser abzuwälzen,
- den Abschlag für Mehrleistungen im Jahr 2011 auf 20% zu reduzieren und – sofern entgegen der Forderung der DKG über das Jahr 2011 hinaus Abschläge für zusätzliche Leistungen auf der Ortsebene eingeführt werden sollen – auch die Höhe des Abschlags ab dem Jahr 2012 ordnungspolitisch vorzugeben.

Nähere Erläuterungen zu den Kritikpunkten und Vorschlägen der DKG sowie Hinweise auf technische Unstimmigkeiten des Referentenentwurfs finden sich im besonderen Teil dieser Stellungnahme.

II. Besonderer Teil

A) Zu Artikel 5 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

1. Zu Artikel 5 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 5 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 Begründung zum Referentenentwurf zu entnehmen, dass keine doppelte Vergütungsminderung erfolgen soll. Bedauerlicherweise ist die technische Umsetzung dieser zwingenden Voraussetzung für die Einführung von Abschlägen im Gesetztext 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 und § 4 Abs. 2a Satz 7 KHEntgG (Artikel 5 Nr. 1 Buchstabe a) und b) sowie § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG (Artikel 5 Nr. 2) entsprechend umzusetzen.

Dies sind

- die Nichteinbeziehung der Mehrleistungsabschläge in das Erlösbudget,
- die Aufhebung der Vorschrift zur Nichtberücksichtigung der Mehrleistungsabschläge beim Landesbasisfallwert und
- die korrekte Nennung und Auflistung der verschiedenen Zu- und Abschläge für allgemeine Krankenhausleistungen.

Nur bei Umsetzung aller drei 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, bei denen 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 Leistungen 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 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. Leistungsveränderungen sollten sich wie in der Konvergenzphase zur Vereinfachung der Verhandlungen an einer Veränderung der effektiven Bewertungsrelationen unter Berücksichtigung des Katalogeffekts festmachen lassen. Dabei dürfen Fallpauschalen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln nicht einbezogen werden. Eine entsprechende Klarstellung wäre angezeigt.

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 krankenhausesindividuelle 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 (umgerechnet rund 23 %) hinauslaufen, weil für das Jahr 2011 Einsparungen in Höhe von rd. 0,35 Mrd. Euro prognostiziert werden. Mit Blick auf eine Befriedung der Budgetverhandlungen wäre ein entsprechend abgesenkter Abschlagssatz einer konfliktbehafteten krankenhausesindividuellen 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 akuten stationären Bereich stattfinden. Es darf nicht sein, dass bei einer reinen Verlagerung 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.

Ausgestaltung

Der Vergütungsabschlag soll durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umgesetzt werden. Damit wäre sowohl ein einheitlicher prozentualer Abschlag als auch ein einheitlicher absoluter Abschlagsbetrag denkbar. Sachgerecht erscheint – wie bereits in der praktischen Umsetzung 2009 – ein einheitlicher prozentualer Abschlagssatz. Dies sollte bereits im Gesetz klargestellt werden, auch wenn nähere Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags durch die Vertragsparteien erfolgen sollen. Dazu gehört auch 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.

Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert

Die Regelung des § 4 Abs. 2a Satz 7 KHEntgG, wonach die Abschläge bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht berücksichtigt werden sollen, steht im Widerspruch zu der vorgesehenen Erhöhung des Landesbasisfallwerts gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG. Der Satz ist daher zu streichen.

