

Georg Baum

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz aus der Sicht der DKG

Kein krankenhausspezifisches Gesetz hat die Gemüter so bewegt wie das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). Zu Beginn der Legislaturperiode wurde es in das Koalitionsarbeitsprogramm mit dem Ziel aufgenommen, den ordnungspolitischen Rahmen für das DRG-System nach Auslaufen der Konvergenzphase zu gestalten. Letztendlich entwickelte sich das sehr spät gestartete Vorhaben zu einem krankenhauspolitischen Großgesetzgebungsverfahren mit positiven, negativen und auch einigen verwunderlichen Positionen. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum zeichnet im nachfolgenden Beitrag den Hintergrund für das Zustandekommen vieler Entscheidungen und Einzelregelungen des KHRG nach und bewertet sie unter dem Gesichtspunkt einerseits der ursprünglichen Zielsetzungen des Gesetzes, andererseits aus dem Blickwinkel der Erwartungen der Krankenhäuser und der Perspektiven, die von dem Gesetz ausgehen.

Nach ersten Ankündigungen der Bundesgesundheitsministerin im Frühjahr des letzten Jahres, den Krankenhäusern angesichts der Kosten- und Tariflohnsteigerungen mit finanziellen Hilfen unter die Arme greifen zu wollen, wurden über Monate Diskussionen geführt, die in ersten Referententwürfen statt der erwarteten Hilfen als Leerstellen ihren Niederschlag fanden. Zu allem Überflus wurde die Diskussion durch das vom Ministerium ernsthaft verfolgte Ziel belastet, jeder einzelnen Krankenkasse die Möglichkeit zu geben, die Krankenhäuser bei elektiven Leistungen um den Versorgungsauftrag bringen und durch erzwungene Rabatte in die Knie zwingen zu können. In dieser Stimmung des halbherzigen Gebens und vollen Bedrohens, gedrängt von der Kosten-schere, sahen sich die Krankenhäuser in der Not, für den 25. September 2008 zur Demonstration aufzurufen. Einen Tag vor der historischen Großdemonstration im deutschen Gesundheitswesen wurde das Gesetz von der Bundesregierung beschlossen und auf den parlamentarischen Weg gebracht. Damit hatte die Demonstration einen wesentlichen Zweck bereits erfüllt, noch ehe die ersten Demonstranten in Berlin ankamen. Ohne die Ankündigung, ohne die große Zahl der Mitmachenden und ohne die konsequente Durchführung der Demonstration wäre die Diskussion in der Koalition im September nicht in den Regierungsbeschluss eingemündet. Sie wäre weitergegangen und am Ende womöglich von der Finanzkrise ab Oktober eingeholt worden.

Kein selektives Kontrahieren, keine Rabattverträge

Aus Sicht der Krankenhäuser galt es zunächst zu begrüßen, dass selektives Kontrahieren und Rabattverträge vom Ministerium aufgegeben wurden. Damit war der Weg frei für eine vorbe-

haltslose offene Diskussion des vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurfes. Angesichts einer Kostenlücke von 6,7 Mrd. € für den Zweijahreszeitraum 2008 und 2009 stand für die Krankenhäuser das Hilfspaket im Mittelpunkt des Interesses.

Die echten zusätzlichen finanziellen Hilfen aus dem Gesetzentwurf (die Tarifhilfe, die Aufstockung der PsychPV und die Klarstellung der Ausbildungsfinanzierung) machen einen Betrag von 1,6 Mrd. € aus. Der von Anfang an auf zwei Jahre gesetzlich begrenzte Sanierungsbeitrag und die bereits durch das GKV/WSG bis Ende 2008 befristete Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung sind genauso wie die Grundlohnrate Positionen, die im Vergleich zu 2008 mehr Mittel für die Krankenhäuser in 2009 bedeuten. Es sind aber keine zusätzlichen Hilfsmaßnahmen. Ebenso wenig können Erlössteigerungen, die einzelne Krankenhäuser infolge steigenden Versorgungsbedarfes erzielen, als freie Mittel zur Verbesserung der finanziellen Situation aller Krankenhäuser deklariert werden. Auch die 220 Mio. €, die zur Einstellung von Pflegekräften bereitgestellt werden, sind keine zusätzlichen freien Mittel, sondern führen zu Mehrausgaben in Höhe des Komplementäranteils des Krankenhauses. Selbst wenn man über diese Feinheiten hinwegsieht und die seinerzeit im Gesetzentwurf ausgewiesenen und erwarteten Mehrerlöse der Krankenhäuser im Jahr 2009 mit 3,2 Mrd. € annimmt, bleibt ein Großteil der Kostenlücke der Krankenhäuser ungedeckt. Zu Recht fragen die Krankenhäuser, wie sie die nicht gedeckten Personalkostensteigerungen insbesondere vor dem Hintergrund der Kürzungen in den vergangenen Jahren decken sollen. Die Forderung nach Aufstockung der finanziellen Hilfen musste von den Krankenhäusern im weiteren Gesetzgebungsverfahren erhoben werden. Gleichwohl bestreitet niemand, dass das Hilfspaket und die Aussicht auf Erlöszuwächse von ca. 3 Mrd. € deutlich mehr sind als ein Tropfen auf den heißen Stein. ▶



