

Ferdinand Rau

Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes

Nach dem Bundestag hat am 13. Februar 2009 auch der Bundesrat dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) zugestimmt. Damit stehen die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 fest. Der Autor erläutert nachfolgend die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG). Dargestellt werden die Inhalte des Gesetzes einschließlich der im Bundestagsverfahren beschlossenen Änderungen (Bundestags-Drucksache 16/11429).

Die Krankenhäuser können in diesem Jahr allein im Bereich der GKV von rund 3,5 Mrd. € zusätzlichen Einnahmen durch das Gesetz und das geltende Recht ausgehen. Das Gesetz umfasst neben finanziellen Verbesserungen auch verschiedene strukturelle Veränderungen, zum Beispiel die Entwicklung eines Kostenindizes für Krankenhausleistungen (Orientierungswert), die Entwicklung von leistungsorientierten Investitionspauschalen, die Annäherung unterschiedlicher Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor oder die Entwicklung eines tagesbezogenen pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik.

Bei der Debatte um das Gesetz standen insbesondere die Diskussion um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser und die erforderlichen und leistbaren Maßnahmen zu deren Verbesserung im Vordergrund. Im Ergebnis können die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Maßnahmen des KHRG im Jahr 2009 von GKV und PKV rund 2,1 Mrd. € Mehreinnahmen erwarten. Zusätzlich wird das geltende Recht für die Kliniken zu rund 1,9 Mrd. € Mehreinnahmen führen. Mit insgesamt zu erwartenden Mehreinnahmen von GKV und weiteren Kostenträgern in Höhe von rund 4 Mrd. € im Jahr 2009 wird somit ein

wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser geleistet. Im Blick behalten werden muss jedoch auch, dass Mehreinnahmen für die Krankenhäuser zugleich gegenzufinanzierende Mehrausgaben für die Krankenversicherungen bedeuten. Eine Übersicht über die voraussichtlichen Mehrausgaben der GKV im Jahr 2009 durch die Endfassung des KHRG und das geltende Recht gibt ► **Tabelle 1**.

Das KHRG sieht folgende gesetzliche Maßnahmen vor, um die Mehreinnahmen für die Krankenhäuser zu erreichen:

- anteilige Refinanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008/2009,
- Förderprogramm zur Verbesserung der Stellsituation in der Pflege,
- Verbesserungen in der Finanzierung der Psychiatrie,
- Sicherstellung der Finanzierung der Praxisanleitung bei der Ausbildungsfinanzierung,
- Wegfall des GKV-Rechnungsabschlags.

Anteilige Tariflohnrefinanzierung

Das KHRG sieht vor dem Hintergrund der für die Jahre 2008 und 2009 vereinbarten hohen Tariflohnsteigerungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser sowie angesichts der angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser – bezogen auf die Personalkosten – eine hälftige Refinanzierung der oberhalb der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen liegenden tariflichen Zuwächse vor (§ 10 Absatz 5 KHEntgG). Die Regelung hat eine dauerhafte Wirkung, indem die von den Vertragsparteien auf der Bundesebene (DKG, GKV, PKV) zu vereinbarende Erhöhungsraten eine Basiserhöhung des Landesbasisfallwerts auch für die Folgejahre vornimmt. Die Regelung gilt jedoch ausschließlich für die tarifvertraglichen Erhöhungen, die für die Jahre 2008 und 2009 vereinbart wurden und die ab 2009 anteilig refinanziert werden.

Zur anteiligen Berücksichtigung der Tariflohnsteigerungen ist von den Vertragsparteien auf der Bundesebene eine Erhöhungsratenvereinbarung zu vereinbaren. Diese errechnet sich aus dem Unterschied zwischen der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, die sich für das Jahr 2009 auf 1,41 Prozent beläuft, und der Tarifraten, die die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglichen Erhöhungen 2008 und 2009 umfasst. Angesichts der in den vergangenen Jahren differenziert verlaufenden tarifvertraglichen Entwicklungen, auch zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personalbereich, stellt der Ge-

Tabelle 1: Mehrausgaben für die GKV im Jahr 2009 durch die Endfassung des KHRG

KHRG in der Beschlussfassung	Mrd. €
Anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009	1,20
Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals	0,22
Wegfall des GKV-Rechnungsabschlags	0,23
Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie	0,10
Finanzierung der Praxisanleitung bei der Ausbildungsfinanzierung	0,15
Konvergenzsaldo	0,30
Wegfall der Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung	0,20
Zusätzliche Leistungen (2,3 Prozent)	0,50
Grundlohnrate	0,75
Entlastung GKV bei Krankenhauszahlungen	-0,10
Summe	3,55



Ferdinand Rau/Norbert Roeder/Peter Hensen (Hrsg.)

Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland

Standortbestimmung und Perspektiven

Ca. 500 Seiten. Fester Einband. Ca. € 75,-
ISBN 978-3-17-020349-5

Erscheint im März 2009



Im Jahr 2003 wurde in Deutschland mit der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems (DRG) begonnen; nach dem Jahr 2009 ist die Konvergenzphase abgeschlossen. Der Sammelband zieht aus verschiedenen Blickwinkeln und mit Beiträgen namhafter Autoren eine umfassende Zwischenbilanz. Auswirkungen der DRG-Einführung insbesondere auf Versorgung, Krankenhausmanagement, Krankenkassen und Krankenhausplanung werden diskutiert. Neben einer kurzen Bilanz aus verbandspolitischer Sicht erfolgt eine Zusammenfassung des bislang vorhandenen Kenntnisstandes durch Praxis und Wissenschaft.

Mit Beiträgen von Jörg Debatin, Rolf Hoberg, Heinz Lohmann, Wolfgang Pföhler, Herbert Rebscher, Harald Schmitz, Matthias Schrappe, Johann-Magnus von Stackelberg, Christoph Straub, Andreas Tecklenburg und vielen weiteren Experten von Krankenhäusern, Krankenkassen und aus der Wissenschaft.

Dipl.-Verw.wiss. Ferdinand Rau ist im Bundesministerium für Gesundheit mit Fragen der Krankenhausfinanzierung befasst. **Prof. Dr. med. Norbert Roeder** ist Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster sowie Leiter der DRG-Research-Group Münster. **PD Dr. med. Peter Hensen** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Münster und Mitglied der DRG-Research-Group Münster.

 www.kohlhammer.de

setzgeber nicht mehr auf einen Leittarif wie den früheren BAT bzw. den heutigen TVöD ab. Vielmehr wird der Tarifwirklichkeit dahingehend Rechnung getragen, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene als Maßstab für die Ermittlung der Tarifraten entsprechend jeweils den im jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten geltenden Tarifvertrag zu berücksichtigen haben. Zur Ermittlung der Tarifraten ist dann eine vollkräftebasierte Gewichtung der bereichsbezogenen Tariflohnsteigerungen naheliegend, gesetzlich vorgegeben wird sie jedoch nicht. Um die vorgesehene hälftige Refinanzierung der oberhalb der Grundlohnrate liegenden Tarifierhöhungen zu erreichen, wird die Erhöhungsraten mit Bezug auf den Landesbasisfallwert (also die Gesamterlöse) zu einem Drittel berücksichtigt. Es wird dabei davon ausgegangen, dass die Berücksichtigung von einem Drittel auf die Gesamterlöse rund der Hälfte des Personalkostenanteils entspricht. Sofern für 2009 ein Landesbasisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, bevor die Vertragsparteien auf der Bundesebene die Vereinbarung der Erhöhungsraten getroffen haben, ist der Landesbasisfallwert unter Berücksichtigung der Veränderungsrate neu zu vereinbaren. Zugleich ist dann neben der Anhebung der Basis auch ein Ausgleich für die verspätete Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsraten vorzunehmen (§ 10 Absatz 5 Satz 6 KHEntG).

