

„Unschöne Bescherung zu Weihnachten“

KHRG verdirbt den Einstieg ins neue Jahr

Erwartungsgemäß hat der Deutsche Bundestag in seiner letzten Sitzungswoche im Jahr 2008 das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) mit den Stimmen der Großen Koalition gegen die Fraktionen von FDP, Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke beschlossen. Derzeit gehen die Beobachter der gesundheitspolitischen Szene in Berlin davon aus, dass der Bundesrat dem Gesetzesbeschluss des Bundestages in seiner Plenarsitzung am 13. Februar zustimmen wird, trotz der während des Verfahrens wahrnehmbaren und später noch bekräftigten Missfallensbekundungen aus Nordrhein-Westfalen. Aller Voraussicht nach wird es bei diesem Gesetzeswerk bleiben, das vor allem seitens der Krankenhäuser mit großer Enttäuschung aufgenommen wurde. Die Änderungsanträge, mit denen vorgeblich die finanziellen Hilfen für die Krankenhäuser auf die politisch zugesagten 3,5 Mrd. € begrenzt werden sollten, sorgten im Verlauf des Verfahrens immer wieder für Unmut und Verärgerung. Der genaue Umfang der finanziellen Hilfen ist auch nach der Vorlage einer Finanzaufstellung nicht genau bezifferbar. Das BMG geht von Mehrausgaben für die Krankenhäuser von insgesamt 3,55 Mrd. € aus, in denen der Anstieg der Grundlohnsumme im Jahr 2009 allerdings bereits enthalten ist. Das tatsächliche Volumen der finanziellen Hilfen hat von Anfang an mehr im Bereich von 2,5 Mrd. € gelegen. Damit ist von der ursprünglichen Intention des Gesetzes als einem „Hilfsgesetz“ für die Krankenhäuser nur wenig übrig geblieben. Angesichts der nur hälftigen Refinanzierung der Mehrausgaben für Tarifsteigerungen und deren teilweiser Verrechnung mit Mehrerlösen aus der Konvergenz wird es auch 2009 bei einer grundsätzlich angespannten Situation in der Krankenhausfinanzierung bleiben. Auch die weiterführenden ordnungspolitischen Entscheidungen zu den Fragen der Ausgabensteuerung und der Investitionsfinanzierung sind nicht überzeugend gelöst. Die wichtigsten Regelungen sind auf den Seiten 16 bis 20 dargestellt.

Unterfinanzierung der Krankenhäuser bleibt bestehen

Anlässlich der Beratung des KHRG im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages und der zu erwartenden Verabschiedung durch den Deutschen Bundestag brachte DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters die Enttäuschung der Krankenhäuser auf den Punkt:



„Noch nie ist ein Gesetzgebungsverfahren in einer derart krankenhaushausfeindlichen Atmosphäre durchgeführt worden. Mit einer unübersichtlichen Zahl von Änderungsanträgen, die weitere Lasten für Krankenhäuser vorsahen, wurde dieses Gesetzgebungsverfahren vom federführenden Ministerium in geradezu chaotischer Weise belastet.“

DKG-Präsident
Dr. Rudolf Kösters
Foto: dpa

„Das Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausfinanzierung endet mit einem verwässerten Hilfspaket und falschen ordnungspolitischen Weichenstellungen für die Kliniken. Aus Sicht der Krankenhäuser ist das Gesamtergebnis enttäuschend. Anders als die Deutsche Bahn, die mit ausdrücklicher Genehmigung der Bundesregierung ihre Kostensteigerungen an die Fahrgäste weiterreicht, begrenzen harte gesetzliche Vorgaben die Preiserhöhungsmöglichkeiten der Krankenhäuser auf die Grundlohnrate der Vorjahre. 2008 waren dies 0,14 Prozent (netto), für 2009 sind es 1,41 Prozent. Die Tarifabschlüsse sehen Kostensteigerungen von ca. 8 Prozent für die beiden Jahre vor. Die Inflationsrate und insbesondere der Energiekostenanstieg liegen ebenfalls deutlich über diesen Werten.