„Die Reform der Krankenhausfinanzierung ist mit dem KHRG auf halbem Wege stecken geblieben und enthält teilweise enttäuschende ordnungspolitische Weichenstellungen.“

Georg Baum

meres verhindert werden. Wäre der Versuch geglückt, die Schiedsstellenfähigkeit der örtlichen Budgetvereinbarungen abzuschaffen, von der Grundlohnrate als Obergrenze zunächst das Mehrleistungsvolumen abzuziehen oder den Konvergenzsaldo zulasten aller Krankenhäuser von den Landesbasisfallwerten abzuziehen, hätte dies dauerhafte Schäden angerichtet. Das waren dezidiert keine krankenhaushausfreundlichen Positionierungen.

Konvergenzmechanismus

Dass Krankenhäuser mit unter dem Landesbasisfallwert liegenden hausindividuellen Basisfallwerten durch den letzten Konvergenzschritt Vergütungszuwächse erwarten konnten, war im gesetzlichen Konvergenzmechanismus

Vom Hilfspaket zur Kürzungsdrohung

Dann kamen der Schätzerkreis und die Festlegung des Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds. Dort haben die Krankenkassen der Politik weisgemacht, die Krankenhäuser würden im nächsten Jahr 4,6 Mrd. € Mehrausgaben verursachen. Schließlich wurde festgelegt, dass im Fonds 3,5 Mrd. € Mehrausgaben für die Krankenhäuser bereitgestellt werden sollen. Aus dem Gesetzgebungsverfahren, das gestartet wurde, um den Krankenhäusern Hilfe zu bringen, wurde ein Gesetzgebungsverfahren mit erneuten Kürzungsdrohungen. Getrieben von der Angst überbordender Krankenhausaufgaben, hat sich sodann das federführende Ministerium zu einer nicht mehr überschaubaren Flut von Kostendämpfungsvorschlägen hinreißen lassen. Am Ende herausgekommen sind:

- die Halbierung des Konvergenzeffektes,
- Vergütungsabschläge bei prospektiven Mehrleistungen,
- die Begrenzung der Tarifhilfen auf die tatsächlichen Tarifsteigerungen.

Für sich genommen dürften diese Begrenzungsmaßnahmen ein Volumen von 400 Mio. € darstellen. Erwartete Erlössteigerungen der Krankenhäuser werden gemindert. Viele Häuser hatten sich auf die geltenden gesetzlichen Grundlagen verlassen und die Finanzierung neu eingestellten Personals über die erwarteten Konvergenzerlöse fest eingeplant. Wieder einmal wurde den Krankenhäusern kurzfristig der Planungshorizont genommen. Einziger Trost bleibt, dass diese drei Kostendämpfungsmaßnahmen nur im Jahr 2009 wirksam sind und dass sie nicht in die Basis eingehen, denn dann würden sie belastend für alle Zeiten wirken.

Gemessen an den ursprünglich vom Ministerium vorgesehenen Kürzungsvorschlägen konnte dank des beherzten Eingreifens fachkompetenter Abgeordneter im Parlament Schlim-

so angelegt, ebenso, dass der Saldo von Zu- und Abschlägen und damit von Gewinner- und Verliererhäusern nicht ausgabenneutral sein würde. Ursächlich dafür sind vor allem die hinter den Landesbasisfallwerten zurückgebliebenen Ortswerte, weil zusätzliche Leistungen zwar mit der vollen Bewertungszahl, nicht aber mit den vom Gesetz vorgesehenen Preisen in die Budgets eingestellt wurden. Die Kassen hatten zunächst billig eingekauft. Die Häuser haben sich aber darauf verlassen, dass mit der im Gesetz von Anfang an vorgegebenen letzten Stufe die zunächst hingegenommene Unterfinanzierung ausgeglichen würde. Die Teilung der letzten Stufe führt für viele Häuser zu Erlösminderungen, die zum Teil beträchtliche Höhen haben. Es soll aber auch nicht verschwiegen werden, dass die Häuser, die Vergütungseinbußen erlitten hätten, nun zu 50 Prozent geschont werden. Blankes Entsetzen hat aber der Nachkart-Versuch der Kassen in Bayern ausgelöst. Sie machen geltend, dass durch die Änderung des § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG die Vereinbarungen auf neuer Grundlage geführt werden müssten. Sie interpretieren die Regel dahingehend, dass nicht der Landesbasisfallwert 2008 Grundlage für die Verhandlungen in 2009 sei, sondern ein aus den hausindividuellen Basisfallwerten und den Bewertungsrelationen 2008 abgeleiteter und damit in der Regel niedrigerer Wert. Bei dieser Vorgehensweise würde der Konvergenzsaldo, der Gegenstand ausführlicher Diskussionen im Gesetzgebungsverfahren war und zu der Teilung des Konvergenzschrittes geführt hat, vollständig zugunsten der Krankenkassen einkassiert werden.