Variable Kosten

In der Begründung wird die Annahme getroffen, dass den Krankenhäusern für zusätzliche Leistungen zusätzliche variable Kosten in Höhe von 35 Prozent entstehen. Dieser Annahme, die sich an dem allgemeinen Prozentsatz der Erlösausgleiche für nicht vereinbarte Mehrleistungen orientiert, liegt die Vorstellung eines Kostenbudgets, das über das vereinbarte Leistungsvolumen refinanziert wird, zugrunde. Dieser betriebswirtschaftliche Kostenansatz verliert aber in einem leistungsbezogenen Vergütungssystem, wie es das DRG-System darstellt, seine Berechtigung, in dem die variablen Kostenanteile leistungs- bzw. fallbezogen zu betrachten sind. Unter dieser Perspektive fällt mit jeder zusätzlichen Leistung der zu ihrer Erbringung notwendige Personal- und Sachmitteleinsatz an. Somit sind als variabel die Kostenbestandteile zu bewerten, die unmittelbar bei der Erbringung der einzelnen Leistung anfallen. Variabel sind unter diesem Gesichtspunkt der weitaus größte Teil der Betriebskosten, ausgenommen sind insbesondere die Sachkosten der Infrastruktur. Die Schiedsstelle Bayern kommt in der Begründung ihrer Entscheidung zum Landesbasisfallwert 2009 vom 26. März 2009 zu dem Ergebnis, dass neben den Sachkosten der Infrastruktur auch Personalkosten des Wirtschafts-, Versorgungs-, Verwaltungs- und technischen Dienstes unter dem Leistungsbezug, da sie behandlungsunabhängig anfallen, als fix angesehen werden können. Insgesamt wird daraus ein Fixkostenanteil von ca. einem Drittel der Gesamtkosten abgeleitet, so dass zwei Drittel der Fallkosten als variabel gelten können. In dieser Dimension wurde auch in anderen Bundesländern der variable Kostenanteil bei Leistungsveränderungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes festgelegt. Die in der Begründung geäußerte Annahme zur Höhe des variablen Kostenanteils könnte somit neue Diskussionen bei der Bewertung des variablen Kostenanteils gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG entfachen und ist, auch zur Vermeidung neuer Konfliktherde auf Landesebene, zwingend zu streichen.

Im Gesetzentwurf wird darüber hinaus davon ausgegangen, dass bei einem Mehrleistungsabschlag von 30 Prozent eine Finanzierung der Leistungen zu 70 Prozent 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.

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 Prozent bei Mehrleistungen (Mehrleistungsabschlag) und ein Vergütungszuschlag in Höhe von 20 Prozent bei Minderleistungen (Minderleistungszuschlag) zu vereinbaren. Zur Vereinfachung der Verhandlungen sollen die Vertragsparteien dabei die Vorgabe des Satzes 1 pauschaliert auf die entsprechende Veränderung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen anwenden, soweit diese nicht auf Änderungen der Fallpauschalen-Kataloge, der Abrechnungsregeln oder der Kodierrichtlinien zurückzuführen sind. 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 und
3. soweit für diese Leistungen im laufenden Kalenderjahr Entgelte außerhalb des Erlösbudgets, insbesondere krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6, vereinbart wurden.

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.

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 5 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 Referentenentwurf 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 5 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 GBA-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 Referentenentwurf 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 5 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 dagegen 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.

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 5 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 krankenhausindividuellen 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 wie folgt zu ändern:

„5. Ausgabenentwicklung bei krankenhausindividuellen Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ohne besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; ...“

6. Zu Artikel 5 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

Eine in Höhe von 0,5 Prozent erwartete Veränderungsrate soll per Gesetz auf 0,25 Prozent halbiert werden. Damit 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, soll-

te daher zumindest ein Ausnahmetatbestand für tariflich bedingte Personalkostensteigerungen geschaffen werden.

In Anbetracht der positiven Wirtschaftsprognosen ist nicht nachvollziehbar, warum die einnahmenorientierte Grundlohnratenbudgetierung nicht zumindest ab dem Jahr 2012 wie vorgesehen abgeschafft 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. Spätestens ab dem Jahr 2012 ist die Veränderungsrate durch den Orientierungswert für die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu ersetzen.

7. Zu Artikel 5 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 5 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 7 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

1. Zu Artikel 7 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 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

Die Regelungen zur Ausweitung der Kostendämpfungsmaßnahmen auf das Jahr 2012 sind zu streichen.