Mit dem Hilfspaket der Koalition für die Tarifsteigerungen wird nur etwa die Hälfte des Personalkostenanstiegs refinanziert. Mit der anderen Hälfte, ca. 2 Mrd. €, sowie mit dem Anstieg der Sachkosten werden die Krankenhäuser alleingelassen. Dies wird bei einem Personalkostenanteil von über 65 Prozent zu einem weiteren deutlichen Arbeitsplatzabbau führen. Die längst aus finanzieller Not nach 15 Jahren Deckelung stattfindende schleichende Rationierung wird sich ebenso wie der Weg in die Zweiklassenmedizin nochmals beschleunigen.

Verschärft wird diese absehbare Entwicklung auch dadurch, dass der Finanzrahmen im Gesetzgebungsverfahren weiter eingengt wurde. Die Streckung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr bedeutet für die Krankenhäuser in einigen Bundesländern den Wegfall geplanter Einnahmen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Hilfen – anders als zugesagt – erst spät im Jahr 2009 fließen werden, weil das Gesetz langwierige Verhandlungen mit den Kassen vorsieht. Es ist geradezu grotesk,

dass ein geschrumpftes Hilfspaket ohne Not zeitverzögert wird, während überall in der Volkswirtschaft nach Möglichkeiten gesucht wird, die Konjunktur zu fördern. Banken wird mit großen Milliardenbeträgen sofort geholfen, Krankenhäuser müssen die ab Januar 2009 zu zahlenden höheren Löhne teuer vorfinanzieren. Und dies, obwohl den Kassen Monat für Monat über den Fonds Mittel einschließlich der Hilfen für die Krankenhäuser bar zufließen. Das ist ein Skandal.

Ordnungspolitische Grundbekenntnisse, für die Ulla Schmidt noch auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2008 eingetreten war, sind mit der Festlegung des einheitlichen Beitragsatzes für den Fonds zu Leerformeln geworden. Die Deckelung der Krankenhausaufgaben setzt sich in neuem Gewande fort. Letztlich sind durch das Insistieren des Gesundheitsministeriums gegenüber dem vom Bundeskabinett verabschiedeten Gesetzentwurf durchweg Verschlechterungen eingetreten. Die Aufstockung der befristeten Personalkostenzuschüsse für Pflegekräfte auf 90 Prozent ändert an dieser Bilanz nichts. Ob die 3,5 Mrd. €, die den Krankenhäusern in 2009 als Erlöszuwachs zugesichert wurden und aus denen die Tarif- und Sachkostensteigerungen, das Pflegestellenprogramm, die Funktionsfähigkeit der Ausbildungsstätten, die Morbiditätslasten und vieles mehr bezahlt werden müssen, tatsächlich in den Kliniken ankommen werden, ist unsicher. Die Gesamtkostenlast der Häuser jedenfalls liegt bei mehr als 6,7 Mrd. €.

Die Träger der Krankenhäuser und ihre ca. 1 Mio. Beschäftigten sind tief enttäuscht über den Inhalt und das Verfahren der Gesetzgebung. Wertschätzung und Würdigung der Leistung sieht anders aus.“



Schmidt betont Vorteile für Patienten durch Klinik-Finanzspritze:

Von der „milliardenschweren“ Finanzspritze an die Kliniken im kommenden Jahr erwartet Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eine deutliche Verbesserung auch für die Kranken. „Das Gesetz nutzt den Patienten“, erklärte die SPD-Politikerin der Nachrichtenagentur AP. Die Modernisierung der Krankenhäuser werde vorangebracht und mehr Pflegekräfte könnten eingestellt werden. Nach Schmidts Angaben erhalten die gut 2 000 Kliniken in Deutschland 2008 und 2009 zusammen rund 5,5 Mrd. € mehr von den gesetzlichen Krankenkassen. „Das ist eine gewaltige Summe“, betonte die Ministerin.

