

Protest gegen Kürzungspläne der Krankenkassen und des BMG

31. Deutscher Krankenhaustag mit starken politischen Akzenten

Für die Krankenhäuser ist zurzeit eine „groteske“ Situation entstanden. Einerseits wurde durch den Kabinettsbeschluss vom 24. September 2008 im Prinzip anerkannt, dass die Kliniken finanzielle Hilfen benötigen, um die aktuellen Kostensteigerungen schultern zu können. Die im Entwurf des KHRG versprochenen Finanzhilfen reichen jedoch bei weitem nicht aus, um die Mehrkosten tragen zu können. Während die Krankenhauseite auf der vollen Refinanzierung der gestiegenen Sach- und Personalkosten besteht, geht das Bundesgesundheitsministerium noch einen Schritt weiter und plant im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds eine Grenze bei einer Ausgabensteigerung von 3,5 Mrd. €

im Jahr 2009. Eine zusätzliche Plafondierung für die Vergütung von Mehrleistungen soll in das System eingezogen werden, ganz im Sinne eines Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes vom 6. November 2008. Die Landesbasisfallwerte sollen gesenkt werden. Länder wie Nordrhein-Westfalen, Bayern, Berlin und Baden-Württemberg müssten 500 Mio. € abgeben (vergleiche im Einzelnen dazu die DKG-Position auf Seite 1283 in diesem Heft). Die ohnehin unzureichenden Finanzhilfen laut KHRG-Entwurf würden insgesamt neutralisiert.

Rund 100 000 Krankenhausbeschäftigte haben im Rahmen der „aktiven Mittagspause“ am 18. November in ganz Deutschland das Kürzungsbegehren der Krankenkassen zurückgewiesen. Ein Kampf der Krankenhäuser auf zwei Seiten ist entbrannt, einerseits für die volle Refinanzierung der gestiegenen Personal- und Sachkosten, andererseits gegen die neuerlich von den Krankenkassen initiierten Kürzungspläne.

Die Kliniken haben darüber hinaus das dringende Anliegen, dass mit der Verabschiedung des Gesetzes die vorgesehenen finanziellen Mittel auch unmittelbar zur Erhöhung der Vergütung der Krankenhäuser führen, was nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht der Fall wäre. Vielmehr müssten zunächst langwierige Verhandlungen mit den Krankenkassen vorgeschaltet werden. Weil das KHRG erst im Februar 2009 verabschiedet wird, könnten sich diese Verhandlungen bis in den Sommer 2009 hinein ziehen, sodass die Krankenhäuser zusätzlich zu ihrer Kostenbelastung in Liquiditätsprobleme geraten. Die DKG-Spitze richtete daher den dringenden Appell an das Parlament, eine prozentuale und damit verlässliche Rate für die Krankenhäuser im Gesetz vorzusehen. Nur so könne die Liquidität der Häuser gesichert werden.



Die Repräsentanten des Bündnisses „Rettung der Krankenhäuser“ wollen am 4. Dezember 2008 mit den Spitzen der die Koalitionsregierung tragenden Bundestagsfraktionen die eingetretene Situation erörtern und die Position der Krankenhäuser vortragen. Die Ergebnisse waren zur Zeit des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe von „das Krankenhaus“ noch nicht bekannt.

Gesundheitsfonds als Globalbudget

Beim 31. Deutschen Krankenhaustag am 19. November stellte Dr. Rudolf Kösters die erneuten Kürzungspläne in das Zentrum seiner Eröffnungsrede. „Wenn sich unsere Befürchtungen bewahrheiten sollten, wäre dies ein unglaublicher Vorgang“, so der alte und neue DKG-Präsident, der am Tag zuvor noch bei der „aktiven Mittagspause“ am Städtischen Krankenhaus Köln-Merheim gemeinsam mit den Spitzen des Aktionsbündnisses für die Forderungen der Krankenhäuser geworben hatte. Der Gesundheitsfonds werde im Sinne eines „Globalbudgets“ heruntergebrochen auf die Ausgaben für Krankenhausleistungen. „So legt die Regierung den Einheitsbeitragsatz fest und die Verteilung auf die Leistungserbringer gleich dazu. Da reibt sich der Betrachter doch die Augen: Wie ist das im Zusammenhang mit den Bemühungen zur Überwindung der Budgets im Gesundheitswesen, mit der Einführung der DRGs und der EBM-Reform zu verstehen?“, fragte Dr. Kösters. Wenn es medizinischen Mehrleistungsbedarf gebe, müsse dieser auch entsprechend den Regelungen für Mehrleistungen finanziert werden. Das Krankenhaus habe ab 2009 einen Anspruch auf 100-prozentige Bezahlung der Mehrleistungen nach DRG-Preisen.

Den einzelnen Krankenhäusern für Mehrleistungen nur 35 Prozent – also die variablen Kosten – zu erstatten, führe zu einer Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungserbringer und in ein System abwertender Vergütungen. Dr. Kösters forderte, dass die Krankenkassen endlich „ohne Wenn und Aber“ für das Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten zuständig sein müssten.

Den vom GKV-Spitzenverband prognostizierten Fallzahlanstieg und die Case-Mix-Erhöhung mit Kostenfolgen von 1 Mrd. € bezeichnete der DKG-Präsident als „pure Spekulation“. Die Kürzungspläne seien „eine längst totgeglaubte Forderung aus der Budgetierungsmottenkiste“, die zu einem stetigen und dramatischen Preisverfall der ohnehin unterfinanzierten Betriebskosten der Krankenhäuser führen würde. Die vom GKV-Spitzenverband kritisierte unterschiedliche Entwicklung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte und der Landesbasisfallwerte während der Konvergenzphase soll angeblich eine generelle und zum Teil deutliche Kürzung der Landesbasisfallwerte um über 800 Mio. € rechtfertigen. Richtig sei, so Dr. Kösters, „dass sich die krankenhausindividuellen und landesweiten Basisfallwerte aufgrund unterschiedlicher Verhandlungsergebnisse unterschiedlich entwickelt haben“. Aber nur bei zwei Drittel der Bundesländer ergebe sich eine signifikante Abweichung. Zudem würde die vorgeschlagene Kürzung der Landesbasisfallwerte insbesondere die Bundesländer treffen, die ohnehin bereits einen besonders niedrigen Basisfallwert aufweisen. Alleine für Nordrhein-Westfalen bedeute dies eine Kürzung von 270 Mio. €.