Um die Mehrausgaben der GKV für Krankenhausleistungen im Jahr 2009 auf 3,5 Mrd. € zu begrenzen, haben sich die Koalitionsfraktionen im Gesetzgebungsverfahren auf verschiedene, auf das Jahr 2009 begrenzte Sonderregelungen geeinigt. Eine dieser Sonderregelungen sieht vor, dass bei Krankenhäusern, bei denen die anteilige Erhöhungsraten im Jahr 2009 zu einer mehr als hälftigen Refinanzierung der oberhalb der Grundlohnrate liegenden tarifbedingten Personalkostensteigerungen des Krankenhauses führen würde – die also Lohnsteigerungen unterhalb der berücksichtigten Tarifverträge zahlen – dieser höhere Finanzierungsanteil mindern durch einen auf das Jahr 2009 befristeten Abschlag auf den vom Krankenhaus abzurechnenden Landesbasisfallwert zu berücksichtigen ist (§ 4 Absatz 2 a Satz 2 KHEntG, Näheres siehe unten).

Förderprogramm Pflege

Mit dem Förderprogramm Pflege (§ 4 Absatz 10 KHEntG) soll die Stellensituation der Pflege in den Krankenhäusern personell verbessert und ein Gegengewicht zu dem langjährigen Stellenabbau in diesem Bereich gesetzt werden. Gegenstand der Förderung ist die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal, konkreter von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern sowie von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern. Dabei wird nicht zwischen Stations- und Funktionspersonal unterschieden, beides ist umfasst. Relevant und damit förderfähig sind die Neueinstellungen, die gegenüber dem Bestand der Pflegevollkräfte zum Stichtag 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt wurden. Formale Voraussetzung für die Förderung ist zudem eine schriftliche

Vereinbarung des Krankenhauses mit der Arbeitnehmervertretung zur Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals.

Nicht umfasst vom Förderprogramm sind nichtärztliche Berufe mit anderen Berufsbezeichnungen als Krankenpfleger und Kinderkrankenpfleger. Beispielhaft genannt werden können in diesem Zusammenhang zum Beispiel Neueinstellungen von Operationstechnischen Assistentinnen und Operationstechnischen Assistenten (OTA). Ausgenommen vom Förderprogramm sind auch psychiatrische Einrichtungen. Hier ist auf die Verbesserungen im personellen Bereich durch die Nachverhandlungsmöglichkeit von Stellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sowie die weiteren Verbesserungen der Finanzierung dieses Bereiches zu verweisen.

Während der Ausschussberatungen im Bundestag wurden die Rahmenbedingungen des Förderprogramms verbessert: Zum einen wurde der von den Krankenkassen zu tragende Finanzierungsanteil für zusätzliche Pflegestellen von 70 auf 90 Prozent aufgestockt, sodass sich der Eigenanteil der Krankenhäuser von 30 auf 10 Prozent vermindert. Da der Gesamtfinanzierungsrahmen nicht verändert wurde, können durch das Förderprogramm in drei Jahren bis zu 16 500 neue Pflegestellen zusätzlich finanziert werden. Zum anderen wurde klargestellt, dass die zusätzlichen Mittel auch zur Aufstockung von Teilzeitstellen genutzt werden können und dass die Mittel nur für umfassend nach dem Krankenpflegegesetz ausgebildetes Pflegepersonal zur Verfügung stehen.

Die Obergrenze für die Förderung liegt unverändert bei jährlich 0,48 Prozent des akutstationären Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1 KHEntG (Summe aus Erlösbudget und Erlössumme). Sofern in einem Jahr kein entsprechender krankenhausesindividueller Erhöhungsbetrag vereinbart wurde, kann dies im Folgejahr (also 2010 und 2011) nachgeholt werden, sodass dann insgesamt jeweils ein Erhöhungsbetrag in Höhe von bis zu 0,96 Prozent vereinbart werden kann. Bis zu fünf Prozent des jeweils vereinbarten Betrags können zur Erprobung neuer Arbeitszeitorganisationsmaßnahmen in der Pflege genutzt werden. Insgesamt steigt das bereitgestellte Fördervolumen von zunächst bis zu 220 Mio. € auf jährlich bis zu 660 Mio. € im Jahr 2011 an, womit insgesamt dauerhaft bis zu 16 500 Pflegestellen gefördert werden können.

Die Abrechnung des Fördervolumens erfolgt über krankenhausesindividuelle Zuschläge, die gesondert in der Krankenhausrechnung auszuweisen sind. Der Zuschlag ist zu erheben auf die DRG-Fallpauschalen, die Zusatzentgelte, die krankenhausesindividuell vereinbarten sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 KHEntG und die gesonderten Zusatzentgelte nach § 6 Absatz 2 a KHEntG. Auf Innovationsentgelte nach § 6 Absatz 2 KHEntG kann sachlogisch kein Zuschlag berechnet werden, da diese weder Bestandteil des Erlösbudgets noch der Erlössumme sind. Damit das Förderprogramm bereits frühzeitig umgesetzt werden kann, können Krankenhäuser, die die Kriterien des Förderprogramms erfüllen, den Zuschlag ab Inkrafttreten des Gesetzes auch vor einer Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen vorläufig festsetzen und abrechnen. Abweichungen sind durch Verrechnung mit dem Zu-

oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG vollständig auszugleichen.

Werden die erhobenen Fördermittel vom einzelnen Krankenhaus nicht für die Verbesserung der Stellensituation in der Pflege eingesetzt, so sind sie an die Krankenkassen zurückzahlen. Die zweckentsprechende Verwendung und die Stellenbesetzung in Vollkräften im Vergleich zum Stichtag 30. Juni 2008 sind durch ein Testat des Jahresabschlussprüfers zu bestätigen. Über die Umsetzung des Förderprogramms im jeweiligen Vorjahr hat der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich zum 30. Juni zu berichten (Zahl der geförderten Vollzeitstellen, Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen), erstmals also zum 30. Juni 2010.

Die Laufzeit des Förderprogramms erstreckt sich auf die Jahre 2009 bis 2011. Ab dem Jahr 2012 werden die Mittel in Höhe der im Jahr 2011 abgerechneten Zuschläge zur Stellenfinanzierung in den Landesbasisfallwert eingerechnet (§ 10 Absatz 12 KHEntgG). Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll jedoch Kriterien entwickeln, damit die zusätzlichen Mittel des Förderprogramms ab 2012 im DRG-System zielgerichtet Bereichen mit einem erhöhten pflegerischen Aufwand zugeordnet werden können (§ 4 Absatz 10 Satz 14 KHEntgG).

Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie und Psychosomatik

Das KHRG verbessert die Finanzierung von Personal und Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen durch verschiedene Maßnahmen:

- Der Umsetzungsstand des Personalbestands nach den Vorgaben der Psych-PV ist in vielen Einrichtungen unbefriedigend, vielfach liegt er unter 90 Prozent. Die bereits mit dem Gesetzentwurf eröffnete Nachverhandlungsmöglichkeit des Personalbestands von mindestens 90 Prozent der Personalbesetzung nach den Vorgaben der Psych-PV wurde in den Ausschussberatungen des Bundestages auf bis zu 100 Prozent aufgestockt. Das KHRG sieht demnach vor, dass bei einer Psych-PV-Umsetzung unterhalb von 90 Prozent ab 2009 eine entsprechende Aufstockung zu vereinbaren ist (§ 6 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 BPfIV). Bei einem Umsetzungsgrad zwischen 90 und 100 Prozent und bei Nachweis entsprechenden Personalbedarfs ist eine Erhöhung der Stellenzahl bis zur vollständigen Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV vorzunehmen (§ 6 Absatz 4 Satz 1 Nr. 2 BPfIV). Stichtag für die Bemessung des Umsetzungsgrades ist der 31. Dezember 2008. Die Vereinbarung ist schiedsstellenfähig. Der Gesetzgeber rechnet hierdurch im Jahr 2009 mit GKV-Mehrausgaben von 100 Mio. €.

- Tariflohnsteigerungen, die die Grundlohnrate übersteigen, werden ab dem Jahr 2009 hälftig und zeitlich nicht befristet refinanziert (§ 6 Absatz 2 BPfIV). Die bisherige Voraussetzung „soweit erforderlich zur Erfüllung des Versorgungsvertrages“ entfällt. Die hälftige Refinanzierung der Tariflohnsteigerung

bedeutet bezogen auf das Budget bei einem angenommenen Personalkostenanteil in der Psychiatrie von 80 Prozent eine Berücksichtigung der Tarifraten zu 40 Prozent. In der Vergangenheit lag dieser Wert bei einem Drittel und war damit niedriger.

- Die Schiedsstellenfähigkeit der Vereinbarung der Entwicklung der Fallzahlen und der Leistungsstruktur wird eröffnet (§ 6 Absatz 1 Satz 4 Nr. 1 BPfIV). Damit wird wieder der Zustand hergestellt, der vor dem Jahr 2000 galt.

Änderungen bei der Ausbildungsfinanzierung

Bei der Ausbildungsfinanzierung (§ 17 a KHG) wird klargestellt, dass neben den Kosten der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen auch die Mehrkosten des Krankenhauses für die Ausbildung von den Kostenträgern umfassend zu finanzieren sind, soweit die Kosten pflegesatzfähig sind. Sämtliche Kostenpositionen werden unter dem Oberbegriff Ausbildungskosten zusammengefasst. Bei den Ausbildungsmehrkosten des Krankenhauses werden insbesondere die Mehrkosten für die Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege, die in Folge der erhöhten Anforderungen des Krankenpflegegesetzes zusätzlich anfallen, hervorgehoben. Die Begründung führt aus, dass unter die Mehrkosten der Praxisanleitung auch die Kosten der Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter, die Kosten für deren Qualifizierung und die Arbeitsausfallkosten während der Qualifizierungsmaßnahmen fallen. Mit der Klarstellung sind für die GKV im Jahr 2009 Mehrausgaben in Höhe von rund 150 Mio. € verbunden. Ferner wird klargestellt, dass die Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger – wie bisher – weiterhin pflegesatzfähig sind.

Wegfall des GKV-Rechnungsabschlags

Der GKV-Rechnungsabschlag wird rückwirkend zum 1. Januar 2009 aufgehoben (§ 8 Absatz 9 KHEntgG). Der Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent war in den Jahren 2007 und 2008 auf jede akutstationäre Rechnung von GKV-Patientinnen und -Patienten zu erheben. Der Wegfall führt im Jahr 2009 zu GKV-Mehrausgaben in Höhe von rund 230 Mio. €.

Begrenzung auf 3,5 Mrd. €

Intensiv wurde im Beratungsverfahren des Bundestages die Frage diskutiert, wie im Jahr 2009 eine Begrenzung der zusätzlichen GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen auf 3,5 Mrd. € gewährleistet werden kann. Dieser Betrag wurde bei den Beratungen des Schätzerkreises zur Höhe des einheitlichen GKV-Beitragssatzes im Oktober 2008 berücksichtigt. Eine entsprechende Begrenzung der GKV-Mehrausgaben ist ausweislich der Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates erforderlich, um eine Sicherung der gesetzlich vorgesehenen hundertprozentigen Deckung der voraussichtlichen Ausgaben durch die voraussicht-

lichen Einnahmen des Gesundheitsfonds zu gewährleisten (Bundestags-Drucksache 16/10868).

Der GKV-Spitzenverband ging bei den Beratungen des Schätzerkreises demgegenüber von 4,6 Mrd. € Mehrausgaben im Jahr 2009 aus. Begründet wurde dies einerseits mit Mehrausgaben aufgrund eines ungleichgewichtigen letzten Konvergenzschrittes (rund 600 bis 800 Mio. €), auch Konvergenzsaldo genannt, sowie andererseits aufgrund eines erwarteten Leistungszuwachses von + 3 Prozent (rund 700 Mio. €). Konvergenzsaldo bedeutet, dass in den meisten Ländern derzeit der Durchschnitt der krankenhausindividuellen Basisfallwerte unterhalb der vereinbarten Landesbasisfallwerte liegt, sodass nach Ablauf der Konvergenzphase durch Abrechnung des Landesbasisfallwerts ein Ausgabensprung in Höhe des casemixgewichteten Differenzbetrags entsteht. Ursächlich hierfür sind unterschiedliche Verhandlungsweisen auf der Krankenhausebene und bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte, unter anderem bei der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen.

Konvergenzphase verlängert

Um die Mehrausgaben für die GKV im Jahr 2009 auf 3,5 Mrd. € zu begrenzen, wurden während der Ausschussberatungen im Bundestag insbesondere folgende Maßnahmen beschlossen:

- Die Konvergenzphase der DRG-Einführung, die im Jahr 2009 auslaufen sollte, wird um ein Jahr verlängert. Ziel ist es, im Jahr 2009 die Mehrausgaben aufgrund des Konvergenzsaldo zu halbieren. Da dennoch im Jahr 2009 für alle Krankenhäuser grundsätzlich der Landesbasisfallwert maßgeblich ist, erfolgt die Umsetzung nicht wie in der bisherigen Konvergenzphase durch unterschiedliche krankenhausindividuelle Basisfallwerte, die aus dem Erlösbudget des Krankenhauses abgeleitet werden. Vielmehr erfolgt die technische Umsetzung durch Berechnung eines krankenhausindividuellen Zu- oder Abschlags für alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden (§ 5 Absatz 6 KHEntgG). Ab dem Jahr 2010 rechnen dann alle Krankenhäuser ihre Leistungen zum Landesbasisfallwert ab. Der Zu- oder Abschlag wird abgeleitet aus der halbierten Differenz zwischen dem krankenhausindividuellen Basisfallwert 2008 ohne Ausgleich und dem Landesbasisfallwert 2008 ohne Ausgleich und Kappung. Der resultierende €-Betrag wird jeweils mit den effektiven Bewertungsrelationen der abzurechnenden Fallpauschale multipliziert.