Statt ursprünglich 21 000 neuer Stellen für Pflegekräfte sind nun nur noch 17 000 vorgesehen. Dafür übernehmen die Krankenkassen bis zu 90 Prozent der Kosten jeder neuen Stelle. „Das Gesetz wird einen Beitrag zur Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen im

Wachstumssektor Gesundheit leisten“, meinte Schmidt. Sie appellierte an die Länder, ihren Beitrag zur Klinikfinanzierung beizusteuern: „Jetzt müssen Länder ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen und damit aufhören, zulasten der Krankenhäuser zu sparen. Wenn das geschieht, sind die deutschen Krankenhäuser für die Zukunft gut aufgestellt.“

Foto: dpa

Aktionsbündnis kritisiert: Kliniken bleiben unterfinanziert

Anlässlich der Verabschiedung des KHRG durch den Deutschen Bundestag wertete das Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ es als Erfolg, dass den Krankenhäusern eine erste Hilfe in Höhe von 3,5 Mrd. € zur Verfügung gestellt werde. In buchstäblich letzter Sekunde seien weitgehende Kürzungsabsichten des BMG abgewehrt worden. Das „Hilfsprogramm“ für die Kliniken und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sei allerdings eine „unterdosierte Finanzspritze“, die auf Dauer die hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern nicht sichern könne. Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser bleibe bestehen, zumal auch die Investitionslücke in den Bundesländern nicht geschlossen werde.

Das Aktionsbündnis forderte, dass die zugesagten Gelder zeitnah in den Kliniken ankommen. Die bisherige Regelung, wonach erst nach den Verhandlungen mit den Krankenkassen die Finanzhöhe festgeschrieben werden kann, sei praxisfern und führe zu unnötigen Verzögerungen.

„Die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten erwarten, dass der 2009 neu zu wählende Deutsche Bundestag und die Bundesländer die Krankenhausfinanzierung endlich auf gesunde Beine stellen. Die Klinikfinanzierung ist insgesamt stärker am Bedarf zu orientieren, damit der Versorgungsauftrag der Krankenhäuser für die Bevölkerung auch in Zukunft in hoher Qualität erfüllt werden kann. Krankenhäuser müssen endlich wieder mehr investieren und modernisieren können“, heißt es in einer Erklärung des Bündnisses.

Ausdrücklich dankten die im Aktionsbündnis vertretenen Verbände und Organisationen allen Mitarbeitern der Krankenhäuser, „die mit ihrem fantastischen Engagement dazu beigetragen haben, dass die finanziellen Mittel für die Kliniken zukünftig zumindest um 3,5 Mrd. € steigen werden“. Erheblichen Einfluss darauf habe insbesondere die Großdemonstration am 25. September 2008 in Berlin gehabt, als 130 000 Klinikbeschäftigte aus ganz Deutschland für eine ausreichende Finanzierung der deutschen Krankenhäuser in der Bundeshauptstadt demonstrierten.

Erwartungen massiv enttäuscht

Das Diakonische Werk der EKD (DW EKD) und der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) sind enttäuscht über die Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG). Für den Präsidenten

des DW EKD, Klaus-Dieter Kottnik, hat die Politik ihr Versprechen nicht gehalten, die Finanzierung der Krankenhäuser ab 2009 auf eine tragfähige Basis zu stellen. „Weder ist eine auskömmliche Finanzierung der Investitionskosten in Sicht, noch ist sichergestellt, dass die Preise für Krankenhausleistungen künftig der realen Kostenentwicklung folgen können“, so Kottnik.

Der Vorsitzende des DEKV, Udo Krolzik, wirft den Politikern vor, sie verweigerten den Krankenhäusern weiterhin die notwendigen Mittel, die sie benötigen, um die massiv gestiegenen Personal- und Sachkosten zu kompensieren. Die Aufstockung der Zuschüsse zur Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte von 70 auf 90 Prozent könne nicht darüber hinwegtäuschen, dass die von der Politik als notwendig erkannte Finanzhilfe für die Krankenhäuser bei weitem hinter den Erfordernissen zurückbleibe. Zusätzlich entziehe die kurzfristig beschlossene Verlängerung der Konvergenzphase gerade wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern Mittel in erheblichem Umfang. Die entsprechenden Erlöse hatten die Häuser auf Basis des geltenden Rechts bisher fest eingeplant. „Die Verlässlichkeit der Politik nimmt durch die jetzt vorgenommene Änderung der Rechtslage schweren Schaden“, so Krolzik.