„Die Länder laufen Gefahr, ihr Recht bei der Krankenhausplanung zu verlieren, wenn sie in der Investitionsfinanzierung nicht mehr zu ihrer Verantwortung stehen.“

„Die DKG und die Krankenhäuser sind es leid, ständig eine ausreichende Finanzierung ihrer Arbeit bei der Politik einzufordern und immer nur als Kostenfaktor der gesetzlichen Krankenkassen gesehen zu werden. Es ist Zeit für ein Umdenken.“

„Die Krankenhäuser sind der Mittelpunkt und die Stütze der medizinischen Versorgung. An ihnen zu sparen bedeutet, an der Zukunft Deutschlands zu sparen, an der Zukunft eines Wachstumsmarktes, der – wenn sich der europäische Gedanke weiter durchsetzt – auch international von zunehmender Bedeutung ist.“

DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters

Anders als der GKV-Spitzenverband glauben machen möchte, sind nach Dr. Kösters Darstellung nicht die in Teilen höheren Landesbasisfallwerte für die Entwicklung maßgebend, sondern die zu niedrigen Basisfallwerte der Kliniken. Die Krankenkassen hätten den Krankenhäusern häufig die volle Vergütung vorenthalten. Nur darauf vertrauend, dass am Ende der Kon-

Zukunftsmarkt Gesundheitswesen

Krankenhäuser sind die tragende Säule des medizinischen Fortschritts. Sie sind Motor für die Einführung von Innovationen, Träger der Fort- und Weiterbildung, Triebfeder für Forschung und Entwicklung neuer Behandlungsmethoden. Die Kliniken stellen sicher, dass alle Menschen einkommensunabhängig Zugang zu komplexen medizinischen Leistungen auf internationalem Spitzenniveau erhalten. Mehr als 17 Millionen Patienten profitieren davon Jahr für Jahr.

Zukunftsforscher und Wirtschaftswissenschaftler sind sich einig: Das Gesundheitswesen ist ein Zukunftsmarkt. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung, die beachtlichen Fortschritte in Medizin und Pflege, der steigende Bedarf an medizinischen Zusatzleistungen – alles zusammen macht den Gesundheitsmarkt zu einem Hoffnungsträger für Konjunktur und Wachstum in einer gesamtwirtschaftlich turbulenten Zeit.

Der Krankenhausbereich ist hierbei wirtschaftspolitisch von besonderer Bedeutung. Es gibt keine Branche, die flächendeckend – auch in den strukturärmsten Regionen – so viele Arbeitsplätze zur Verfügung stellt und gleichzeitig eine entscheidende Schlüsselfunktion für das Gesundheitswesen als Zukunftsmarkt innehat.

Der Zukunftsmarkt Gesundheit braucht Innovationen. Innovationen in der Medizin werden zu einem erheblichen Teil in Kliniken entdeckt, entwickelt und erstmals in der Praxis angewandt.

Krankenhäuser sind es, die Infrastruktur, Manpower und oft auch finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, um den Fortschritt in der Medizin voranzutreiben. Im internationalen Wettbewerb um diesen Zukunftsmarkt ist dies ein Standortfaktor ersten Ranges. Deutsche Krankenhäuser sind im internationalen Vergleich mehr als wettbewerbsfähig. Deutschland zahlt weit weniger für die Krankenhausversorgung pro Kopf der Bevölkerung als nahezu alle übrigen Industriestaaten. Bei der Personalproduktivität haben deutsche Kliniken eine Spitzenposition erreicht. Allerdings können und wollen sie nicht mit den Lohnkosten beispielsweise in Osteuropa konkurrieren.

Keine andere Branche – einschließlich der von der Politik so intensiv umworbenen Automobilindustrie – hat ein so vielversprechendes Zukunftspotenzial wie das Gesundheitswesen im Allgemeinen und der Krankenhausbereich im Besonderen.

Auszug aus der Rede des DKG-Präsidenten Dr. Rudolf Kösters, bei der Eröffnung des 31. Deutschen Krankenhaustages am 19. November 2008



Staatssekretärin Melanie Huml



Dr. Klaus Theo Schröder

vergenzphase die vereinbarten Landesbasisfallwerte gelten, sei auf langwierige Schieds- und Gerichtsverfahren verzichtet worden. Andernfalls hätten zudem erhebliche Liquiditätsausfälle gedroht. Der GKV-Spitzenverband nutzt nach Kösters Worten „die Gunst der Stunde, um Kürzungen zu fordern, die die Finanzierungshilfen des KHRG neutralisieren sollen. Sollte sich die Regierung diese zu eigen machen, wären 130 000 Demonstranten und ihre Kolleginnen und Kollegen – und damit über 1 Mio. Beschäftigte in den deutschen Krankenhäusern – betroffen worden. Ein solcher Vertrauensverlust – gerade und insbesondere vor dem Hintergrund dieser Jahrhundertdemonstration – wäre fatal für die Glaubwürdigkeit der Politik.“

Einen langfristigen Aspekt der Glaubwürdigkeit bekräftigte Dr. Kösters auch in der Frage der Krankenhausinvestitionen. Nachdem die Länder dem ursprünglichen Gesetzesvorschlag des BMG für eine leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung nicht gefolgt seien, stünden sie nun umso mehr in der Verantwortung. Ansatzpunkte für eine Neufindung seien mit den im KHRG geplanten, allerdings für die Länder nicht verpflichtend ausgestalteten leistungsorientierten Investitionspauschalen gegeben. Hier könnten die Länder dazu beitragen, dass sich ihr Anteil der Investitionskostenfinanzierung erhöht.

Das Ende der Grundlohnrate?

Der DKG-Präsident erinnerte daran, dass die 130 000 Demonstranten am 25. September in Berlin „auch für eine Perspektive in der Krankenhausfinanzierung demonstrieren haben“. Erfreulicherweise biete der vorliegende Gesetzentwurf zum KHRG hierzu eine „vernünftige Basis“. Endlich solle die Grundlohnbindung als schneidende Obergrenze zugunsten eines Orientierungswertes auf der Basis eines noch zu bildenden Krankenhauskostenindex beendet werden. Entwertet werde dieser Vorstoß allerdings durch die Möglichkeit des BMG, durch Rechtsverordnung ohne parlamentarische Kontrolle einen abweichenden Wert festzusetzen. „Wer glaubt denn, dass damit eine sachgerechte Finanzierung der Krankenhäuser gewährleistet werden kann?“, fragte Dr. Kösters. Erstaunlich sei auch, mit welcher Selbstverständlichkeit das BMG erwarte, dass die

psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen mit 90 Prozent der Stellen 100 Prozent der Leistungen erbringen sollen. Auch hier werde eine ausreichende Finanzierung der Krankenhausleistungen bereits mit Blick auf den Gesundheitsfonds abgelehnt.

Verschließt die Politik die Augen vor den Realitäten?

BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder griff in seiner Ansprache bei der Eröffnung des 31. Deutschen Krankentages aus den Ergebnissen des kürzlich vorgestellten DKI-Krankenhaus-Barometers eine Zahl von 38 Prozent der Krankenhäuser heraus, die in diesem Jahr einen Abschluss mit „schwarzen Zahlen“ erwarten. Damit wird seiner Meinung nach den anderen Krankenhäusern auch immer ein „Spiegel“ vorgehalten, „warum sie nicht so dastehen“. Dies wollte der Staatssekretär unabhängig von der Trägerschaft verstanden wissen. Er verwies auf den generell niedrigen Auslastungsgrad der Krankenhäuser von „im Schnitt unter 80 Prozent“. Dies sei auch im DRG-Zeitalter wegen der „beträchtlichen Fixkosten“ von erheblicher Bedeutung. In den Krankenhäusern spiele nicht nur die Bezahlung, sondern auch das Arbeitsumfeld und die Arbeitsorganisation eine wichtige Rolle.

Krankenhäuser als Teil des Konjunkturprogramms?