Das BGM hat zwischenzeitlich in einem Schreiben der Interpretation des Gesetzes durch die Kassen widersprochen und sicherheitshalber sogar im Rahmen des Arzneimittelgesetzes eine die Kassenauffassung zurückweisende Fassung beschlossen. Das ist sehr zu begrüßen (siehe Texte im Kasten auf Seiten 216/217). Damit hat die Koalition auch deutlich gemacht, dass der Wille des Parlaments nicht freien Umsetzungsdispositionen der Kassen ausgeliefert ist. ▶

Streit über Zu- und Abschläge

Die Halbierung des 2009er Konvergenzeffektes wird in einer systematisch sauberen Form umgesetzt. Es werden keine neuen hausindividuellen Basisfallwerte für 2009 vereinbart. Für alle Häuser gilt der 2009er Landesbasisfallwert als Ausgangswert der Abrechnung. Ein positiver oder negativer Konvergenzsaldo wird über Ab- bzw. Zuschläge abgewickelt. Größter Unmut würde sich allerdings breitmachen, wenn die Abschläge mit Inkrafttreten des Gesetzes von den Kassen auch dann verlangt würden, wenn es noch keine Landesbasisfallwerte für 2009 gibt. Dies ist nach wie vor bei der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser der Fall. Etwa 1 000 Krankenhäuser müssten bei dieser Interpretation des Gesetzes zunächst Vergütungskürzungen hinnehmen, die dann bei Vorliegen der Landesbasisfallwerte wieder rückabgewickelt werden müssten. Ähnlich wie bei vielen niedergelassenen Ärzten würde für viele Krankenhäuser die Reform mit einer Kürzung starten. Das kann ernsthaft nicht gewollt sein, auch nicht der gigantische bürokratische Aufwand des späteren Rückrechnens und Ausgleichens. Deshalb richtet die DKG auch hier den dringenden Appell an die Kostenträger, zu einer sachlogischen Interpretation mit den Krankenhäusern zu kommen und die Zu- und Abschläge erst abzurechnen, wenn die Landesbasisfallwerte vereinbart sind.

Unterschiedliche Interpretationen zu Preisabschlägen

Viel Spielraum zu Interpretationen geben die Preisabschläge, welche die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich bei der Vereinbarung zusätzlicher Leistungsvolumina den Krankenhäusern abverlangen sollen. Damit wird im letzten Jahr vor dem Erreichen der 100 Prozent bei zusätzlichen Leistungen eine Preisverhandlung gesetzt. Wie selbstverständlich bleibt es bei abgehenden Leistungen zugunsten der Kassen beim 100-prozentigen Budgetabzug. Der Preisabschlag ist die in der Koalition entwickelte Alternative zu deutlich härteren Kürzungen, die ursprünglich zur „Mengensteuerung“ vorgesehen waren. Der Preisabschlag soll nur in 2009 möglich sein. Die Höhe eines Abschlags lässt sich eingrenzen. 2008 sah der Konvergenzschritt eine Vergütung der zusätzlichen Leistungen mit 80 Prozent vor. Wenn das Risiko des letzten Konvergenzschrittes abgefangen werden soll, kann der Maximalwert eines Abschlags nur niedriger als die Hälfte des letzten Schrittes liegen.

Zu berücksichtigen sind weiter die Absenkungseffekte, die zusätzliche Mengen bereits auf die Landesbasisfallwerte haben. Auch dieser Kollektivhaftungsmechanismus, der zur Folge hat, dass Leistungssteigerungen in bestimmten Bereichen zu Preisabsenkungen bei allen führen, wurde mit dem KHRG verschärft. Nicht nur die Fallzahl, sondern auch die Fallschwere schiebt den Landesbasisfallwert auf Talfahrt. Der Degressionsseffekt bewirkt, dass zusätzliche Leistungen nur in Höhe der variablen Kosten zu zusätzlichem Geld im System führen. Das heißt, dass 65 Prozent des Geldvolumens einer zusätzlichen

Fallpauschale durch die korrespondierende Preisabsenkung auf der Landesebene gar nicht von den Kassen bezahlt wird. Dieses Volumen kann folglich auf der örtlichen Ebene auch nicht für Preisabsenkungen zur Verfügung stehen. Bei den verbliebenen 35 Prozent für die variablen Kosten gibt es keine wesentlichen Spielräume für Rabatte, sodass es sich bei den Preisabschlägen höchstens um Rabatte in Höhe des klassischen Skontoabzuges handeln kann.

Morbiditätslast wird den Krankenhäusern stärker aufgebürdet

Die Preisabschläge sind eindeutig der Kategorie „Kostendämpfung“ zuzuordnen, die in die ordnungspolitische Grundlinie des einheitlichen Preises nicht passen. Eine große ordnungspolitische Enttäuschung ist die Verschärfung des dargestellten Kollektivhaftungsmechanismus bei Leistungsvolumensteigerungen. Im Ergebnis wird die Morbiditätslast durch das KHRG den Krankenhäusern insgesamt stärker aufgebürdet. Kein Handwerksmeister könnte sich vorstellen, dass zusätzliche Kunden die Verrechnungspreise in den Keller schicken. Logisch ist aus seiner Sicht bei steigender Nachfrage ein Anstieg der Preise.