Um die Zielsetzung der Korrekturposition zu erreichen, Mehrausgaben der Krankenkassen im Jahr 2009 zu begrenzen, ist der Zu- oder Abschlag zeitnah zu berechnen, auch vor der Vereinbarung eines Erlösbudgets mit den Krankenkassen (§ 5 Absatz 6 Satz 3 KHEntgG). Jedoch besteht bis zum Inkrafttreten der Regelung nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt im Frühjahr 2009 formal keine Rechtsgrundlage für die Erhebung des Zu- oder Abschlags. Solange danach ein Landesbasisfallwert noch nicht vereinbart ist, ergibt sich aus § 15 Absatz 1 Satz 4 KHEntgG, dass der Zu- oder Abschlag auf den weiter abzurechnenden bisherigen krankenhausindividuellen Basis-

fallwert zu beziehen ist. Sachlogisch haben Krankenhäuser, die im Jahr 2008 niedrigere Basisfallwerte im Vergleich zum Landesbasisfallwert hatten, bis zur Genehmigung des Landesbasisfallwerts 2009 sowie auch danach für das weitere Jahr 2009 einen entsprechenden Abschlag zu den Basisfallwerten zu berechnen. Krankenhäuser mit höheren Basisfallwerten haben dementsprechend Zuschläge zu erheben. Der Zielsetzung, den Konvergenzsaldo im Jahr 2009 zu halbieren, wird damit – anders als bei einer Verschiebung der Berechnung bis zur Genehmigung des Landesbasisfallwerts 2009 – möglichst zeitnah und mit Wirkung für das Jahr 2009 entsprochen. Weicht das abgerechnete Zu- oder Abschlagsvolumen von dem vereinbarten Volumen ab, ist über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche ein vollständiger Ausgleich vorzunehmen (§ 5 Absatz 6 Satz 4 i. V. m. Absatz 4 Satz 1 KHEntgG).

- Für Leistungen, die im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr zusätzlich vereinbart werden, sind zwischen den Krankenkassen vor Ort und dem einzelnen Krankenhaus Preisabschläge auf den Landesbasisfallwert zu vereinbaren (§ 4 Absatz 2 a Satz 1 KHEntgG). Die Höhe der Preisabschläge gibt der Gesetzgeber nicht vor, sodass sie von den Vertragsparteien vor Ort krankenhausindividuell auszuhandeln ist. Die natürliche Untergrenze liegt jedoch bei den Mehrerlösquoten, die Krankenhäuser in der Regel als Alternative zu einer prospektiven Vereinbarung für zusätzlich erbrachte Leistungen im Blick haben werden. Der Mehrleistungspreisabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen, in die Berechnung des Landesbasisfallwerts gehen die Abschläge nicht ein. Die schiedsstellenfähige Regelung ist auf das Jahr 2009 begrenzt.

- Für Krankenhäuser, bei denen die Tarifierhöhungsrates zu einer mehr als hälftigen Refinanzierung der oberhalb der Grundlohnrate liegenden Personalkostenrefinanzierung führen würde, ist der höhere Finanzierungsanteil im Jahr 2009 durch Preisabschläge auf den Landesbasisfallwert mindernd zu berücksichtigen (§ 4 Absatz 2 a Satz 2 und 3 KHEntgG). Erforderlich ist somit eine Prüfung beim einzelnen Krankenhaus. Maßstab für die tarifbedingte Erhöhung ist analog zur Ermittlung der Tarifrates auf der Bundesebene eine Differenzierung zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personalbereich. Abgestellt wird auf den im jeweiligen Personalbereich im einzelnen Krankenhaus dominierenden Tarifvertrag, dem die meisten Beschäftigten zugeordnet sind. Keine Anwendung findet die Regelung für höhere Finanzierungsanteile infolge von Notlagentarifverträgen. Der krankenhausindividuelle Tarifabschlag ist vom Krankenhaus jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. Die entsprechenden Tarifabschläge im Land werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend berücksichtigt. Insgesamt erwartet der Gesetzgeber, dass durch diese Regelung im Jahr 2009 eine Verringerung der GKV-Mehrausgaben in Höhe von 150 Mio. € erreicht werden kann.

- Um die Ausfallquote bei Krankenhauszahlungen zu vermindern, müssen die Krankenhäuser zukünftig verstärkt dafür

Sorge tragen, dass die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen auch tatsächlich gezahlt werden (§ 43 b Absatz 3 SGB V). In der Begründung moniert der Gesetzgeber, dass Krankenhauszuzahlungen heute in größerem Umfang nicht realisiert werden können. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses vermindert sich gegenüber den Krankenkassen um den eingezogenen Zuzahlungsbetrag. Einer Weiterleitung der eingezogenen Zuzahlungen an die Krankenkassen bedarf es durch Änderung des § 39 Absatz 4 Satz 1 SGB V zukünftig nicht mehr. Auch werden die Krankenhäuser mit dem Forderungseinzug von den Krankenkassen beliehen. Sie können hierzu Verwaltungsakte erlassen und Forderungen vollstrecken. Die Krankenkassen erstatten den Krankenhäusern eine angemessene Kostenpauschale für das Verwaltungsverfahren zur Einziehung ausstehender Zuzahlungen. Für Vollstreckungsverfahren und Klagen von Versicherten gegen den Verwaltungsakt der Krankenhäuser tragen die Krankenkassen die Kosten; eine Pauschalierung sieht der Gesetzgeber nicht vor. Die Einzelheiten zur Kostenerstattung sind durch eine Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG zu vereinbaren. Nach erfolgloser Mahnung und Vollstreckung durch das Krankenhaus verbleibt das Ausfallrisiko weiterhin bei der Krankenkasse. Eine Verrechnung der Zuzahlung mit dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses findet in diesen Fällen dann letztlich nicht statt.

Orientierungswert

In struktureller Hinsicht sind als Themen des KHRG die Entwicklung eines Orientierungswertes, die Annäherung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor, die Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen sowie die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu nennen. Einen zeitlichen Überblick über die einzelnen Gesetzaufträge des KHRG gibt **► Tabelle 2**.

Das Statistische Bundesamt soll bis Mitte 2010 einen Orientierungswert ermitteln, der zeitnah die Kostenstrukturen und -entwicklungen im Krankenhausbereich erfasst (§ 10 Absatz 6 KHEntgG). Der Wert soll voraussichtlich ab dem Jahr 2011 als Grundlage für eine Alternative zu der bisherigen

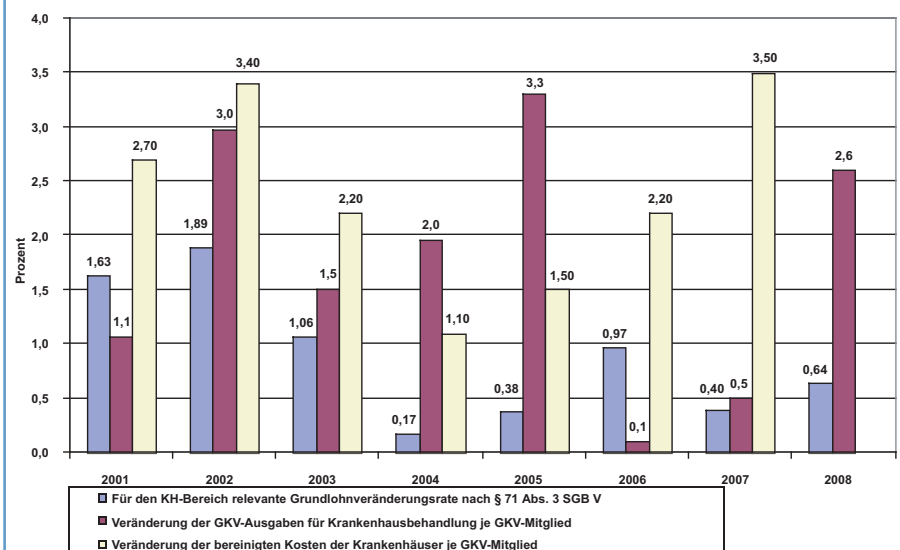
Tabelle 2: Zeitrahmen einzelner strukturell orientierter KHRG-Gesetzaufträge