Dr. Schröder plädierte für eine leistungsorientierte Investitionsfinanzierung, ohne die eine Planungssicherheit nicht möglich sei. Eine Zwischenfinanzierung zur Behebung des Investitionsstaus über ein Konjunkturprogramm hätte nur einen „Einmaleffekt“. Dieses Thema sei vom BMG in die Diskussion mit eingebracht worden, der Bundesregierung gehe es jedoch im Wesentlichen darum, „solche Programme nach vorne zu bringen, die einen hohen Multiplikatoreffekt auslösen, das heißt mit den öffentlichen Geldern möglichst zusätzliche Investitionen anzustoßen. Das wäre im Krankenhausbereich nicht im gleichen Maße möglich gewesen wie in anderen Bereichen“. Zu beachten sei auch der föderale Aspekt bei einem

möglichen Investitionsprogramm für die Krankenhäuser, insbesondere angesichts einer nötigen Gegenfinanzierung durch die Länder.

Dass Infrastrukturinvestitionen in Krankenhäuser geringere Wachstums- und Beschäftigungseffekte im privaten Wirtschaftssektor auslösen als Investitionen in Straßen, Schulen und andere öffentliche Gebäude, ist unter ökonomischen Gesichtspunkten indes kaum einzusehen, ganz abgesehen von der mittel- und langfristig ohnehin notwendigen Infrastrukturverbesserung. Laut VKD-Präsident Heinz Kölking „ist es deshalb geboten, die Kliniken mit dem aufgestauten Sanierungsbedarf in das aktuell diskutierte Konjunkturprogramm der Bundesregierung einzubinden“.

Am 21. November schloss die neue Bayerische Staatsregierung in ihrem „Beschleunigungsprogramm für Investitionen“ den Krankenhausbereich ausdrücklich mit ein, so etwa im Rahmen des schnellstmöglichen Beginns von ganz konkreten Baumaßnahmen aus dem Zukunftsprogramm „Bayern 2020“. Als Beispiel dafür wurde unter anderem der Neubau des Klinikums Erlangen-Nürnberg genannt. Außer der sofortigen Freigabe von Unterstützungsmaßnahmen für die kommunale Hochbauförderung im Rahmen des Kommunalen Finanzausgleichs in Höhe eines Neuaufnahmevermögens von mehr als 585 Mio. € wurde eine allgemeine Zustimmung zum vorzeitigen Maßnahmenbeginn bei bestehenden Förderprogrammen zum Beispiel in den Bereichen Regionalförderung, Dorferneu-

„Die Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen ist ein Angebot, niemand muss es in Anspruch nehmen.“

„Die 3,5 Mrd. € Mehrausgaben für den Krankenhausbereich, die in den Gesundheitsfonds für 2009 eingepreist sind, sind ein ausgewogenes Konzept für die Weiterentwicklung der Finanzierung in den deutschen Krankenhäusern. Sie übertreffen die Zuwachsgröße im Krankenhausbereich von 2003 bis 2007 in Höhe von 3,2 Mrd. €.“

„Uns bleibt die Aufgabe, jeden Euro, den wir in die Gesundheitsversorgung stecken, zweimal darauf anzuschauen, ob die bestmögliche Qualität damit auch immer erreicht wird.“

BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder

erung, Sportstättenbau, Abwasserbeseitigungsanlagen, land- und forstwirtschaftliche Investitionsförderung, Krankenhäuser und Kinderbetreuungseinrichtungen beschlossen. Andere Landesregierungen werden diesem Beispiel folgen, auch die Bundesregierung wäre gut beraten, im Rahmen der Konjunkturförderung diesen wichtigen Aspekt erneut zu bedenken. ▶

„So gut wie das Original?“

Was auf den ersten Blick als eine gute Wahl erscheint, kann sich später als gewagtes Unterfangen erweisen. Wenn es aber um die Sicherheit der Patienten geht, sollten Sie niemals ein Risiko eingehen.

Olympus hat strenge Qualitätsmaßstäbe gesetzt, um Ihre Patienten zu schützen und Ihre Investition langfristig zu sichern!

Ihre Vorteile:

- Reparaturen entsprechend Herstellerspezifikationen
- Ausschließlich Verwendung von Originalteilen für uneingeschränkte Funktionalität und Sicherheit
- Garantie höchster Hygienestandards und Rückverfolgbarkeit aller Reparaturen
- Strengste Beachtung der CE-Kennzeichnungs- und MDD-Anforderungen
- Flexible Vertragsmodelle, auch für Ihre Endoskopie!

Hier erfahren Sie mehr: www.olympus.de



OLYMPUS

Your Vision, Our Future



Rund 1 800 Besucher aus allen Bereichen des Gesundheitswesens erörterten vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Reformdiskussion an den vier Kongresstagen des 31. Deutschen Krankenhaustages die wichtigsten aktuellen Krankenhausthemen. Die größte Einzelveranstaltung fand am Eröffnungstag, 19. November, zum Thema „Das G-DRG-System 2009“ statt. Mehr als 700 Teilnehmer folgten unter der Moderation von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum den Ausführungen von InEK-Geschäftsführer Dr. Frank Heimig, Dr. Wulf-Dietrich Leber vom GKV-Spitzenverband und DKG-Geschäftsführer Dr. Peter Steiner. Über weitere Veranstaltungen des 31. Deutschen Krankenhaustages, unter anderem zu den Themen Europa, Gemeinsamer Bundesausschuss, Aufgabenumverteilung im Krankenhaus, Pflege, Informationstechnologie, Architektur und Krankenhaustechnik, berichten wir in unserer Januarausgabe 2009.

Landes- oder Bundesbasisfallwert?

Zum Thema „bundeseinheitlicher Basisfallwert“ warb Dr. Schröder für die Korridorlösung des KHRG. Allein durch ländlich und städtisch strukturierte Regionen seien die Unterschiede in den Landesbasisfallwerten rational nicht erklärbar und die Richtung auf einen bundeseinheitlichen Basisfallwert deshalb letztlich unumgänglich.

Zum gleichen Thema meldete die vom Bayerischen Sozialministerium ins Umwelt- und Gesundheitsministerium unter Minister Dr. Markus Söder gewechselte Staatssekretärin Melanie Huml eine andere Interpretation an. Wenn wir „mehr Markt und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung wollen, sind Einheitspreise kontraproduktiv“, so Huml. Befürworter eines Bundesbasisfallwertes folgten dem Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“, ohne sich mit einem Blick in die Realität überzeugen zu lassen, dass es ihn nirgends gebe. Ob das Beispiel der „Preistafeln an den Tankstellen“ in diesem Fall als Analogie überzeugen kann, blieb offen.

Anders als Staatssekretär Dr. Schröder, der diesen Aspekt weitgehend unberücksichtigt ließ, nahm Staatssekretärin Huml ausdrücklich Bezug auf die großen Protestaktionen der

Krankenhausbeschäftigten am 25. September und am 18. November. Darin komme die Bedeutung der schwierigen finanziellen Situation der Krankenhäuser für das Krankenhauspersonal zum Ausdruck. Suche ein Krankenhaus in finanzieller Schieflage nach Einsparpotenzial, seien Stellenstreichungen oft das erste Mittel, um Defizite zu verringern.