Diakonie und DEKV ließen in ihrer Erklärung vom 19. Dezember 2008 den Hinweis auf die voraussichtlich spärlicher als erwartet fließenden Einnahmen des Gesundheitsfonds nicht gelten. „Wer für Banken und andere Unternehmen kurzfristig dreistellige Milliardenbeträge bereitstellt, aber ein Prozent dieser Summe für die Finanzierung der Krankenhäuser und die Versorgung von 17 Millionen Patienten nicht aufbringt, verliert seine Glaubwürdigkeit“, so Kottnik. Die Entscheidung des Bundestages für das Gesetz in der vorliegenden Form verschärfe die seit Jahren anhaltende Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Dies sei hochgradig frustrierend für die zigtausend Beschäftigten, deren Arbeitsbelastung vielfach schon jetzt die Grenzen des Zumutbaren deutlich überschreite. „Erneut werden Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht honoriert. Statt die knappen Mittel nach Qualitätskriterien zu verteilen, werden sie für alle Krankenhäuser weiter verknappert. Liquiditätsgänge und Klinikinsolvenzen sind vorprogrammiert – ohne Rücksicht auf Krankenhausplanung und Versorgungssicherheit“, fürchtet Krolzik.

Bundesländer intervenieren zugunsten der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser müssen die zugesagte finanzielle Entlastung in voller Höhe bekommen; Bundesgesundheitsministe-



Erst am 24. September, bezeichnenderweise einen Tag vor der historischen Großkundgebung der Krankenhäuser in Berlin, lag ein vom Kabinett beschlossener Gesetzentwurf vor. Vom BMG wurde dieser als großes Hilfsprogramm für die Krankenhäuser propagiert. Die Kliniken hingegen waren enttäuscht. Nicht zuletzt deshalb, weil auch als großzügige Hilfe verkauft wurde, was ohnehin gesetzlich vorhergesehen war, und weil wie selbstverständlich die Finanzierungslast für die Tarifsteigerungen zur Hälfte den Krankenhäusern aufgebürdet wurde. Dennoch haben einige Krankenhäuser, frustriert nach monatelanger Diskussion, im Kabinettsentwurf ein Licht am Ende des Tunnels erkannt. **Wie es sich jetzt aber herausstellt scheint dieses Licht ein entgegenkommender Zug zu sein, der die Krankenhäuser zu überrollen droht.**

Redeauszug von Franz Stumpf, Oberbürgermeister von Forchheim, Vorsitzender der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, anlässlich der Mitgliederversammlung der BKG am 12. Dezember 2008 in München

Foto: dpa

rin Ulla Schmidt hat Wort zu halten. Diese Forderung erhoben in der ersten Dezemberwoche gemeinsam Dr. Monika Stolz, Ministerin für Arbeit und Soziales des Landes Baden-Württemberg, Dr. Markus Söder, Minister für Umwelt und Gesundheit des Landes Bayern, Karl-Josef Laumann, Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, und Silke Lautenschläger, hessische Sozialministerin. „Bund und Länder haben sich nach langen, intensiven Diskussionen im Herbst 2008 auf die Krankenhausfinanzierung geeinigt. Den Ländern war dabei besonders wichtig, die Krankenhäuser finanziell zu entlasten. Laut Aussage von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sollte die Entlastung eine Höhe von 3,5 Mrd. € erreichen. Diese öffentlich angekündigte Entlastung stellt das BMG jetzt wieder in Frage. Staatssekretärin Caspers-Merk schlug Änderungen vor, die den Krankenhäusern mit der anderen Hand wieder nehmen, was ihnen mit der einen Hand gegeben werden soll. Die Krankenhäuser empfinden einen derartigen Schritt zu Recht als Wortbruch. Im Interesse unserer Krankenhäuser und zum Wohle aller Patienten fordern wir die Bundesgesundheitsministerin auf, von den genannten Vorschlägen Abstand zu nehmen.“