Erstmals Landesbudgets für die Krankenhäuser

Leider wird mit dem KHRG der Zug in Richtung Budgetierung noch dadurch verstärkt, dass in Zukunft die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte auf der Grundlage der Budgets der einzelnen Krankenhäuser und damit eines Landesbudgets zu vereinbaren ist. Damit wird, wie die Begründung des Gesetzes zutreffend beschreibt, „erstmals“ ein Landesbudget eingeführt. Auch diese Position gehört zu den ordnungspolitischen Enttäuschungen und Fehlleistungen des KHRG. Am Ende der Konvergenz steht ein „Landesbudget“, das es bisher nicht gab.

Tarifhilfen fließen nicht

Der März ist der dritte Monat, in dem den Krankenkassen aus dem Fonds die für die Krankenhäuser eingepreisten Mehrausgaben von 3,5 Mrd. € zuzufießen, inzwischen fast 1 Mrd. €, worin ca. 300 Mio. € für die Tarifhilfen enthalten sind. Von diesen Geldern ist bislang so gut wie gar nichts bei den Krankenhäusern angekommen. Die Löhne und Gehälter sind dagegen bei der überwiegenden Zahl der Kliniken mit Beginn des Jahres deutlich gestiegen, etwa zwischen 4,5 und 5 Prozent. Dies summiert sich in den ersten drei Monaten auf fast eine halbe Mrd. €. Die Krankenhäuser brauchen dringend die bei den Krankenkassen liegenden Hilfgelder. Hier wird deutlich, dass es ein Fehler war, die Erhöhungsraten nicht im Gesetz festzulegen. Der zusätzliche Liquiditätsbedarf der Krankenhäuser belastet letztlich auch die angespannten Geldmärkte. Die 1,35 Mrd. € Tarifhilfe hätten direkt als Erhöhung auf die seit 1. Januar 2009 gezahlten Vergütungen aufgeschlagen werden können. Es bleibt der Verdacht, dass die Zuordnung auf die Verhandlungspartner mit der klammheimlichen Absicht ver-

bunden war, dass möglichst viel von den 1,35 Mrd. € letztlich nicht verausgabt werden. Die ersten 100 Mio. € sind bereits durch die Abschlüsse verloren gegangen, die die Häuser hinnehmen müssen, deren Tarifaufwirkungen geringer sind. Angesichts einer ohnehin nur auf 50 Prozent begrenzten Hilfe ist dies eine kleinliche Vorgabe, mit der die örtlichen Budgetvereinbarungen sehr verzögert werden und im großen Personalkostenblock wieder eine Selbstkostennachweis-Diskussion ausgelöst wird. Auch tarifordnungspolitisch ist dies nicht nachvollziehbar. Leitbild bei dieser Vorgabe war offensichtlich der Einheitstarifvertrag.

Leider war der GKV-Spitzenverband nicht bereit, vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens im Bundesrat in zumindest sondierende Gespräche mit der DKG zur Vorbereitung der Verhandlungen über die Tarifraten einzutreten. Das erste Treffen fand am 20. Februar statt. Es zeichnet sich ab, dass die Verhandlungen schwierig werden. Schnelle Einigkeit dürfte darüber erzielbar sein, dass die relevanten Tarifverträge für die nicht-ärztlichen Mitarbeiter der TVöD-Abschluss und für die Ärzte der TV-Ärzte sein werden. Streitbehaftet könnten Abgrenzungen zu den strukturellen Elementen werden. Für den 4. und 20. März sind zwei Verhandlungstermine vorgesehen. Kommt keine Einigung zustande, müsste die Schiedsstelle angerufen werden. Weitere Wochen, vielleicht sogar Monate würden vergehen, bis die Hilfe bei den Krankenhäusern ankommen kann.

Ausdrücklich positiv zu werten sind die Entdeckelungen bei den psychiatrischen Krankenhäusern. Hier wird die Tarifhilfe als Dauerregelung eingeführt und die Leistungsentwicklung wieder schiedsstellenfähig gemacht. Auch die Aufstockung des Personalbestandes auf 90 Prozent und bei Nachweis auf 100 Prozent ist eine zentrale, von den Krankenhäusern seit Jahren geforderte Verbesserung.

Die Erstattung von 90 Prozent der Kosten einer vollausgebildeten Pflegekraft ist eine große Hilfe für diejenigen Kliniken, welche die finanziellen Deckungslücken bei der Stammbelagschaft schließen können. Gut ist, dass jedes Krankenhaus mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zusätzliche Mittel bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Budgets als Zuschlag in Rechnung stellen kann, ohne die Budgetvereinbarung abgeschlossen haben zu müssen. Die Konzentration der Mittel auf eine 90-prozentige Erstattung und die Einbeziehung der Aufstockung von Teilzeitstellen ist ausdrücklich zu begrüßen. Viele Krankenhäuser werden sich aber wegen des hohen Anteils der nicht refinanzierbaren Tarifkostensteigerungen Neueinstellungen nicht leisten können.