Die im KHRG beschlossenen finanziellen Entlastungen wollte Huml als Kompromiss zwischen Bund und Ländern verstanden wissen. Den Krankenkassen, die die Mehrausgaben für die Krankenhäuser vehement ablehnten, müsse entgegengehalten werden, dass die Einnahmen der Krankenhäuser seit 1993 gedeckelt seien und die Rationalisierung im Krankenhaus irgendwann an ihre Grenzen stoße. Im weiteren Verfahren komme es ungeachtet der weiterhin kontroversen Diskussionen darauf an, dass die beschlossenen Entlastungen „nun schnell kommen“. Weitere Monate der Planungsunsicherheit seien den Krankenhäusern nicht zuzumuten.

Huml hob noch einmal die Tatsache hervor, dass auf Druck der Länder im KHRG keine Einzelverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vorgesehen würden. Einzelverträge hätten „die Krankenhausplanung unterlaufen und die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum gefährdet“.

Als wesentliche Nachteile der Investitionspauschalen skizzierte Huml die hohen Finanzierungskosten, das „Gießkannenprinzip“ und einen immanenten Anreiz zur Leistungsausweitung. Bayern werde deshalb an der gezielten Einzelförderung von Krankenhausbauprojekten festhalten.

Bericht: Dipl.-Volkswirt Peter Ossen, Chefredakteur
Alle Fotos: Heinz Jokisch

DKG: Keine neuen Belastungen für die Krankenhäuser!

Argumentation der DKG gegen die Kürzungspläne des GKV-Spitzenverbandes, vorgetragen in der vorletzten Novemberwoche in Schreiben von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum an die gesundheitspolitisch verantwortlichen Politiker des Bundestages

„Seit der Festlegung des BMG im Schätzerkreis auf eine ggf. im KHRG herbeizuführende Begrenzung der Krankenhausaussgaben im Jahr 2009 auf 3,5 Mrd. € ist eine Diskussion in Gang gekommen, die von den Krankenhäusern mit allergrößter Sorge beobachtet wird. Angeheizt wird die Diskussion vom GKV-Spitzenverband, der Vorschläge zur Kürzung der Krankenhausaussgaben im nächsten Jahr gemacht hat, die zu Einbußen für die Krankenhäuser in gewaltigem Ausmaß führen würden.“

Im Text der Stellungnahme der Bundesregierung auf die Beschlüsse des Bundesrates fällt auf, dass das BMG die den Kassen zugesagte Begrenzung nun auch in das Gesetzgebungsverfahren zum KHRG formal einbringt. Ohne dass es im Vorfeld der KHRG-Beratungen dazu jemals Vereinbarungen gegeben hat, soll die Begrenzung auf maximal 3,5 Mrd. € als Beschluss der Bundesregierung und damit der Koalition festgeschrieben werden. Die hier geführte Begrenzungsdiskussion widerspricht allen Vergütungsprinzipien, die im Gesamtsystem mit der EBM-Reform und mit der Einführung der DRGs weg von der Budgetierung führen sollten. Weder bei den niedergelassenen Ärzten, noch bei Arzneimitteln, noch im Krankenhaus kann es definierte Obergrenzen geben, ab denen Vergütungen abgekappt werden. Wenn es – was derzeit niemand exakt prognostizieren kann – 2009 medizinischen Mehrleistungsbedarf geben sollte, so muss dieser entsprechend den Regeln für Mehrleistungen auch bezahlt werden. Alles andere führt in ein System floatender Vergütungen und in der Realität dazu, dass Morbidität nicht bzw. minder bezahlt wird. Der Grundsatz, dass für die Morbidität das Krankenversicherungssystem zuständig ist, würde aufgegeben werden.

Der GKV-Spitzenverband prognostiziert für das Jahr 2009 eine Fallzahlsteigerung von rund 2 Prozent, was im Ergebnis zu einem Ausgabenzuwachs der GKV in 2009 in Höhe von rund 1 Mrd. € führen soll. Der GKV-Spitzenverband begründet seine Annahme damit, dass etwa zwei Drittel des zu erwartenden



Wir kennen Ihren Alltag

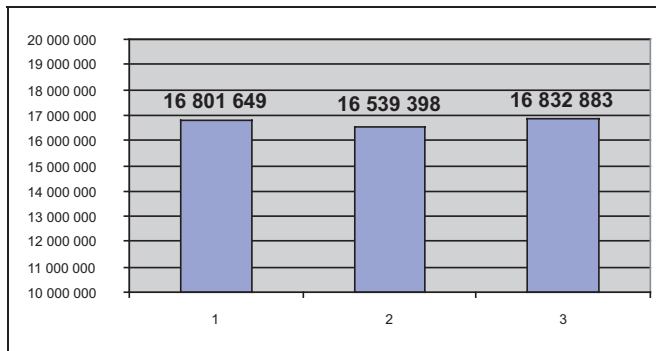
und wissen, wie Sie ein Radiologie-Management-System von NEXUS unterstützen kann. Profitieren Sie von unseren Lösungen, welche die radiologischen Prozesse optimieren.

Informieren Sie sich ausführlich unter www.nexus-ag.de oder kontaktieren Sie uns, Telefon: +49 (0) 69 630009 - 0, dis@nexus-ag.de

Die Medizin im Fokus.

NEXUS/DIS, Ziegelhüttenweg 45,
60598 Frankfurt/Main

nexus | dis
diagnostic systems



den zusätzlichen Case-Mix-Volumens auf eine Fallzahlsteigerung zurückzuführen sei. Rund ein Drittel sei der zusätzlichen Fallschwere zuzuschreiben.

Die Fallzahlen haben sich seit der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2003 tendenziell rückläufig bzw. stagnierend entwickelt (vergleiche Tabelle). Die Case-Mix-Entwicklung der Jahre 2004 bis 2006 lag bei + 3 bis + 3,6 Prozent. Im gleichen Zeitraum stagnierten die Fallzahlen. Die Annahme des GKV-Spitzenverbandes, dass etwa zwei Drittel des zu erwartenden zusätzlichen Case-Mix-Volumens auf eine Fallzahlsteigerung zurückzuführen sei, ist durch Zahlenreihen nicht belegbar und auch anderweitig nicht erklärbar. Prognosen über die Fallzahlentwicklung können zudem seriös nicht vorgenommen werden. Damit enttarnt sich die Annahme des GKV-Spitzenverbandes als interessengeleitete Spekulation.

Divergente Basisfallwerte

Dreist und unverschämt ist die Diskussion, die der GKV-Spitzenverband unter dem Stichwort „Divergente Basisfallwerte“ führt. Ziel dieser Kampagne ist eine Absenkung der Landesbasisfallwerte für 2009. Es soll mit dem letzten Schritt der Konvergenzphase Geld abgeschöpft werden, um



VKD-Präsident Kölking übergab Staatssekretär Dr. Schröder am 19. November einen von 40 000 Patienten in NRW, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern unterschriebenen Appell an Gesundheitsministerin Schmidt: „Die aktuellen Personalkostensteigerungen müssen voll refinanziert werden durch Aufhebung des Budgetdeckels. Es darf nicht aus Sparzwängen zu weiterem Personalabbau kommen, der zu verlängerten Wartezeiten, Wartelisten und überlasteten Ärzten, Schwestern und Pflegern führt.“

Foto: Jokisch

- die Krankenhäuser, die sogenannte Budgetverlierer sind, zu noch größeren Verlierern zu machen;
- die Krankenhäuser, deren hausindividueller Basisfallwert heute mit den Landeswerten übereinstimmt, zu Verlierern zu machen, und
- den Krankenhäusern, denen der im Gesetz vorgesehene Endpunkt Vorteile bringen soll, diese zu nehmen.