In der Vorschlagsliste des Bundesgesundheitsministeriums soll beispielsweise der aus dem ambulanten Bereich bekannte „Hamsterradeffekt“ ebenso wieder eingeführt werden wie die Budgetdeckelung. Mehreinnahmen von Krankenhäusern durch Anpassung an den landesweit einheitlichen Landesbasisfallwert sollen von der in Aussicht gestellten Finanzierung der für 2008 und 2009 vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen abgezogen werden. Dies waren nur einige besonders augenfällige Beispiele aus einer Vielzahl von Änderungen in

dieser Vorschlagsliste, die Krankenhäuser nicht wie versprochen entlasten, sondern belasten werden und die von den Bundesländern zurückgewiesen wurden.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion und hier insbesondere der Bundestagsabgeordnete Dr. Hans Georg Faust haben sich ebenfalls deutlich gegen diese und andere Vorschläge ausgesprochen und entsprechende Änderungen zugunsten der Krankenhäuser bewirkt und noch Schlimmeres verhindert.

BWKG: Warum müssen Krankenhäuser um jeden Cent feilschen?

Der Vorstandsvorsitzende der BWKG, Franz Weber, bewertete das Ergebnis der Abstimmung zum KHRG als enttäuschend: „Das Gesetz bringt den Krankenhäusern neben einem unzureichenden finanziellen Hilfspaket vor allem falsche ordnungspolitische Weichenstellungen.“ So würden im Jahr 2009 ausgerechnet die leistungsfähigen Häuser bestraft, da bei Mengensteigerungen ein Preisabschlag vorgesehen sei. Bei den Banken mache die Politik ohne Zögern hohe Milliardenbeträge locker, während die Krankenhäuser um jeden Cent feilschen müssen.

Die zusätzliche finanzielle Hilfe durch das Gesetz decke nur einen Teil des Personalkostenanstiegs in den Krankenhäusern ab. Mit dem anderen Teil sowie mit dem Anstieg der Sachkosten würden die Krankenhäuser alleingelassen. „Ich habe den Eindruck, dass der Politik die Banken viel näher liegen als die Krankenhäuser“, so der BWKG-Vorstandsvorsitzende. Durch die fortgesetzte Unterfinanzierung müsse es zwangsläufig zu einem weiteren Arbeitsplatzabbau kommen. Damit würden die gesundheitliche Versorgung der Patienten und die Gesundheit der Krankenhausmitarbeiter aufs Spiel gesetzt.

Problematisch sei auch, dass die zugesagten Hilfen erst spät im Jahr 2009 fließen werden, weil das Gesetz langwierige Verhandlungen mit den Kassen vorsieht. Ob die 3,5 Mrd. Euro, die den Krankenhäusern in 2009 als Erlöszuwachs zugesichert wurden, dann tatsächlich in den Kliniken ankommen werden, sei unsicher.

Mit Unverständnis nähmen die Krankenhäuser auch die Regelungen zur Förderung von Praxiskliniken auf. Hier werde ein neuer Sektor zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufgebaut, anstatt Sektorengrenzen zu überwinden. „Neue Kapazitäten aufzubauen, während ansonsten Überkapazitäten beklagt werden, ist geradezu absurd“, so Weber. ■

Übersicht über die Inhalte (Auszüge) des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes – KHRG ST – Drucksache 16/11429

I. Finanzierungshilfen

Berücksichtigung der Tarifierhöhungen 2008/2009 im Landesbasisfallwert (§ 10 Absatz 5 KHEntg i.V.m. § 10 Absatz 2 a KHEntg)

- Die Differenz zwischen den tariflichen Vereinbarungen und der Veränderungsrate – bezogen auf die Personalkosten – wird zu 50 Prozent finanziert durch Erhöhung des Landesbasisfallwertes.
- Vereinbarung der Erhöhungsrates durch die Vertragsparteien auf Bundesebene.
- Vereinbarung von Abschlägen für den Fall, dass die Erhöhungsrates krankenhausesindividuell zu einer mehr als hälftigen Refinanzierung der Personalkosten führen würde. Ausnahme: Notlagentarifverträge.
- GKV-Finanzwirkung 2009 ca. 1,2 Mrd. €.