Thema	Zeitplan
Orientierungswert (§ 10 Absatz 6 KHEntgG)	<ul style="list-style-type: none"> – Bis 31.12.2009: Systematik Orientierungswert durch StBA – Bis 30.06.2010: Erstmalige Ermittlung Orientierungswert
Basisfallwertkorridor (§ 10 Absatz 8, 9 und 13 KHEntgG)	<ul style="list-style-type: none"> – Bis jeweils 30.09.: Berechnung einheitlicher Basisfallwert und Basisfallwertkorridor – Bis 30.06.2011: BMG-Vergabe einer wissenschaftlichen Untersuchung über Ursachen unterschiedlicher Landesbasisfallwerte
Investitionsfinanzierung (§ 10 Absatz 1 und 2 KHG)	<ul style="list-style-type: none"> – Bis 31.12.2009: Grundsätze und Kriterien für Investitionsfallwert auf Landesebene – Bis 31.12.2009: Grundstrukturen und Ermittlungsverfahren für Investitionsbewertungsrelationen – Bis 31.12.2010: Investitionsbewertungsrelationen DRG-System – Bis 31.12.2012: Investitionsbewertungsrelationen Psychiatrie/ Psychosomatik
Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (§ 17 d KHG)	<ul style="list-style-type: none"> – Bis 31.12.2009: Grundstrukturen des Entgeltsystems, Verfahren zur Ermittlung der Bewertungsrelationen – Bis 30.09.2012: Erste Entgelte und Bewertungsrelationen – 2013: Budgetneutrale Umsetzung für die Krankenhäuser – 2014: Erste Ergebnisse Begleitforschung

strikten Grundlohnbindung der akutstationären Krankenhauspreise dienen. Damit soll die Obergrenze für den Anstieg der Landesbasisfallwerte nicht mehr durch eine ausschließlich an den Krankenkasseneinnahmen orientierte Größe gesteuert werden, sondern anteilig durch die zeitnah festzustellenden Kostenentwicklungen im Krankenhausbereich. Den maßgeblichen zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes bestimmt das BMG nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.

Einen Überblick über die Entwicklung der GKV-Krankenhausaussgaben, der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen und der bereinigten Kosten der Krankenhäuser in den Jahren 2001 bis 2007/2008 gibt **► Abbildung 1** (jeweils je GKV-Mitglied). Erkennbar ist, dass mitgliedsbezogen die Grundlohnrate im Zeitraum 2001 bis 2007 um 6,5 Prozent anstieg, die

Abbildung 1: Entwicklung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, der Krankenhausaussgaben und der bereinigten Kosten, 2001 bis 2008



Quelle: GKV-Statistik; Statistisches Bundesamt; Kostennachweis der Krankenhäuser; eigene Berechnungen.

GKV-Krankenhausaussgaben jedoch um 11,4 Prozent sowie die bereinigten Kosten der Krankenhäuser wiederum um 16,6 Prozent zunehmen. Zu betonen ist, dass hier Veränderungsraten und nicht absolute Werte thematisiert sind. Die Frage, inwieweit im betrachteten Zeitraum die Krankenhauserlöse die Kosten der Krankenhäuser gedeckt haben, wird damit nicht beantwortet.

Annäherung der Landesbasisfallwerte

An die Angleichung unterschiedlicher krankenhausindividueller Basisfallwerte an einen einheitlichen Landesbasisfallwert soll sich eine gesetzlich vorgegebene Annäherung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte anschließen. Das KHRG sieht vor, dass von 2010 bis 2014 in fünf gleichen Schritten eine Annäherung bis an die Grenzen eines einheitlichen Basisfallwertkorridors erfolgen soll. Die Korridor Grenzen liegen bei + 2,5 und – 1,25 Prozent um einen einheitlichen Basisfallwert. Landesbasisfallwerte, die innerhalb des Korridors liegen, werden nicht angepasst. Der einheitliche Basisfallwert – und darauf aufbauend der Basisfallwertkorridor – sind vom DRG-Institut auf der Grundlage der Landesbasisfallwerte, des im einzelnen Land jeweils zugrunde gelegten Ausgabenvolumens sowie der effektiven Bewertungsrelationen zu ermitteln (§ 10 Absatz 9 KHEntgG). Das Berechnungsergebnis des InEK ist Grundlage für die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, welche die Werte jeweils bis zum 30. September des Jahres für das Folgejahr zu vereinbaren haben. Als Konfliktlösungsmechanismus ist in diesen Fällen die Bundeschiedsstelle nach § 18 a Absatz 6 KHG vorgesehen.

Die Rahmenbedingungen für die Annäherung der Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor wurden in den Ausschussberatungen im Bundestag in zwei Punkten geändert:

- Zum einen wurde die untere Grenze des Bundesbasisfallwertkorridors von – 1,5 auf – 1,25 Prozent angehoben. In der Folge werden die Landesbasisfallwerte in Ländern mit niedrigeren Landesbasisfallwerten durch die Annäherung an den Basisfallwertkorridor etwas stärker angehoben. Hiervon profitieren voraussichtlich die Krankenhäuser in den Ländern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen.
- Zum anderen wurde für Länder mit hohen Landesbasisfallwerten eine Obergrenze für den jährlichen Angleichungsbeitrag in Höhe von 0,3 Prozent des Landesbasisfallwerts vorgegeben. Für Länder, die von der Obergrenze profitieren, resultiert hieraus zugleich eine Verlängerung des Angleichungszeitraums an den Basisfallwertkorridor, da die obere Grenze des Basisfallwertkorridors später erreicht wird. Außerhalb der oberen Korridor Grenze von + 2,5 liegen voraussichtlich die Landesbasisfallwerte in den Ländern Rheinland-Pfalz, Saarland und Berlin.

Zudem hat das BMG bis zum 30. Juni 2011 eine wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte in Auftrag zu geben (§ 10 Absatz 13

KHEntgG). Sofern Ergebnis der Untersuchung eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ist, soll das BMG bis zum Jahresende 2013 einen Verfahrensvorschlag für eine weitere Angleichung aller Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Bundesbasisfallwert vorlegen. Ein entsprechender weiterer Angleichungsprozess soll in diesem Fall im Zeitraum von 2015 bis 2019 erfolgen.

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 künftig für das jeweils laufende Kalenderjahr Vereinbarungswerte der Krankenhäuser im Land zur effektiven Casemixsumme sowie zur Erlössumme für Fallpauschalen heranzuziehen. Auf dieser Grundlage ist die Entwicklung des folgenden Kalenderjahrs abzuschätzen, das für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts maßgeblich ist. Die Vereinbarungswerte sind von den Krankenhäusern jeweils nach der neu gefassten Anlage B2 zu übermitteln. Für die zu meldende Erlössumme für Fallpauschalen bedeutet dies, dass die auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbarte Summe der effektiven Bewertungsrelationen in Zeile 2 von B2 mit dem abzurechnenden Landesbasisfallwert des – bei prospektiver Vereinbarung – laufenden Kalenderjahres zu bewerten ist, nicht etwa mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert. Bei einer abweichenden Berechnungsweise über die krankenhausindividuellen Basisfallwerte würde demgegenüber nicht nur der ab dem Inkrafttreten des KHRG mit dem neuen B2-Blatt vorgegebenen Vorgehensweise widersprochen, sondern – quasi durch die Hintertür – die vom Gesetzgeber gewollte zweistufige Realisierung des Konvergenzsaldos zugunsten der Krankenhäuser unterlaufen. In der amtlichen Begründung zu § 5 Absatz 6 KHEntgG (vergleiche Bundestags-Drucksache 16/11429) wird ausdrücklich ausgeführt: „Dabei wird der noch ausstehende krankenhausindividuelle Konvergenzschritt 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 besteht also in der Halbierung und zeitlichen Verschiebung der Umsetzung des Konvergenzsaldos, nicht aber in seiner Beseitigung zu Lasten der Krankenhäuser. Um unerwünschte zeitliche Verzögerungen bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte wegen dieses Punktes zu vermeiden, wurde in die 15. AMG-Novelle eine entsprechende zusätzliche klarstellende Formulierung zu § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG aufgenommen.