Insgesamt rechnet der GKV-Spitzenverband in seinem als pamphletisch zu bezeichnenden Papier („Landes-Basisfallwerte sind bubble“) ein Kürzungsvolumen zu Lasten der Krankenhäuser von 824 Mio. € vor. Die ohnehin unterdurchschnittlichen Landesbasisfallwerte, zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen, sollten nach diesen Vorstellungen um 270 Mio. € bzw. mehr als 2 Prozent abgesenkt werden. Weitere hohe Absenkungen werden für Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Hessen usw. vorgeschlagen.

Hinter der Kampagne der Kassen steht der Versuch, dem Parlament weiszumachen, dass die Landesbasisfallwerte in vielen Bundesländern zu hoch seien. Sie behaupten, die Differenz zwischen dem durchschnittlichen hausindividuellen Basisfallwert in einem Land und dem Landesbasisfallwert sei nicht vom Gesetz gedeckt, ein fälschlicher Effekt, der jetzt korrigiert werden müsste. Dem ist absolut zu widersprechen. Tatsachen sind:

- Es gibt keine gesetzliche Vorgabe im KHEntgG, die sagt, dass die Landesbasisfallwerte so zu vereinbaren sind, dass sie dem gewichteten Durchschnitt der hausindividuellen Basisfallwerte entsprechen müssen. Wäre dies das Ziel des Gesetzgebers, hätte er vorgeben müssen, dass sich der Landesbasisfallwert aus der Summe der hausindividuellen Basisfallwerte als Rechnungsgröße ergibt bzw. er hätte vorgeben müssen, dass ein Landesbudget für Krankenhausleistungen zu bilden ist. Dies sieht das KHEntgG bewusst nicht vor, weil keine neue Budgetierung eingeführt werden sollte.
- Demgegenüber sieht das Gesetz ausdrücklich und wissentlich vor, dass die Landesbasisfallwerte nach eigenständigen gesetzlichen Kriterien (§ 10 KHEntgG) jährlich fortzuentwickeln sind.
- Das Gesetz sieht vor, dass die hausindividuellen Budgets jährlich weiterzuentwickeln und die sich daraus ergebenden hausindividuellen Basisfallwerte entsprechend der gesetzlichen Konvergenzschritte an den Landesbasisfallwert anzupassen sind.

In den Bundesländern, in denen ein Abstand zwischen dem Mittelwert der hausindividuellen Basisfallwerte und den Landesbasisfallwerten derzeit besteht – eine exakte Prognose für 2009 ist noch nicht möglich – ist dies darauf zurückzuführen, dass die hausindividuellen Basisfallwerte gegenüber den Landesbasisfallwerten zurückgeblieben sind. Dies wiederum ist darauf zurückzuführen, dass den Krankenhäusern vor Ort bei den Budgetvereinbarungen mit den Krankenkassen für zusätzliche Leistungen häufig nicht die Vergütung gewährt wurde, die ihnen zustand.

Nach den gesetzlich vorgegebenen Konvergenzschritten müssen die Krankenhäuser zum Beispiel im Budgetjahr 2008 jeden zusätzlichen Bewertungspunkt mit 80 Prozent des Landesbasisfallwertes vergütet bekommen. Viele Häuser berichten aus den Budgetverhandlungen, dass die Kassen dies nicht gewährten. Um Liquiditätsprobleme zu vermeiden und weil das Gesetz am Ende der Konvergenzphase die vollständige Finanzierung vorsieht, haben die Häuser von gerichtlichen Auseinandersetzungen abgesehen. Sie haben sich auf die gesetzlich zugesagte letzte Stufe der Konvergenz verlassen.

Die zu niedrige Refinanzierung auf Ortsebene führt dazu, dass zwischen dem gesetzeskonform vereinbarten Landesbasisfallwert und dem gewichteten durchschnittlichen hausindividuellen Wert eine Divergenz entstehen kann. Heute nun zu behaupten, dass die Landesbasisfallwerte zu hoch seien, verdreht die Tatsachen und Kausalitäten.

Es ist auch schlichtweg falsch, wenn die Kassen behaupten, dass durch das Abschöpfen einer gegebenenfalls in einzelnen Ländern feststellbaren Divergenzmasse die Krankenhäuser nichts verlören und „lediglich Erlöszuwachs begrenzt“ würde.

Die Umsetzung der Vorschläge der Kassen würde den Landesbasisfallwert absenken. Dies trifft alle Kliniken im Lande unabhängig davon, ob sie eine Steigerung des Leistungsvolumen hatten oder nicht. Die Absenkung wirkt wie ein Abschlag. Während der im KHRG vorgesehene Tarifausgleich die Landesbasisfallwerte erhöhen soll, würden diese gleich wieder

„Bei aller Diskussion um Effizienz, Effektivität und Wirtschaftlichkeit darf die Qualität nicht gefährdet werden. Zwischen den Zielen Qualität und Wirtschaftlichkeit gibt es keinen Widerspruch. Aber es gibt Spannungsfelder, die uns immer wieder herausfordern. Ökonomie ist kein Selbstzweck. Wohin es führt, wenn ausschließlich Renditeziele oder gar deren Maximierung das Handeln und Entscheiden bestimmen, erleben wir in diesen Tagen sehr intensiv. ... Um die Chancen der Gesundheitswirtschaft nutzen zu können, brauchen wir ein Klima der Zuversicht und des Vertrauens. Voraussetzung für Vertrauen sind Planungssicherheit, eine adäquate Leistungsfinanzierung und nicht zuletzt Investitionen. Über allem jedoch steht die Wertschätzung der Menschen. Fehlen diese Voraussetzungen, so hat das unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeit und die Motivation in unseren Krankenhäusern. Ebenso gefährlich sind die mittel- und langfristigen Folgen, zum Beispiel durch die Berufswahl und die bereits bekannte Abwanderung nach der Ausbildung in andere Berufe.“

*Heinz Kölking, Kongresspräsident
des 31. Deutschen Krankenhaustages*



Privatärztliche
Verrechnungsstelle
Baden-Württemberg e.V.

PRIVATLIQUIDATION IST VERTRAUENSACHE.

Seit 1923 vertrauen uns Ärzte ihre Privatabrechnung an. Unser starkes Service-Team steht Ihnen kompetent, serviceorientiert und garantiert rechtssicher bei allen Fragen rund um die Privatliquidation zur Seite.

Rufen Sie uns an, wir freuen uns auf Sie: **0711/7201-0**
oder informieren Sie sich im Internet unter www.pvs-bw.de



PVS Baden-Württemberg e.V.

Bruno-Jacoby-Weg 11 · 70597 Stuttgart

Tel. 0711/7201-128 und -243 · info@pvs-bw.de · www.pvs-bw.de



Mitglied im Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen

abgesenkt werden, sodass dies nichts anderes wäre als eine Kürzung, ähnlich wie der Sanierungsbeitrag, und zwar unabhängig vom Leistungsgeschehen im Jahr 2009. Pauschale Kürzungen für alle Häuser im Lande und nicht, wie die Kassen behaupten, Zuwachsbegrenzung wäre das Ergebnis.