Pflegepersonalstellenprogramm (§ 4 Absatz 10 KHEntg)

- Vereinbarung von Zuschlägen für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal (Stichtag jeweils der 30. Juni im Vergleich zum Vorjahr) bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Erlösbudgets für das Jahr 2009 bzw. 0,96 Prozent für das Jahr 2010, befristet bis 2011.
- Der Finanzierungsanteil durch die Krankenkassen wird auf 90 Prozent begrenzt, so verbleibt ein krankenhausesindividueller Eigenanteil von 10 Prozent je zusätzlicher Pflegestelle.

- Die Mittel können auch zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen sowie für die Aufstockung von Teilzeitstellen verwendet werden.
- Das Volumen der Zuschläge 2011 wird 2012 in die jeweiligen Landesbasisfallwerte überführt.
- GKV-Finanzwirkung in 2009 bis zu 220 Mio. €.

Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen nach der Psych-PV (§ 6 Bundespflegesatzverordnung)

- Gewährleistung eines mindestens 90-prozentigen Personalbestandes nach den Psych-PV-Vorgaben.
- Bei Nachweis eines höheren Personalbedarfs ist eine Personalbesetzung bis zu 100 Prozent der Psych-PV zu vereinbaren.
- Stichtag für die Ermittlung fehlender Personalstellen ist der 31. Dezember 2008.
- Erhöhung der Berichtigungsquote nach § 6 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung auf 40 Prozent. Bei einem angenommenen Personalkostenanteil von 80 Prozent entspricht dies einer 50-prozentigen Finanzierung der Personalkostensteigerungen.
- GKV-Finanzwirkung für 2009 ca. 100 Mio. €.

Finanzierung der Ausbildungskosten (§ 17 a Absatz 1–3 KHG)

- Klarstellung, dass alle Positionen der Ausbildungskosten im Ausbildungsbudget zu berücksichtigen sind, einschließlich

der Kosten der Praxisanleitung und die Kosten für die Qualifizierung der Praxisanleiter sowie möglicher Arbeitsausfallkosten.

- GKV-Finanzwirkung in 2009 ca. 150 Mio. €.

GKV-Rechnungsabschlag (§ 8 Absatz 9 KHEntgG)

- Wegfall des Abschlags in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patienten zum 1. Januar 2009.
- GKV-Finanzwirkung in 2009 ca. 230 Mio. €.

II. Kostendämpfungsmaßnahmen

Krankenhausindividuelle Abschläge für 2009

(§ 4 Absatz 2 a KHEntgG)

- Verpflichtung zum Abschluss krankenhausesindividueller Vereinbarungen für Abschläge bereits vereinbarter Mehrleistungen für das Jahr 2009 in unbestimmter Höhe.

Streckung des letzten Konvergenzschrittes

(§ 5 Absatz 6 KHEntgG)

- Wegen des insgesamt zu erwartenden Konvergenzgewinns wird die letzte Stufe auf den Landesbasisfallwert über hausindividuelle Zu- bzw. Abschläge im Jahr 2009 halbiert.
- Der Unterschiedsbetrag zwischen dem hausindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 und dem Landesbasisfallwert wird ermittelt und in Höhe von 50 Prozent mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert.
- Erst in 2010 kommt der Landesbasisfallwert einheitlich zur Anwendung.