Investitionspauschalen

Die Investitionsmittelförderung der Länder ist seit vielen Jahren teilweise drastisch rückläufig. Forderungen des Bundes im Gesetzgebungsverfahren nach einer monistischen Krankenhausfinanzierung oder einer Aufstockung ihrer Investitionsquoten haben die Länder eine Absage erteilt. Verblieben ist ein Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Ermittlung leistungsorientierter Investitionspauschalen. Die Investitionspauschalen berechnen

sich aus einem jeweils auf der Landesebene festzulegenden Investitionsfallwert und bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen.

Länder und Bund haben bis Ende 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung des Investitionsfallwerts auf der Landesebene zu entwickeln (§ 10 Absatz 1 KHG). Dabei ist die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des Verfahrens legen die Länder und der Bund fest. Sofern sich Länder hierzu entscheiden, soll die Investitionsfinanzierung ab 2012 für DRG-Krankenhäuser und ab 2014 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen grundsätzlich auf Investitionspauschalen umgestellt werden. Allerdings unterstreicht der Gesetzgeber explizit das Recht der Länder, eigenständig darüber zu entscheiden, ob leistungsorientierte Investitionspauschalen oder die bisherigen Fördermittelarten der Einzelförderung und der Pauschalförderung zur Anwendung kommen.

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene und deren DRG-Institut werden mit der Kalkulation von bundeseinheitlichen Investitionsbewertungsrelationen für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen beauftragt (§ 10 Absatz 2 KHG). Die Investitionsbewertungsrelationen sollen für das DRG-System bis Ende 2010 vom InEK kalkuliert werden, für die Psychiatrie und Psychosomatik bis Ende 2012. Die Grundstrukturen für die Investitionsbewertungsrelationen und Einzelheiten des Verfahrens zu ihrer Ermittlung haben die Selbstverwaltungspartner bereits bis zum Jahresende 2009 zu vereinbaren.

Von 1994 bis 2007 hat bundesweit die Relevanz der Pauschalförderung von 35 auf 41 Prozent zugenommen, in den alten Bundesländern sogar von 37 auf 46 Prozent (vergleiche ► **Abbildung 2**). In den neuen Bundesländern ist mit einem Rückgang des Pauschalförderungsanteils von 33 auf 23 Prozent demgegenüber ein gegenläufiger Trend festzustellen.

Eine Aufstockung der den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Investitionsmittel ist im Rahmen des Kommunalen Investitionsprogramms des Konjunkturpakets II möglich. Der Bund stellt hierfür Finanzhilfen in Höhe von 3,5 Mrd. € zur Modernisierung der kommunalen Infrastruktur zur Verfügung. Der Bereich Krankenhäuser wird dabei explizit genannt. Es wird darauf hingewiesen, dass die Mittel trägerneutral zur Verfügung stehen, also nicht nur kommunalen Krankenhäusern. Der Kofinanzierungsanteil der Länder liegt bei 25 Prozent, sodass sich ein verfügbares Gesamtvolumen von rund 4,67 Mrd. € errechnet. Der Bund erwartet, dass mindestens 50 Prozent des Fördervolumens noch 2009 wirksam werden. Da die Länder entsprechend den Problemlagen vor Ort und ei-

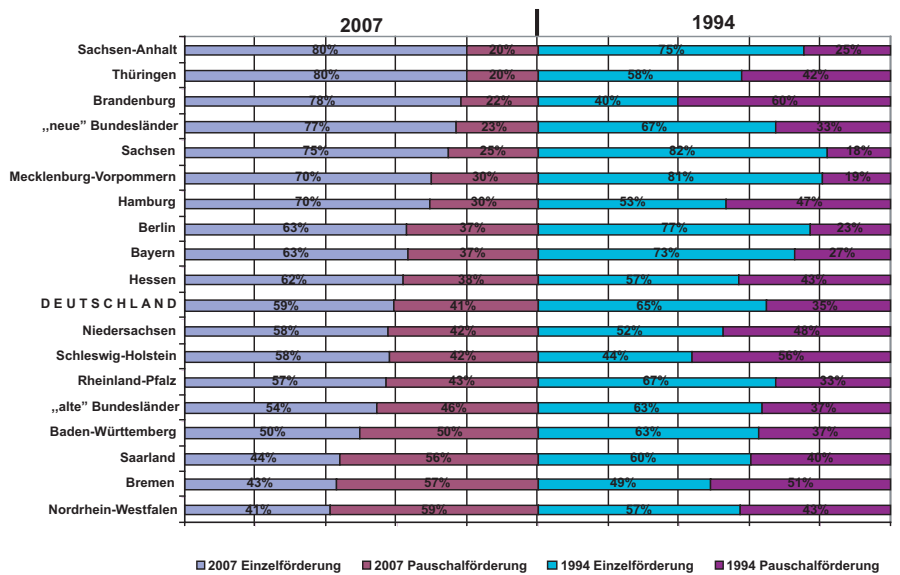
genverantwortlich entscheiden können sollen, erfolgt keine Quotierung der Mittel für einzelne förderfähige Bereiche der kommunalen Infrastruktur. Insofern ist im jeweiligen Land zu entscheiden, ob und in welchem Umfang Finanzhilfen des Bundes zu einer Aufstockung der Investitionsmittel für Krankenhäuser genutzt werden.

Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik

Für den Bereich der voll- und teilstationären psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen soll ein neues, pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten entwickelt werden (§ 17 d KHG). Die Grundstrukturen des Entgeltsystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen sind bereits bis zum Jahresende 2009 von der DKG mit dem GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband zu vereinbaren. Die Kalkulation, die vom InEK auf der Grundlage von Daten aus einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern erfolgen soll, ist so abzuschließen, dass bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und Bewertungsrelationen von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene vereinbart werden können. Das neue Entgeltsystem soll im Jahr 2013 erstmals unter budgetneutralen Bedingungen für die Abrechnung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zum Einsatz kommen.

Die gesetzliche Grundkonzeption sieht vor, dass auch die Kalkulation von Zusatzentgelten möglich ist. Krankenhausindividuelle Entgelte können vereinbart werden, soweit durch das DRG-Institut bestimmte Leistungen nicht kalkulierbar sind. Für die Konzeption des Entgeltsystems ist ferner zu prüfen, ob für bestimmte Leistungen andere Abrechnungseinheiten möglich sind (zum Beispiel Fallbezug). Geprüft werden soll

Abbildung 2: Entwicklung der Anteile von Pauschal- und Einzelförderung, 1994 und 2007



Quelle: Arbeitsgemeinschaften der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG); eigene Berechnungen.

zudem, inwieweit die Einbeziehung ambulanter Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V möglich ist.