Einige wichtige ordnungspolitische Weichenstellungen

Das KHRG sieht einige durchaus gewichtige ordnungspolitische Weiterentwicklungen vor. Die Überführung der Leistungen der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in ein System von fallbezogenen Tagespauschalen war eine zu erwartende Entscheidung. Die Vorbereitungszeit, die das Gesetz der gemeinsamen Selbstverwaltung dazu gibt, ist knapp. Bis Ende

2012 muss alles fertig sein. Die Überführung der Budgets erfolgt ähnlich wie die DRGs im Rahmen einer Konvergenzphase mit budgetneutralem Startjahr und weiteren Anpassungsstufen. Noch knapper bzw. wahrscheinlich zu knapp ist die Zeitvorgabe für die Entwicklung der Investitionskostenpauschalen. Hier betritt die gemeinsame Selbstverwaltung absolutes Neuland. Die Grundidee ist gut. Die Investitionskostenanteile einer jeden DRG-Leistung werden transparent. Die Kraft des Bundesgesetzgebers reicht nicht, die Länder zu zwingen, ihre Verpflichtung zur Krankenhausinvestitionsfinanzierung auf die Pauschalförderung umzustellen. Für die Krankenhäuser hat die Ermittlung der Investitionskostenanteile in jedem Fall einen Vorteil. Die Transparenz der Investitionskosten je DRG-Fallpauschale wirkt wie ein Benchmark, der die Einforderung sachgerechter Investitionsmittel erleichtern dürfte. Und die Länder, die umstellen wollen, finden ein vorbereitetes System vor.

Noch einen Vorteil hatte die Investitionsdiskussion im KHRG. Die Defizite in der Mittelbereitstellung durch die Länder wurden ungeschminkt benannt. Das BMG hat mit dem Rürup-Gutachten und dem darin festgestellten jährlichen Mindestbedarf von 5 Mrd. € die Forderung der Krankenhäuser nach Aufstockung regierungsamtlich unterstrichen. Das hat am Ende mit dazu beigetragen, dass in das Konjunkturprogramm II in den Krankenhäusern schnell umsetzbare Investitionen aufgenommen wurden. Nach Verlautbarungen aus den Bundesländern dürften es mehr als 500 Mio. € sein, die in diesem und im nächsten Jahr den Krankenhäusern als Investitionshilfen zweckgebunden zugutekommen.

Kosten der Weiterbildung

Für die Akzeptanz des DRG-Fallpauschalensystems sehr wichtig ist eine methodisch nachvollziehbare, faire und datenbasierte Ableitung der Bewertungsrelationen. Von Anfang an wird die Diskussion geführt, ob die Kosten der Weiterbildung sachgerecht zugeordnet sind. Das KHRG weist den Selbstverwaltungspartnern nun einen Prüfauftrag zu. In sehr kurzer Zeit sollen die Kosteneffekte des Einsatzes von Ärzten in Weiterbildung im Vergleich zu schon weitergebildeten Ärzten gemessen und bewertet werden. Dass der Gesetzgeber eine solche Überprüfungsvorgabe macht, ist in Ordnung. Die Diskussion wird im Krankenhausbereich ebenfalls geführt. Auf solchen Nachkalkulationen ein Geld-Umverteilungssystem von nicht weiterbildenden zu weiterbildenden Kliniken aufbauen zu wollen, ist hochgradig konfliktbehaftet. Zu erwarten ist in jedem Fall als Ergebnis, dass Weiterbildung Geld kostet

– Anzeige –

- Ambulante Behandlung nach § 116b SGB V
- Gründung von MVZ
- Kooperationsverträge
- Integrierte Versorgung
- Vergütungsfragen
- Arbeitsrecht



Scharnhorststraße 40, 48151 Münster, Telefon: (0251) 53 59 5-0
www.ra-wigge.de

und diese Mittel zusätzlich ins System kommen müssen – ob vom Bund oder von den Bundesländern, die in anderen Berufen ebenfalls für die Weiterbildung zuständig sind, kann dabei zunächst offen bleiben.

Belegabteilungen

Dass die Kliniken in Zukunft selbst entscheiden können, ob sie eine konventionelle Belegabteilung fortführen oder in eine Hauptabteilung mit Vertragsbeleger umwandeln, gibt mehr Freiräume und liegt im Trend erweiterter vertraglicher Möglichkeiten zu Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten. Die Abhängigkeit vom vertragsärztlichen Zulassungssystem und von der Misere verfallender Punktwerte kann gelöst werden. Angst vor dem eigenen Mut muss aber offensichtlich in der Endphase die Gesetzgebungsfeder geführt haben. Das Optionsmodell wurde mit dem 20-prozentigen Abschlag von der Hauptabteilungs-DRG mausetot und absolut uninteressant für die Krankenhäuser gemacht. Die Bundesländer haben mit einer Entschließung anlässlich der Verabschiedung des Gesetzes auf das Problem ebenfalls noch einmal aufmerksam gemacht. Es bleibt nur die Hoffnung auf Korrektur bei nächster sich bietender Gelegenheit.