Berücksichtigung von Leistungsveränderungen bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte

(§ 10 Absatz 3 KHEntgG)

- Künftig werden neben den Veränderungen der Fallmenge auch die Veränderungen der Fallschwere – also alle Leistungsveränderungen – nur mit ihrem geschätzten Anteil der variablen Kosten bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt.

Übertragung des Einzugs von Zuzahlungen auf die Krankenhäuser (§§ 39 und 43 b SGB V)

- Der Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen verringert sich um die Zuzahlung.
- Übertragung von Einzug und Durchführung von Vollstreckungsverfahren auf die Krankenhäuser.
- Kostenerstattung für Verwaltungs- und Vollstreckungsverfahren durch die Krankenkassen.
- Ausfallrisiko verbleibt nach erfolgloser Vollstreckung bei den Krankenkassen.

Vergütungsregelungen für Spezialambulanzen in Kinderkliniken (§ 120 SGB V)

Vereinbarung von fall- oder einrichtungsbezogenen Pauschalen für die in kinder- und jugendmedizinischen sowie kinderchirurgischen und weiteren Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen.

Die Finanzierung erfolgt über die Absenkung der Landesbasisfallwerte.

III. Ordnungspolitische Inhalte

Ablösung der Veränderungsrate durch einen Veränderungswert (§ 10 Absatz 6 KHEntgG)

- Das Statistische Bundesamt wird mit der Ermittlung eines Orientierungswertes beauftragt, der die Kostenstrukturen und Kostenentwicklungen bei den Krankenhäusern abbilden soll.
- Erstmalige Ermittlung des Orientierungswertes zum 30. Juni 2010.
- Das BMG bestimmt die Höhe des vom Orientierungswert abgeleiteten Veränderungswertes durch Rechtsverordnung (nach Anhörung der Länder).
- Zeitpunkt der Umstellung von Veränderungsrate auf Veränderungswert ist noch vom BMG zu bestimmen (ebenfalls nach Anhörung der Länder).
- GKV-Finanzwirkung: unbestimmt.

Bundesbasisfallwertkorridor (§ 10 Absatz 8 und 9 KHEntgG)

- Konvergenz auf einen Basisfallwertkorridor in Höhe von + 2,5 Prozent bis – 1,25 Prozent in den Jahren 2010 bis 2014.
- In Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert des Basisfallwertkorridors liegt, wird der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent des Basisfallwerts begrenzt. Die Konvergenz verlängert sich, bis der obere Grenzwert erreicht ist.
- Vor einer weiteren Angleichung der Basisfallwerte sollen die Ursachen für unterschiedliche Basisfallwerte in den Ländern untersucht werden. Bei Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen wird das BMG bis 2013 einen Verfahrensvorschlag zur weiteren Angleichung der Landesbasisfallwerte vorlegen.

Investitionspauschalen (§ 10 KHG)

- Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen ab 2012 (für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab 2014).
- Bis Ende 2009 sind Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln.
- Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen.

- Entwicklung und Kalkulationen bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen bis Ende 2010 respektive 2012 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.
- Wahlrecht der Länder zur Beibehaltung der Einzelförderung.

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

- Einführung eines durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten.
- Die Selbstverwaltung auf Bundesebene beauftragt das DRG-Institut mit der Entwicklung und vereinbart bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen.
- Die Vereinbarung der Entgelte und Bewertungsrelationen ist bis zum 30. September 2012 vorzunehmen.
- Umsetzung ist ab 2013.
- Ersatzvornahme des BMG ist möglich.

Vergütungsregelungen für Belegärzte (§ 18 KHEntgG)

- Wahloption für Kliniken, die belegärztliche Versorgung durch Vertragsärzte mit Honorarverträgen sicherstellen wollen.
- Die Vergütung erfolgt hierbei durch die Fallpauschalen für Hauptabteilungen, jedoch mit einem 20-prozentigen Abschlag.