Für die Entwicklung des neuen Entgeltsystems ist von patientenbezogenen Kriterien wie Diagnosen und Prozeduren sowie bei Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen der Psych-PV auszugehen. Soweit verfügbar soll eine tagesbezogene Psych-PV-Einstufung der Patienten erfolgen, wobei eine vereinfachte Dokumentation bei Behandlungsbeginn und bei dem Wechsel des Behandlungsbereichs als ausreichend erachtet wird. Um einen entsprechend datenbasierten Entwicklungsprozess wie beim DRG-System zu ermöglichen, werden künftig auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verpflichtet, bestimmte Struktur- und Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG zu übermitteln. Einrichtungen, die die Psych-PV anwenden, haben für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall zudem die genannte tagesbezogene Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Psych-PV-Behandlungsbereiche an die DRG-Datenstelle zu übermitteln.

Die Finanzierung der Entwicklungsaufgabe erfolgt über den DRG-Systemzuschlag, der entsprechend zu erhöhen ist. Mit der Vergabe einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Entgeltsystems werden – analog zu den Vorgaben des DRG-Systems – die Selbstverwaltungspartner gesetzlich beauftragt. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

Vereinbarung des Erlösbudgets ab dem Jahr 2009

Das KHRG baut für die Verhandlung des Erlösbudgets weiterhin auf vielen etablierten Regelungen auf. Allerdings erfolgen für den Regelbetrieb der DRG-Anwendung auch diverse Änderungen, zum Beispiel die Abwicklung von Erlösausgleichen über einen Zu- oder Abschlag anstelle einer Verrechnung über das Erlösbudget mit der Folge der Entstehung krankenhausesindividueller Basisfallwerte. Diese Option besteht nach einer flächendeckenden Umstellung auf die Abrechnung mit dem Landesbasisfallwert nicht mehr. Wesentliche Änderungen für die Vereinbarung des Erlösbudgets werden im Folgenden skizziert:

- Die vom Erlösbudget umfassten Entgelte werden in § 4 Absatz 1 KHEntgG aufgeführt (bundesweit kalkulierte DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte). Es wird klargestellt, dass Vergütungen für Integrationsverträge nicht Bestandteil des Erlösbudgets sind.
- Das Erlösbudget wird durch Multiplikation der voraussichtlichen Leistungen (Art, Menge bzw. effektiver Casemix) mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe (Landesbasisfallwert, Höhe der Zusatzentgelte) ermittelt (§ 4 Absatz 2 KHEntgG). Mit Blick auf die Erlösausgleiche sind Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung – wie in der Vergangenheit – mindernd zu berücksichtigen (derzeit 50 €). Die Erlöse von Überliegern werden in voller Höhe dem Entlassungsjahr zugeordnet.

- Um die Ermittlung des Erlösausgleichsbetrags zu vereinfachen, wird künftig nicht mehr zwischen der Entstehung von Mehr- oder Mindererlösen beim Erlösbudget nach § 4 KHEntgG (DRG-System) und der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 KHEntgG (krankenhausesindividuelle Entgelte) unterschieden, vielmehr wird ein gemeinsamer Erlösausgleich für die beiden Budgetbestandteile eingeführt (§ 4 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG). Der für Zwecke des Erlösausgleichs zu bildende Gesamtbetrag führt zur Saldierung von Erlösabweichungen in den einzelnen Bereichen.

Die Quoten für den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen bleiben weitgehend unverändert. Lediglich der vollständige Ausgleich für kodierbedingte Mehrerlöse auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses wird abgeschafft. Im Bereich der Erlössumme für die krankenhausesindividuellen Entgelte findet eine Angleichung der Ausgleichssätze statt, indem zukünftig auch die Erlösausgleichsquoten des DRG-Systems Anwendung finden.

Die Erlösausgleiche werden nicht mehr über das Budget des Folgejahres abgewickelt, da dies zu krankenhausesindividuellen Basisfallwerten führen würde, sondern über einen Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche (§ 5 Absatz 4 KHEntgG). Die Entgelte dürfen durch diesen Zuschlag grundsätzlich nur um maximal 15 Prozent erhöht werden, im Jahr 2009 um 30 Prozent.

§ 4 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG übernimmt eine Vorschrift aus der Bundespflegesatzverordnung, die einen möglichst frühzeitigen Erlösausgleich vorgibt mit dem Ziel, Liquiditäts- und Zinsnachteile des jeweilig Begünstigten zu begrenzen. Steht die Höhe des Ausgleichs zum Zeitpunkt der Verhandlungen noch nicht endgültig fest, soll der Erlösausgleich auf der Basis der vorliegenden Informationen als Abschlagszahlung durchgeführt werden. Die Differenz der Abschlagszahlung zum letztlich maßgeblichen Ausgleichsbetrag wird im Folgejahr ausgeglichen.

- Zudem wird mit dem Ziel für besondere Einrichtungen, die diesen Status verlieren und in das DRG-Vergütungssystem eingegliedert werden, eine zu starke und plötzliche Anpassung des Erlösanteils der bisherigen besonderen Einrichtung an den Landesbasisfallwert zu vermeiden, eine dreijährige Konvergenzphase eingeführt (§ 4 Absatz 7 KHEntgG). In dieser Zeit wird der Erlösanteil der bisherigen besonderen Einrichtung in drei gleichen Schritten an den Landesbasisfallwert angeglichen.

Weitere Änderungen

Während der Ausschussberatungen im Bundestag wurden gegenüber dem Kabinettentwurf (siehe dazu: Rau, das Krankenhaus 12/2008, Seiten 1293 bis 1302) in den folgenden Punkten weitere wesentliche Veränderungen beschlossen:

- Um den Anreiz für eine zielgenauere Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu stärken, wird die Aufwandspauschale für erfolglose Abrechnungsprüfungen von 100 auf 300 € deutlich angehoben (§ 275 Absatz 1 c Satz 3 SGB V). Damit zugleich der derzeitige mangelhafte Umfang von MDK-Stichprobenprüfungen verbessert


wird, können überhöhte oder zu niedrige Abrechnungen zukünftig jeweils direkt gegenüber der einzelnen zahlungspflichtigen Krankenkasse berichtigt werden (§ 17 c Absatz 3 Satz 3 KHG). Für die Krankenkassen werden Stichprobenprüfungen damit attraktiver.

- Um eine möglichst frühzeitige Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erreichen, sollen die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Innovationsentgelte möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets des Krankenhauses vereinbart werden (§ 6 Absatz 2 Satz 6 KHEntgG).


- Klarstellung, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 137 SGB V getroffenen Vorgaben zur Qualitätssicherung für die vertragsärztliche und die stationäre Versorgung grundsätzlich einheitlich für alle Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus gelten und somit zum Beispiel auch privat Krankenversicherte einschließen.