Sachgerechte Mehrleistungsvergütung

Ebenfalls zurückzuweisen ist der Vorschlag der Kassen, dass bei einem Anstieg des Leistungsvolumens (Fallwert und Fallzahl) ein Vergütungsvolumen von nur 35 Prozent DRG-Vergütung ausgelöst werden sollte und die Landesbasisfallwerte entsprechend abzusenken sein. Das Gesetz sieht vor, dass zusätzliche Leistungen (Anstieg Bewertungsvolumen) ab 2009 zu 100 Prozent des landesweiten Fallpauschalenpreises auf der örtlichen Ebene berücksichtigt werden. Häuser, die Bewertungsvolumenminderungen haben – weniger oder leichtere Fälle –, müssen Minderungen zu 100 Prozent hinnehmen. Ansonsten gilt, dass bei den Landesbasisfallwerten Fallzahlsteigerungen als Preisabsenkungsfaktor zu berücksichtigen sind.

Der Vorschlag der Kassen würde eine 35-Prozent-Quote per Gesetz vorschreiben und damit den Verhandlungspartnern die Flexibilität, die Kostenanteile für Mehrleistungen auf die Versorgungssituation abgestimmt zu bewerten, nehmen. Zugleich würde zusätzlich zum Fallzahlenanstieg auch eine Zunahme der Fallschwere zur Absenkung der Landesbasisfallwerte führen. Das Morbiditätsrisiko würde damit deutlich verschärfter auf die Krankenhäuser abgewälzt werden.

„Kollektivhaftung“ der Krankenhäuser

An dieser Stelle wird der ordnungspolitisch höchst fragwürdige Effekt der degressiven Mengen-Preis-Vorgabe im KHEntgG (§ 10) deutlich. Fallzahlsteigerungen führen bei allen Krankenhäusern und in allen Leistungssegmenten zu Vergütungsabsenkungen, auch bei den Häusern, die solche Entwicklungen nicht hatten. Diese Kollektivhaftung, die gegen das Prinzip der betriebswirtschaftlichen Einzelverantwortung verstößt, gehört abgeschafft. Die Forderung der Kassen, die Landesbasisfallwerte noch strenger abzusenken, würde die Kollektivhaftung noch verschärfen. Das kann niemand ernsthaft befürworten.“

Städtetag: Hilfen für Krankenhäuser müssen aufgestockt werden

Der Deutsche Städtetag appellierte am 12. November 2008 eindringlich an den Bundestag, die Hilfen für die Krankenhäuser im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Krankenhausfinanzierung deutlich zu erhöhen und die Finanzierungslücke rasch zu schließen. „Wird nicht gegengesteuert, so werden den Krankenhäusern in den Jahren 2008 und 2009 rund 6,7 Mrd. € fehlen.“ Der Gesetzentwurf des Bundes sei ein „Schritt in die richtige Richtung“, entschärfe die Finanznot der Krankenhäuser aber nur teilweise. Wenn nicht spürbar und schnell nachgebessert werde, müssten viele Krankenhäuser weitere Stellen kürzen und einige Kliniken sogar ihre Türen schließen, so die

Vizepräsidentin des Deutschen Städtetages, Oberbürgermeisterin Petra Roth, nach Sitzungen von Präsidium und Hauptausschuss des kommunalen Spitzenverbandes in Frankfurt am Main. Außerdem dürften die Länder die Investitionsmittel für die Krankenhäuser nicht immer weiter kürzen, sondern müssten sie erheblich anheben, betonte Roth. Das Präsidium des Städtetages hatte am Vortag mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt über die Lage der Krankenhäuser diskutiert.

„Das Maßnahmenpaket des Bundes bringt den Krankenhäusern allenfalls 1,6 Mrd. €. Mit dem Geld aus dem bisherigen Gesetzentwurf können nicht einmal 50 Prozent der Tarifsteigerungen für das ärztliche und nicht-ärztliche Personal gedeckt werden“, so die Vizepräsidentin. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Hilfsvolumen sollte zudem als fester prozentualer Aufschlag auf die Fallpauschalen gezahlt werden. Andernfalls werde noch mehr als ein halbes Jahr vergehen, bis das erste Geld überhaupt bei den Krankenhäusern ankomme.

Darüber hinaus könnten viele Krankenhäuser, die bereits jetzt rote Zahlen schreiben, mit dem geplanten Sonderprogramm keine neuen Pflegekräfte einstellen, da sie den Eigenanteil von 30 Prozent nicht aufbringen können. „Eine vollständige Finanzierung der zusätzlichen Pflegestellen sollte im Gesetzentwurf verankert werden, damit das Programm überhaupt greifen kann“, so Roth.

Neue Ausgabenbegrenzung völlig inakzeptabel

Die Krankenkassen versuchten jetzt zudem noch, das Wenige, was der Bund bislang gewähren wolle, auf kaltem Wege wieder einzukassieren. Die von den Kassen angestrebte neue Ausgabenbegrenzung sei für die Krankenhäuser und ihre Träger völlig inakzeptabel.

Die Vizepräsidentin des Deutschen Städtetages appellierte an Bund und Länder, ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Finanzierung der Krankenhausversorgung endlich gerecht zu werden: „Das Schwarze-Peter-Spiel zwischen Bund und Ländern um die Krankenhausfinanzierung muss ein Ende finden. Auch die Länder müssen endlich ihre Hausaufgaben erledigen und für eine ausreichende Investitionsfinanzierung sorgen.“

Weniger Pflegestellen, höhere Finanzierung?

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat bei der Hauptversammlung des Marburger Bundes „Entgegenkommen“ im Streit über das milliardenschwere Klinik-Hilfspaket signalisiert. Die Krankenkassen könnten nicht nur 70 Prozent, sondern zum Beispiel 90 Prozent der Kosten für die Einstellung neuer Krankenschwestern übernehmen, stellte Schmidt am 7. November in Berlin in Aussicht. Dies könnte sicherstellen, dass es wirklich zu einem Einstellungsschub komme. Für solche Änderungen im parlamentarischen Verfahren sei sie offen, sagte die SPD-Politikerin. Der höhere Finanzierungsanteil für jede einzelne Stelle würde allerdings bedeuten, dass nicht 21 000, sondern nur 16 000 bis 17 000 neue Stellen geschaffen werden könnten. ■

Dokumentation: Stellungnahme der DKG zu den Formulierungshilfen des BMG für Änderungsanträge zum KHRG

Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken

Änderungsantrag zu § 120 SGB V

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass die Fraktionen der CDU/CSU und SPD der akuten Gefährdung der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch die Fachambulanzen von Kinderkrankenhäusern und Fachabteilungen entgegenwirken und die bestehende Unterfinanzierung dieser Ambulanzen beseitigen wollen. Die vorgesehene Absenkung der Finanzmittel für die stationäre Krankenhausversorgung wird von der DKG jedoch als unbegründet und unsachgerecht strikt abgelehnt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die defizitäre Vergütung von ambulanten Leistungen mit Finanzmitteln der stationären Versorgung ausgeglichen werden soll. Entsprechend der sektoralen Trennung des deutschen Gesundheitswesens sah die Gesetzessystematik zu keinem Zeitpunkt eine Finanzierung von ambulanten, vertragsärztlichen Leistungen über die stationären Krankenhausbudgets vor. Daher verbietet sich bei der ohnehin vielfach prekären finanziellen Situation der Krankenhäuser ein zusätzlicher Entzug von Finanzmitteln.