Wachstum der Beschäftigung im Gesundheitswesen

2007 gab es im Gesundheitswesen laut dem Statistischen Bundesamt rund 63 000 Arbeitsplätze mehr als im Jahr 2006. Das entspricht einem Wachstum von 1,5 Prozent. Verglichen mit den Vorjahren war dies der stärkste Beschäftigungsanstieg im Gesundheitswesen – Zahlen liegen aus der Gesundheitspersonalrechnung ab dem Berichtsjahr 1997 vor. Zwischen den Jahren 1997 und 2000 war das Personal im Gesundheitswesen zunächst leicht rückläufig (– 20 000 Beschäftigte beziehungsweise – 0,5 Prozent). Anschließend stieg die Zahl der Beschäftigten bis 2003 um insgesamt 143 000 beziehungsweise 3,5 Prozent deutlich an. Zwischen 2003 und 2006 fiel der Beschäftigungsanstieg dann mit einem Plus von insgesamt 75 000 Arbeitsplätzen bzw. 1,8 Prozent etwas schwächer aus.

Mit je 1,8 Mio. Personen arbeitete die Mehrzahl der Beschäftigten (84 Prozent) im Jahr 2007 in Einrichtungen der ambulanten sowie stationären und teilstationären Gesundheits-

IV. Weitere Inhalte/Sonstige Bereiche

In dem KHRG befinden sich zahlreiche weitere Änderungen, häufig technischer Natur, über die an anderen Stellen detaillierter berichtet wird. Beispielhaft sei hier genannt:

- Unterjährige Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Absatz 2 KHEntgG).
- Summe der effektiven Bewertungsrelationen wird zum zentralen Verhandlungsgegenstand auf Landesebene (§ 10 Absatz 1 KHEntgG).
- Erhöhung der MDK-Aufwandspauschale für ungerechtfertigte Abrechnungsprüfungen von 100 auf 300 € (§ 275 SGB i.V.m. § 17 c KHG).
- Die Selbstverwaltung wird beauftragt, bis zum 30. Juni 2009 zu prüfen, ob Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind um die Zusatzkosten der ärztlichen Weiterbildung sachgerecht zu finanzieren. Erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung gerechnet werden (§ 17 b KHG).
- Aufhebung differenzierter Vorgaben für GWG (§ 3 Abgrenzungsverordnung).
- Erfassung von Outsourcing-Personal (§ 3 Krankenhausstatistik-Verordnung).
- Vereinbarung bilateraler Verträge zwischen GKV-Spitzenverband und Verbänden der Praxiskliniken auf Bundesebene zu stationersetzenden Leistungen und Maßnahmen zu Qualitätssicherung (§ 122 SGB V).
- Einführung einer Schiedsmöglichkeit für die Vergütung von Leistungen im Heilmittelbereich (§ 125 SGB V).
- Abschläge für Notfallversorgung (§ 4 Absatz 2 KHEntgG).
- Konvergenz für besondere Einrichtungen (§ 4 Absatz 7 KHEntgG). ■

versorgung. Im ambulanten Sektor gab es zwischen 2006 und 2007 rund 41 000 zusätzliche Arbeitsplätze, die hauptsächlich von den Einrichtungen der ambulanten Pflege (+ 21 000 Beschäftigte) und den Praxen sonstiger medizinischer Berufe (+ 14 000 Beschäftigte) getragen wurden. In der stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung wurden im gleichen Zeitraum 17 000 zusätzliche Arbeitsplätze geschaffen. Hier gab es besonders starke Zuwächse in Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege (+ 12 000 Beschäftigte).

Die Zahl der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten im Gesundheitswesen, die sogenannte Vollzeitäquivalente, lag bei 3,3 Mio. Sie stieg zwischen 2006 und 2007 um 35 000 bzw. 1,1 Prozent an. Der starke Beschäftigungszuwachs im Gesundheitswesen zwischen den Jahren 2006 und 2007 ist fast ausschließlich auf die zunehmende Zahl an Teilzeitbeschäftigten (+ 61 000 Personen bzw. + 4,9 Prozent) zurückzuführen. Die Zahl der Vollzeit- und geringfügig Beschäftigten blieb mit + 3 000 Personen und – 1 000 Personen nahezu konstant. ■