Ablösung der Grundlohnrate

Mit der Ablösung der Grundlohnrate als Obergrenze für die Landesbasisfallwerte wurde eine zentrale Forderung der DKG dem Grunde nach berücksichtigt. Damit hat die Koalition anerkannt, dass zwischen der Lohnentwicklung auf der einen und der Preisbildung im Krankenhaus auf der anderen Seite kein inhaltlicher Zusammenhang besteht. Es gibt eine statistisch belegte Schere zwischen der Grundlohnrentenentwicklung und der Kostenentwicklung der Krankenhäuser, die zwangsläufig dazu führt, dass Krankenhäuser, die kein Leistungswachstum haben, in die Unterfinanzierung geraten. Der nun vorgesehene Orientierungswert, der die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zeitnah abbilden soll, ist sachgerechter. Dass vom BMG der vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnde Wert nachjustiert werden kann, führt allerdings zu Befürchtungen, dass in Zukunft die Kassenlage im Gesundheitsfonds die Preisentwicklung für Krankenhausleistungen bestimmt. Aus Krankenhaussicht kann das Konzept nur ein Zwischenschritt sein. Für die Vergütung in der ambulanten Versorgung spielt die Grundlohnrate keine Rolle mehr. Sie wurde aus dem Gesetz gestrichen. Das muss entsprechend auch für die Krankenhäuser gelten. Der Orientierungswert kann nur eine Orientierung für die Vergütungsvereinbarungen sein. Als schneidende Obergrenze muss er weg.

Bundeseinheitliches Vergütungssystem – Korrektur der Zeitvorgaben dringend geboten

Welche massiven und kaum beherrschbaren Verwerfungen auftreten können, wenn ohne Vorlauf von einem regionalen auf ein bundeseinheitliches Vergütungssystem umgestellt

wird, macht derzeit die hochexplosive Stimmung in der ambulanten ärztlichen Versorgung deutlich. Die DKG hatte deshalb vorgeschlagen, den Einstieg in den Bundesbasisfallwert zunächst zurückzustellen und erst die Ergebnisse der Konvergenz zu analysieren. Nun soll aber der Einstieg schon in zehn Monaten erfolgen. Bereits bis Ende Juli müssten nach den gesetzlichen Vorgaben die Ergebnisse der örtlichen Budgetvereinbarungen für das laufende Jahr dem InEK gemeldet werden. Bis 30. September sollen der bundeseinheitliche Basisfallwert und der Korridor festliegen. Angesichts der Verzögerungen, die sich wegen des späten Inkrafttretens des Gesetzes ergeben, werden die örtlichen Vereinbarungen bis Ende Juli weitgehend nicht möglich sein. Die alternativ vorzulegenden 2008er Werte sind niedriger. Die 3,5 Mrd. €, die den Krankenhäusern versprochen sind, würden weitgehend unberücksichtigt bleiben. Das würde den Einstieg in den Bundesbasisfallwert massiv belasten. Eine Korrektur der Zeitvorgaben ist dringend geboten. Die Nachjustierung der Bandbreite des Korridors zugunsten der Gewinner-Bundesländer werden ebenso wie die 0,3-Prozent-Obergrenze für den jährlichen Angleichungsbetrag von den Krankenhäusern begrüßt.

Hektische Endphase, krankenhaunfreundliche Motive

Unter hektischen Bedingungen sind in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens und ohne die Mitwirkungsmöglichkeiten der Länder über den Bundesrat einige Punkte in das Gesetz gekommen, die krankenhaunfreundlichen Motiven entsprungen sein dürften. Warum ausgerechnet in der Zeit größter finanzieller Anspannungen die Krankenhäuser in die finanzielle Haftung für Patienten genommen werden sollten, die nicht bereit oder vermögens sind, ihre Zuzahlungen aufzubringen, ist einer der von den Krankenhäusern als Provokation empfundenen Punkte. Letztlich konnte durch das Parlament Schaden verhindert werden. Nunmehr sind die Kassen kostenersatzungspflichtig für den Aufwand, den die Krankenhäuser haben. Gerichtskosten sind gänzlich von den Kassen zu tragen, und nicht einbringbare Beträge werden nicht mit dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses verrechnet. Es bleibt die absolut unnötige Belastung der Krankenhäuser mit zusätzlicher Bürokratie in einer Angelegenheit, die dem Verhältnis der Krankenkassen zu ihren Versicherten zuzuordnen ist. Nur die Kassen können zum Beispiel nachhalten, ob Patienten im Rahmen von vertraglichen Konstrukten von Zuzahlungen befreit sind.

Ebenso unverständlich ist die Neuregelung, mit denen nun Praxiskliniken befördert werden sollen. Mit Spannung kann der Katalog der von Praxiskliniken – und damit auch stationär – erbringbaren stationersetzenden Leistungen erwartet werden. Während im G-BA über Mindestmengen, Interdisziplinaritätsvorgaben und vielen Auflagen die Anforderungen an die Leistungserbringung in den Krankenhäusern immer höher geschraubt werden, soll hier offensichtlich ein Leistungsangebot anderer Art gefördert werden. Die tatsächlichen praktischen Auswirkungen sind abzuwarten. ►