Für Krankenhäuser, die ihre Budgets nach der BpflV vereinbaren – zum Beispiel Kinderkrankenhäuser mit dem Status der Besonderen Einrichtung – sieht der Änderungsantrag vor, dass die zusätzlichen Erlöse aus den ambulanten Pauschalen in voller Höhe vom stationären Krankenhausbudget abgezogen werden. Diese Umverteilung der Mittel führt keinesfalls zu einer Verbesserung der Erlössituation des Krankenhauses. Die Neuregelung könnte zwar die Unterfinanzierung der Fachambulanzen beseitigen, würde aber im Gegenzug automatisch zu einer Unterfinanzierung, bzw. zu einer Verschärfung einer bereits bestehenden Unterfinanzierung, im stationären Bereich führen. Der Zweck der Neuregelung, „mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen ambulanten Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Unterfinanzierungen zu vermeiden“, wird mit diesem Verschiebeparkplatz konterkariert.

Im Geltungsbereich des KHEntgG sieht die Neuregelung 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 würden für das Krankenhausystem eben gerade nicht die hierfür erforderlichen Finanzmittel bereitgestellt. Es wäre absurd, wenn der Ausgleich eines Defizits des ambulanten Vergütungssystems aufgrund unzulässiger Annahmen zu Lasten aller Krankenhäuser gehen würde und somit die bereits bestehende Unterfinanzierung der stationären Krankenhausversorgung nochmals verschärft würde.

Aus Sicht der DKG könnte die Sicherstellung der Versorgung durch die Fachambulanzen durch Loslösung von der mit dem eingebrachten Antrag immer noch vorhandenen Abhängigkeit von den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Abkehr von der unzureichenden Vergütung nach EBM verbessert werden. Sowohl auf der Krankenhausseite als auch bei den Krankenkassen könnte dadurch eine verbesserte Planungssicherheit geschaffen werden. Mit der Regelung, dass die Finanzierungslücken durch ergänzende Pauschalen zur EBM-Vergütung geschlossen werden sollen, würden die Verhandlungen mit den Krankenkassen problematisch, da für die Differenzbetrachtung neben einer angemessenen Vergütung auch noch das zu prognostizierende Vergütungsvolumen nach EBM berücksichtigt werden müsste. Auch in diesem Zusammenhang ist es besonders bedenklich, dass der Änderungsantrag keine Schiedsstellenfähigkeit im Konfliktfall vorsieht. Nach der derzeitigen Gesetzessystematik wird die Schiedsstellenfähigkeit in § 120 Absatz 4 SGB V geregelt. Dieser Absatz verweist jedoch bisher nur auf Vereinbarungen nach § 120 Absatz 2 und noch nicht auf einen neu eingefügten Absatz 1 a. Dieses und der zusätzliche administrative Aufwand

provadis
Partner für Bildung & Beratung

Fernlehrgang: Qualitätsassistent/-in im medizinisch-technischen Labor



Die berufsbegleitende Weiterbildung für Labormitarbeiter, die ihren Schwerpunkt im medizinisch-technischen Bereich sehen.

Endlich als zertifizierter Fernlehrgang, inkl. der **RiLiBÄK 2008!**

praxisorientiert | überall zu absolvieren | individuelle Disposition

Inhalte:

Modul 1: Grundlagen des Qualitätsmanagements

Modul 2: Qualitätsmanagement im Labor

Modul 3: Grundlagen der Qualitätssicherung

Modul 4: Qualitätssicherung im Labor

Zertifiziert mit **400 Punkten der LÄKH**

Termin: 16.02.2009 – 05.07.2009

Alle Module sind selbstverständlich auch einzeln buchbar.

Nähere Informationen erhalten Sie unter:

frank.schmitt@provadis.de oder

www.provadis.de/fernlehrgaenge

einer zweigleisigen Abrechnung könnte mit dem Vorschlag der DKG vermieden werden.

Für eine mittel- und langfristige Planungssicherheit der Fachambulanzen ist es 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, die Zulassung der Fachambulanzen aus systematischen Gründen dem § 118 SGB V anzugliedern.

Formulierungsvorschlag:

§ 118 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Psychiatrische Institutsambulanzen und Fachambulanzen für Kinder und Jugendmedizin“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Kinder- und jugendmedizinische und insbesondere kinderchirurgische, kinderorthopädische und kinderradiologische Fachambulanzen an Krankenhäusern sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss zur ambulanten fachärztlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu ermächtigen.“

Die Regelungen zur Vereinbarung und Vergütung sollten entsprechend der bestehenden Gesetzssystematik in § 120 Absatz 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. Die Schiedsstellenfähigkeit gemäß § 120 Absatz 4 SGB V wäre bei Integration in den Absatz 2 gewährleistet. Ggf. müsste durch den Wegfall der EBM-Vergütung und der Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkassen noch die Entlastung der Gesamtvergütungen geregelt werden.

Formulierungsvorschlag:

§ 120 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 und Satz 3 werden jeweils nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „sowie der kinder- und jugendmedizinischen und insbesondere kinderchirurgischen, kinderorthopädischen und kinderradiologischen Fachambulanzen“ eingefügt.

Belegärztliche Versorgung

Änderungsanträge zu § 18 und § 19 KHEntgG sowie § 121 SGB V

Die DKG begrüßt die Überlegungen zur Flexibilisierung der belegärztlichen Versorgung. Jedoch sollte eine konsequente

Überwindung der Sektorengrenzen in Form der Überführung des Belegarztwesens in ein Kooperationsarztmodell erfolgen. Hierbei würde die vollständige stationäre Leistung, einschließlich der ärztlichen Behandlung, durch das Krankenhaus erbracht. Eine künstliche Trennung des Behandlungsvertrages, wonach der Patient eine vertragliche Beziehung sowohl mit dem Belegarzt als auch mit dem Krankenhaus eingeht, wäre obsolet.

Bei diesem von der DKG präferierten Kooperationsarztmodell würden der niedergelassene Arzt und das Krankenhaus eine Vertragspartnerschaft eingehen, deren Ausgestaltung der Vertragsfreiheit unterläge. Die damit einhergehende Flexibilisierung der Organisation und Prozesse im Krankenhaus sowie die Flexibilisierung der Tätigkeit des Vertragsarztes, dessen Freiberuflichkeit vollständig erhalten bliebe, würde in der Folge zu einer optimierten Patientenversorgung und einer optimalen Verzahnung der Versorgungssektoren führen. Hierfür wäre jedoch eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit erforderlich, die bei der zeitlichen Reglementierung einer Tätigkeit für ein Krankenhaus über die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eröffneten Möglichkeiten hinausgehen müsste.