- Die Vergütungssystematik von Belegärzten wird flexibilisiert. Künftig können Belegärzte auch auf der Grundlage eines Honorarvertrages mit dem Krankenhaus vergütet werden (§ 121 Absatz 5 SGB V). Die auf der Basis eines Honorararztvertrags vom Vertragsarzt erbrachten belegärztlichen Leistungen sind

bei Nutzung des neuen Wahlrechts zukünftig keine Leistungen mehr, die aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden. Das Krankenhaus rechnet in diesen Fällen die um 20 Prozent geminderten Fallpauschalen für Hauptabteilungen ab (§ 18 Absatz 3 KHEntgG). Der Abschlag wird mit den in der Regel günstigeren Kostenstrukturen bei belegärztlicher Versorgung begründet. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde von Länderseite ein Abschlag in ähnlicher Höhe vorgeschlagen, der bis zur Kalkulation eigenständiger Fallpauschalen für Belegabteilungen, die auch die belegärztliche Vergütung umfassen sollten, als angemessen eingestuft wurde. Nach dem KHRG entfällt bei einem Honorararztvertrag eine Kostenerstattung des Belegarztes für von ihm zur Erbringung der belegärztlichen Leistungen in Anspruch genommene Ärzte des Krankenhauses (§ 19 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG), da die Vergütung für alle Leistungen der stationären Behandlung direkt vom Krankenhaus abgerechnet wird. Angesichts der Höhe des Vergütungsabschlags hat der Bundesrat bei der Zustimmung zum KHRG die Bundesregierung aufgefordert, die Entwicklung der belegärztlichen Tätigkeit sowohl nach dem alten Modell als auch nach dem neuen Honorarvertragsmodell spätestens ein Jahr nach Wirksamwerden der Neuregelung auf seine Wirkung zu überprüfen und ggf. eine Neuregelung zu initiieren (Bundsrats-Drucksache 31/09 (Beschluss)). ▶



„Macht
gutes Essen
gesund?“



Natürlich ist eine ausgewogene Ernährung mit wertvollen Vitaminen und Nährstoffen wichtig für das Wohlbefinden. Deshalb kochen wir von **apetito** leidenschaftlich gern für Menschen, denen es schnell wieder besser gehen soll – mit „Gute-Laune-Rezepten“. Sprechen Sie mit uns! Wir sind Ihr Partner in allen Fragen rund um gesunde Ernährung und Management.

Frische Verpflegungslösungen für Kliniken.

• Um mögliche Versorgungsengpässe bei fachärztlichen Leistungen der Spezialambulanzen von Kinderkliniken aufgrund einer Unterfinanzierung dieser Leistungen zu vermeiden, können zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern mit Kinderabteilungen gesonderte fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbart werden, soweit dies zur angemessenen Vergütung der ambulanten Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, erforderlich ist (§ 120 Absatz 1 a SGB V). Die Pauschalen werden ergänzend zur Vergütung auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) gezahlt und direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Da bisher faktisch eine Teilfinanzierung der Spezialambulanzen aus der stationären Vergütung vorgenommen wurde und insofern Erlösanteile für ambulante Leistungen in den Budgets der betroffenen Krankenhäuser enthalten sind, sind zur Refinanzierung der Kosten der Krankenkassen Bereinigungen der Krankenhausbudgets vorgesehen. Dies ergibt sich bei Abrechnung des Landesbasisfallwerts automatisch; bei besonderen Einrichtungen und Krankenhäusern nach § 4 Absatz 9 KHEntgG ist eine Bereinigung nur insoweit durchzuführen, als nach bereits durchgeführten Konvergenzschritten noch entsprechende Erlösanteile in den Krankenhausbudgets enthalten sind. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2009 oder 2010 ist zudem das Erlösvolumen für die insgesamt im Land gesondert vereinbarten Pauschalen mindernd zu berücksichtigen; nicht zu berücksichtigen ist die zusätzliche Verbesserung der EBM-Vergütungen für diese Leistungen. Die Regelung tritt rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft.

• Die Integration von Praxiskliniken in das GKV-Versorgungssystem soll verbessert werden. § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V definiert Praxiskliniken als „Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden“. Der Gesetzgeber beauftragt den GKV-Spitzenverband und die Interessenvertretung der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte zum einen mit dem Abschluss eines Rahmenvertrages über einen Katalog der von Praxiskliniken durchführbaren Behandlungen und deren Qualitätssicherung (§ 122 SGB V). Zum anderen werden Praxiskliniken als potenzielle Vertragspartner der Krankenkassen im Rahmen integrierter Versorgungsformen genannt (§ 140 b Absatz 1 Nr. 7 SGB V).

• Die Krankenhausstatistik-Verordnung wird durch verschiedene Änderungen weiterentwickelt. Unter anderem wird zukünftig statistisch erfasst,

- ob Auszubildende direkt beim Krankenhaus beschäftigt sind oder ein indirektes Beschäftigungsverhältnis besteht, zum Beispiel mit einer Ausbildungsgesellschaft;
- ob Personal direkt beim Krankenhaus beschäftigt ist oder ein indirektes Beschäftigungsverhältnis besteht (outgesourcetes Personal);
- das Institutionskennzeichen des Krankenhauses, damit das Statistische Bundesamt die Daten nach § 21 KHEntgG besser auf Vollständigkeit und Plausibilität prüfen kann.

• In der Abgrenzungsverordnung wird inzwischen veränderten steuerrechtlichen Vorgaben Rechnung getragen (zum Beispiel Erhöhung der Wertgrenze für Verbrauchsgüter von 51 auf 150 €).

• Hinzuweisen ist zudem auf den Auftrag des Gesetzgebers, der bereits im Kabinetentwurf enthalten war, wonach die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene bis zum 30. Juni 2009 zu prüfen haben, ob für eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung an Krankenhäusern verbundenen Mehrkosten Zu- oder Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen erforderlich sind (§ 17 b Absatz 1 Satz 17 KHG). Wenn das Prüfergebnis zeigt, dass entsprechende Zu- oder Abschläge erforderlich sind, sollen diese möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.

Inkrafttreten

Das Gesetz tritt grundsätzlich nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft. Dies wird im Frühjahr 2009 der Fall sein. Die Regelungen zum GKV-Rechnungsabschlag und zu den Spezialambulanzen von Kinderkliniken gelten bereits rückwirkend zum 1. Januar 2009.

Ausblick

In der Beurteilung der Interessenverbände schneidet das KHRG nicht besonders gut ab. Allerdings fallen die Beurteilungen fast diametral unterschiedlich aus: Die DKG spricht von einem enttäuschenden Gesamtergebnis. Der GKV-Spitzenverband beklagt demgegenüber die Mehrausgaben und eine Zementierung alter Strukturen (keine Ermöglichung von Selektivverträgen). Fakt ist jedoch: Die Krankenhäuser können auf der Grundlage des Gesetzes in diesem Jahr allein von der GKV mit Mehreinnahmen in Höhe von 3,5 Mrd. € rechnen. Hinzu kommen die Erlöszuwächse von anderen Kostenträgern wie zum Beispiel der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind die finanziellen Anstrengungen, welche die Beitragszahler hierfür aufzubringen haben, nicht gering zu schätzen. Auch die Länder haben bei ihrer Zustimmung zum KHRG explizit zum Ausdruck gebracht, dass sie das Gesetz, insbesondere mit Blick auf den GKV-Beitragsatz, mittragen (Bundesrats-Drucksache 31/09 (Beschluss)). Aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive des einzelnen Krankenhauses mögen die finanziellen Entlastungen zur Herstellung einer auskömmlichen Erlössituation oftmals nicht alle gehegten Erwartungen erfüllen. Vor diesem Hintergrund ist allerdings zu unterstreichen, dass das KHRG darauf orientiert ist, das wirtschaftlich Notwendige mit dem finanziell Machbaren zu verbinden. Es kommt nun auch darauf an, was die Vertragsparteien in der Umsetzung daraus machen.

Anschrift des Verfassers

Ferdinand Rau, Regierungsdirektor, Am Gässchen 38, 53177 Bonn ■