Resümee

Zusammenfassend ist das KHRG ein Gesetz, das den Krankenhäusern in schwierigsten gesamtwirtschaftlichen Zeiten finanzielle Hilfen, aber auch neue Lasten und Belastungen bringt. Es ist ein Gesetz, das die Erwartungen der Krankenhäuser an einen beständigen und stabilen Ordnungsrahmen für das leistungsorientierte Vergütungssystem noch nicht erfüllt. Gleichwohl sind mit der eingeleiteten Abschaffung der Grundlohnratenbegrenzung und der konsequenten Abkehr von hausindividuellen Basisfallwerten ordnungspolitisch richtige Wege eingeschlagen worden. Letztlich haben aber der Gesundheitsfonds und die von ihm ausgehende primär fiskalische Sichtweise dazu geführt, dass Kostendämpfung und ordnungspolitische Halbherzigkeit die Oberhand in diesem Gesetzgebungsverfahren gewinnen konnten. Von den 1 Mio. Beschäftigten in den Krankenhäusern sahen sich mehr als 130 000 veranlasst, in Berlin an der größten Demonstration teilzunehmen, die jemals im Gesundheitswesen stattgefunden hat. Jeder der Teil-

nehmer hätte von der Motivationslage her einige weitere Kollegen/innen mitbringen können. Dem standen höchstens die Logistik der Anreise, aber besonders die Verantwortung für die nicht zu unterbrechende Patientenversorgung im Wege. Deshalb haben die 130 000 in Berlin stellvertretend für weitere Hunderttausende Krankenhausbeschäftigte demonstriert und authentisch gemacht, dass die Arbeitsbedingungen in den Kliniken unter dem Budgetdruck schwierig sind und verbessert werden müssen. Die Aufrechterhaltung des hohen Niveaus der Versorgung rund um die Uhr ist auf Dauer nicht ohne eine sachgerechte finanzielle Ausstattung und ebenso nicht ohne leistungs- und qualitätsunterstützende gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen.

Anschrift des Verfassers

DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum,
Wegelystraße 3, 10623 Berlin



Vereinbarung des Landesbasisfallwerts – Klarstellungen

Brief von Ministerialrat Karl Heinz Tuschen vom 30. Januar 2009, gerichtet an die Bayerische Krankenhausgesellschaft, nachrichtlich an die DKG, den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband.

„Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 21. Januar 2009 zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts unter Berücksichtigung der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) eingeführten Regelung des § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG.

Für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts, aber auch als Grundlage für die Ermittlung des einheitlichen Basisfallwerts und des Basisfallwertkorridors, sind nach § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG zukünftig für das jeweils laufende Kalenderjahr Vereinbarungswerte der Krankenhäuser im Land, insbesondere zur effektiven Casemixsumme sowie zur Erlössumme für Fallpauschalen heranzuziehen. Auf dieser Grundlage ist die Leistungsentwicklung des folgenden Kalenderjahrs abzuschätzen, das für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts maßgeblich ist. Die Gesetzesformulierung geht dabei grundsätzlich von prospektiven Verhandlungswerten aus.

Nach dem Wortlaut des § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG sind die Vereinbarungswerte von den Krankenhäusern jeweils nach der mit dem KHRG neu gefassten Anlage B2 zu übermitteln. Für die zu meldende Erlössumme für Fallpauschalen bedeutet dies, dass die auf Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen in B2 lfd. Nr. 2 mit dem abzurechnenden Landesbasisfallwert des – bei prospektiver Vereinbarung – laufenden Kalenderjahres monetär zu bewerten ist. Einer

alternativen Vorgehensweise, bei der für die Bewertung jeweils der krankenhausesindividuelle Basisfallwert herangezogen würde, steht somit die Vorgabe zur Bewertung mit dem Landesbasisfallwert in B2 lfd. Nr. 2 entgegen.

Bei einer abweichenden Berechnungsweise über die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte würde nicht nur der ab Inkrafttreten des KHRG mit dem neuen B2-Blatt vorgegebenen Vorgehensweise zuwider gehandelt, sondern es würde auch die vom Gesetzgeber gewollte zweistufige Realisierung des Konvergenzsaldos unterlaufen. In der amtlichen Begründung zu § 5 Absatz 6 KHEntgG (BT-Drucksache 16/11429, Seite 60) wird ausdrücklich ausgeführt: ‚Dabei wird der noch ausstehende krankenhausesindividuelle Konvergenzsaldos in zwei Schritte aufgeteilt. Die Hälfte des noch bestehenden Konvergenzsaldos wird im Jahr 2009 umgesetzt, die andere Hälfte auf das Jahr 2010 verschoben.‘ Die Intention des Gesetzgebers des KHRG besteht also in der Halbierung und entsprechenden zeitlichen Verschiebung der Umsetzung des Konvergenzsaldos, nicht aber in seiner Beseitigung zulasten der Krankenhäuser.

Systematisch ist § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG als allgemeine Vorschrift für den Regelbetrieb des DRG-Systems ab dem Jahr 2009 zu sehen; sie enthält keine Vorgabe zur Höhe des Landesbasisfallwerts und zur Beseitigung des Konvergenzsaldos. Die spezielle Vorschrift zur Frage, ob die Krankenhäuser in den Jahren 2009 und 2010 zusätzliche Mittel aus der Differenz des Durchschnitts der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte zum vereinbarten Landesbasisfallwert erhalten (Konvergenzsaldos), regelt § 5 Absatz 6 KHEntgG. Die amtliche Begründung hierzu stellt

klar, dass ein Übergang auf den unveränderten (nicht abgesenkten) Landesbasisfallwert im Jahr 2010 erfolgt.