Das in der Begründung des Änderungsantrages bekundete Ziel der Ermöglichung gleicher Wettbewerbschancen zwischen den Krankenhäusern mit Haupt- und Belegabteilungen kann nur dann gänzlich erreicht werden, wenn in sämtlichen Einrichtungen, für die das KHEntgG maßgeblich ist, ein einheitlicher DRG-Katalog Anwendung findet. Dies wäre beim Kooperationsarztmodell gewährleistet. Ein zusätzlicher Katalog für Belegabteilungs-DRGs wäre somit nicht mehr notwendig. Jedoch wären zur Umsetzung des Kooperationsarztmodells weitere rechtliche Anpassungen erforderlich. Die beabsichtigten gleichen Wettbewerbschancen sollten nicht nur zwischen den Krankenhäusern, sondern vielmehr auch zwischen den niedergelassenen Ärzten bestehen.

Es ist schwer nachvollziehbar, warum es bei der im Änderungsantrag dargestellten Gesetzesregelung weiterhin einer Zulassung als Belegarzt durch den Zulassungsausschuss bedarf. Es handelt sich bei diesen Leistungen um eine stationäre Behandlungsform, bei der die Rahmenbedingungen auch durch das jeweilige Krankenhaus gestaltbar sein sollten. Hier gehört die freie Wahl eines Kooperationspartners mit der Möglichkeit der freien Ausgestaltung der Vertragsinhalte zweifellos dazu, sofern zu definierende Voraussetzungen bzw. Bedingungen erfüllt wären. Zudem ist es in diesem Zusammenhang inkonsequent, dass die Steuerungsmechanismen der belegärztlichen Versorgung weiterhin in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Zulassungsausschüsse liegen, jedoch bei Wahl der im Änderungsantrag aufgezeigten Option des Abschlusses eines Honorarvertrages keinerlei Finanzmittel aus dem vertragsärztlichen Bereich für die Patientenversorgung bereitgestellt werden. Außerdem wäre noch auf die derzeitige Formulierung des § 18 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG hinzuweisen, nach der eines der Merkmale des Belegarztes ist, dass dieser keine Vergütung vom Krankenhaus erhält. Durch die in den Änderungsanträgen angedachte Vergütungsvariante mit-

tels eines gesonderten Honorarvertrages würde dem Belegarzt jedoch gerade eine solche Vergütung vom Krankenhaus gewährt. Letztlich wird dadurch die Stellung des Vertragsarztes als Belegarzt, die dieser nach den Änderungsanträgen beibehalten soll, gerade in Frage gestellt.

Auf dem Weg, eine weitgehende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu erreichen, kann die mit dem Änderungsantrag aufgezeigte Regelung einen ersten Schritt darstellen. Eine effiziente Leistungserbringung, die eine in sich geschlossene Behandlung der Patienten sicherstellt, sollte jedoch mit der Umsetzung des Kooperationsarztmodells erreicht werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass beim Belegarztwesen heutiger Prägung nicht mehr vorrangig die eigenen Patienten, sondern vielmehr auch Patienten anderer Vertragsärzte auf Basis eines Überweisungsauftrags behandelt werden. Grundvoraussetzung sowohl des im Änderungsantrag aufgezeigten Vergütungsmodells als auch des DKG-Ansatzes einer Überführung des Belegarztwesens in ein Kooperationsarztmodell ist jeweils, dass die Abrechnung der Hauptabteilungs-DRGs keinerlei negative Auswirkungen auf die Erlössituation der anderen Krankenhäuser entfalten darf.

Sonderregelungen für Praxiskliniken

Änderungsanträge zu § 122 und § 140 b SGB V

Die DKG spricht sich ausdrücklich gegen die Einführung von Sonderregelungen für Praxiskliniken zur Erbringung von stationersetzenden Leistungen aus. Stationersetzende Leistungen können einerseits bereits von Krankenhäusern nach den Grundsätzen des Vertrages nach § 115 b Absatz 1 SGB V erbracht werden. Diese Leistungen sind in dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe ausdrücklich benannt. Der Leistungskatalog ist als Anlage 1 Bestandteil des Vertrages nach § 115 b Absatz 1 SGB V. Darüber hinaus haben auch niedergelassene Vertragsärzte die Möglichkeit, stationersetzende Eingriffe nach Maßgabe des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu erbringen. Letztlich existieren in der Praxis überdies vielfältige Kooperationen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Vertragsärzten bezüglich der Erbringung stationersetzender Leistungen.

Praxiskliniken wiederum sind nach der in § 115 Absatz 2 Nr. 1 SGB V enthaltenen Legaldefinition lediglich Einrichtungen, in denen Versicherte durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Der in

Kostensteigerungen aus Krankenhaussicht 2008 und 2009			
	Personalkosten	Sachkosten	Gesamt
2008	1,10	1,26	2,36 Mrd. €
2009 (+2008)	2,22 (+ 1,10)	1,32 (+1,26)	3,54 Mrd. € (+ 2,36 Mrd. €)
2008 und 2009 kumuliert			8,26 Mrd. €
Gesetzliche Be- und Entlastungen 2008 und 2009			
Veränderungsrate 2008	+ 0,64%		0,36 Mrd. €
Rechnungsabschlag 2008	- 0,5 %		- 0,23 Mrd. €
Veränderungsrate 2009 (+ 2008)	+ 1,41 % (+ 0,64%)		0,80 Mrd. € (+ 0,36 Mrd. €)
Entfall IV-Anschlussfinanzierung 2009, Krankenhausanteil			0,20 Mrd. €
2008 und 2009 kumuliert			1,49 Mrd. €
Deckungslücke zu 8,26 Mrd. €			
- 6,77 Mrd. €			
Avisierte Entlastungen 2009 durch das KHRG – Entwurf			
Anteilige Finanzierung der Tarifkostensteigerungen 2008/9			1,35 Mrd. €
Pflegeförderung progressiv bis 2011			max. 0,22 Mrd. €
Verbesserung Psychiatrie			0,06 Mrd. €
Ausbildungsstättenzuschläge			0,15 Mrd. €
Mögliche finanzielle Entlastung 2008/9			max. 1,72 Mrd. €
Deckungslücke zu 6,77 Mrd. €:			
mind. - 5,05 Mrd. €			

einer Praxisklinik arbeitende Arzt ist somit ein niedergelassener Vertragsarzt, der schon für sich befugt ist, stationersetzende Eingriffe durchzuführen. Die Versorgungssicherheit bezüglich der Erbringung stationersetzender Leistungen wird allerdings schon durch Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte gewährleistet.

Letztlich erschließt es sich der DKG nicht, wie die „stationäre Durchführung“ stationersetzender Leistungen – wie im Änderungsantrag bei der Formulierung von § 122 SGB V vorgesehen – erfolgen soll. Entweder die Leistung ist „stationersetzend“ und daher gerade nicht stationär durchzuführen oder es handelt sich um eine stationäre Leistung, die im Krankenhaus zu erbringen ist. Aus Sicht der DKG besteht daher keine Notwendigkeit für die Durchführung stationersetzender Leistungen einen weiteren Leistungserbringer im Gesetz zu implementieren. Dies gilt auch für die Möglichkeit, Praxiskliniken an der integrierten Versorgung zu beteiligen. Auch in diesem Bereich sind Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte in § 140 b Absatz 1 Nrn. 1 und 2 SGB V bereits als mögliche Vertragspartner der integrierten Versorgung genannt. ■