Vor dem dargestellten Hintergrund sehe ich keine rechtliche Grundlage für eine Berechnungsweise, die im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2009 bei der Ermittlung der Erlössumme für Fallpauschalen an den krankenhausindividuellen Basisfallwerten anknüpft. Deshalb sehe ich auch keinen Bedarf für eine gesetzliche Klarstellung.“

Auf Drängen der DKG wurde in die am 18. Februar 2009 vom Bundeskabinett verabschiedete 15. AMG-Novelle ein klarstellender Änderungsantrag eingebracht, der nachfolgend abgedruckt wird, einschließlich der Begründung:

Artikel 18, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, § 10 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I Seite 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 (Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes, BT-Drucksache 16/10807) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B2 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen, und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen; als Grundlage für die Vereinbarung für das Jahr 2009 ist die Summe der effektiven Bewertungsrelationen 2008 mit dem Landesbasisfallwert 2008 zu bewerten.“

Die Begründung zu Artikel 18, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, lautet:

„Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde in § 10 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) ein neuer Satz 2 eingefügt. Die Ergänzung dieses Satzes durch den letzten Teilsatz stellt klar, dass die als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2009 heranzuziehende Summe der effektiven Bewertungsrelationen 2008 mit dem Landesbasisfallwert des Jahres 2008 und nicht mit den krankenhausindividuellen Basisfallwerten zu bewerten ist. Eine Bewertung mit den krankenhausindividuellen Basisfallwerten 2008 hat keine Rechtsgrundlage, da durch den bestehenden Bezug auf Anlage 1 Abschnitt B2 in der lfd. Nr. 2 die Bewertung mit dem Landesbasisfallwert vorgegeben wird. Auf dieser Grundlage hat die gesetzlich vorgegebene zweistufige Realisierung des Konvergenzsaldos zugunsten der Krankenhäuser zu erfolgen (vergleiche Artikel 2 Nr. 5 Buchstabe b zu § 5 Absatz 6 KHEntgG und die entsprechende amtliche Begründung; BT-Drucksache 16/11429, Seite 60).“

Die DKG begrüßt die schnelle Reaktion des Gesetzgebers. Dadurch wird hinsichtlich der Anwendung der Landesbasisfallwerte Klarheit geschaffen. Die Regelung sollte aus DKG-Sicht aber erst für die Landesbasisfallwerte ab 2010 gelten. Eine Anhörung zur 15. AMG-Novelle findet im Bundestagsgesundheitsausschuss am 13. Mai 2009 statt.

Die DKG ist auch wegen einer möglichen Verschlechterung der ambulanten Behandlung von Krebspatienten infolge von geplanten Preisrestriktionen bei der Abgabe von Zytostatika aus der Krankenhausapothekensicht intensiv mit der 15. AMG-Novelle befasst. ■

Kurz notiert

Hamburg. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und die Augenklinik Bellevue in Kiel haben eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Augenheilkunde vereinbart. Seit dem 2. Februar 2009 trägt die Augenklinik Bellevue die wirtschaftliche Verantwortung für die UKE Augenklinik. Mit diesem Managementvertrag zwischen einer universitären Augenklinik und einer großen Fachklinik betreten beide Kliniken Neuland. Neu ist die Übertragung der Richtlinienkompetenz und der Betriebsführung in die Verantwortung des Partners. Der Vertrag hat eine Laufzeit von zunächst fünf Jahren. Die Kieler Klinik kooperiert bereits in Schleswig-Holstein mit über 40 Augenarztpraxen.

Kassel. Das Klinikum Kassel hat zum Jahresanfang das erste Tumorzentrum in Nordhessen gegründet. Im Tumorzentrum Kassel sind alle an der Tumorthherapie beteiligten Fachabteilungen des Klinikums zusammengeschlossen. Aufgaben des

Tumorzentrums sind die weitere Optimierung der internen Organisation, die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung, die Einführung von neuen Diagnostik- und Therapieverfahren, die Umsetzung einer leitliniengerechten Nachsorge sowie die Planung und Durchführung klinischer Studien. Als organisatorische Dachorganisation der Tumorthherapie bietet das Zentrum zusätzlich zu den Leistungen der einzelnen Abteilungen weitere Dienste an, beispielsweise wurde ein Patienteninformations- und Anmeldedienst eingerichtet.

Hildburghausen. Die Klinik für Psychiatrie der Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen GmbH hat am 10. Februar 2009 eine Psychiatrische Tagesklinik mit 15 Behandlungsplätzen für Erwachsene in Sonneberg eingeweiht. Insgesamt investierte das Krankenhaus 140 000 € in die Ausstattung. Durch dieses Angebot sind die zeitaufwendigen Fahrten für Patienten aus dem Raum Sonneberg in die Tagesklinik am Fachklinikum für Psychiatrie und Neurologie Hildburghausen nicht mehr erforderlich. ■