

Ferdinand Rau

# Was ändert sich für die Krankenhäuser mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz?

*In den vergangenen Monaten wurde von den Verbänden der Leistungserbringer wie auch der Krankenkassen an vielen Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) nachhaltige Kritik geäußert. In diesem Chor der Kritiker war auch die Stimme der DKG deutlich zu vernehmen. Bekämpft wurde insbesondere der von den Krankenhäusern zu leistende Einsparungsbeitrag. Spätestens mit dem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ist es für Krankenhäuser nun aber auch wichtig, die im GKV-WSG enthaltenen Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten zu kennen. Im Folgenden werden die im weiteren Sinne krankenhauserrelevanten Regelungen des Gesetzes vorgestellt.*

Der Bundestag hat am 2. Februar 2007 das GKV-WSG in 2. und 3. Lesung beschlossen. Insbesondere mit Blick auf die erforderliche Zustimmung des Bundesrates wurden hierbei einige wesentliche Änderungen vorgenommen. Der Bundesrat forderte in seiner Stellungnahme zum GKV-WSG vom 15. Dezember 2006 diverse Änderungen (Bundestags-Drucksache 16/3950). In ihrer Gegenäußerung (Bundestags-Drucksache 16/4020) hatte die Bundesregierung teilweise Entgegenkommen signalisiert, in einigen Punkten jedoch auch eine Änderung des Gesetzentwurfes abgelehnt. Durch die letztlich durchgeführten Änderungen ist es nun gelungen, ohne ein Vermittlungsverfahren am 16. Februar 2007 die Zustimmung des Bundesrates zu erreichen. Das Gesetz tritt zum 1. April 2007 in Kraft, soweit keine gesonderten Regelungen getroffen wurden (zum Beispiel beim Sanierungsbeitrag).

## GKV-Sanierungsbeitrag

Mit dem Sanierungsbeitrag sollen die Krankenhäuser einen Beitrag zur finanziellen Entlastung der GKV leisten. Da die Krankenkassen im Jahr 2006 voraussichtlich rund 3 Mrd. € mehr für stationäre Krankenhausleistungen als im Jahr 2004 aufwenden mussten, wird ein Einsparbeitrag des Krankenhausbereiches als politisch unverzichtbar erachtet. Der Bundesrat hat demgegenüber den ursprünglich geplanten einprozentigen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser als medizinisch nicht begründbar und wirtschaftlich nicht verantwortbar eingestuft. In seiner Stellungnahme hat er deshalb eine vollständige Streichung gefordert. Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung wiederum die Prüfung einer möglichen Differenzierung des Sanierungsbeitrags, aber keine komplette Streichung in Aussicht gestellt.

Im Ergebnis wurde statt des in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform zunächst noch vorgesehenen Einsparbeitrags

von 550 Mio. € jährlich (inklusive PKV-Anteil) nun ein durch den Sanierungsbeitrag einzubringendes Finanzvolumen von 280 Mio. € im Jahr 2007 und 380 Mio. € im Jahr 2008 beschlossen. Insgesamt soll das GKV-WSG in der am 2. Februar 2007 vom Bundestag beschlossenen Fassung im Jahr 2007 noch ein Einsparungsvolumen von 1,1 bis 1,2 Mrd. € erschließen können. Im Einzelnen setzt sich der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser aus folgenden Maßnahmen zusammen:

- Rechnungsabschlag in Höhe von 0,5 Prozent (§ 8 Absatz 9 KHEntgG), der somit gegenüber dem Gesetzentwurf um 0,2 Prozent gemindert wurde. Der Rechnungsabschlag ist nur bei gesetzlich krankenversicherten Patienten vorzunehmen. Private Krankenversicherungen, Selbstzahler und sonstige Kostenträger haben die Krankenhausrechnungen weiterhin in ungekürzter Höhe zu erstatten. Das Krankenhaus hat den Rechnungsabschlag auf seiner Rechnung auszuweisen. Der Abschlag ist für alle nach dem 31. Dezember 2006 aus dem Krankenhaus entlassenen GKV-Patienten vorzunehmen. Die Kürzung der GKV-Krankenhausrechnungen ist grundsätzlich bis zum In-Kraft-Treten des ordnungspolitischen Rahmens des DRG-Systems begrenzt; dieser ist für den Zeitraum ab dem Jahr 2009 neu zu regeln. Die Landesbasisfallwerte und die Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser bleiben ungekürzt.

Soweit die Krankenkassen im 1. Quartal 2007 die Rechnungen ohne Abschlag bezahlt haben, werden Krankenhäuser verpflichtet, einen Betrag in Höhe von 0,5 Prozent der Rechnungsbeträge an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse zu zahlen. Hintergrund ist, dass aufgrund des gegenüber den ersten Planungen zeitlich gestreckten Gesetzgebungsverfahrens das Gesetz erst im März 2007 im Bundesgesetzblatt verkündet werden kann. Die gesonderte Erstattungspflicht der Krankenhäuser wurde etabliert, um wegen des späteren In-Kraft-Tretens das Einsparvolumen aus dem Rechnungsabschlag im Jahr 2007 nicht um rund ein Viertel zu mindern.

Bemessungsgrundlage für den Rechnungsabschlag sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen (keine Wahlleistungen). Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Zuschläge für die Ausbildungsfinanzierung, die Qualitätssicherung, die Sicherstellung und der DRG-Systemzuschlag bleiben von der Erhebung des Abschlags ausgenommen. Erlösminderungen, die durch den Rechnungsabschlag entstehen, bleiben bei der Ermittlung der Mehr- und Mindererlösausgleiche unberücksichtigt. Die Erlösausgleiche sind auf der Grundlage der ungekürzten Erlöse zu berechnen.

**Ausnahme Psychiatrie:** Bei psychiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen für Psychosomatik und Psychothera-

peutische Medizin wird vollständig auf die Einführung eines Rechnungsabschlags verzichtet. Begründet wird die Herausnahme der Psychiatrie mit der hohen Personalkostenintensität in diesen Einrichtungen, die die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven erschwert. Demgegenüber gilt der Rechnungsabschlag neben den Leistungen von DRG-Krankenhäusern und besonderen Einrichtungen auch für Leistungen, für die nach § 6 Absatz 1 KHEntgG krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart werden.

- Halbierung der Mindererlösausgleichsquote von bisher 40 auf 20 Prozent, wodurch im Jahr 2008 rund 100 Mio. € Einsparungen oder 0,2 Prozentpunkte des Sanierungsbeitrags erschlossen werden sollen. Dass Krankenhäuser angesichts reduzierter Mindererlösausgleiche noch stärker als bislang bemüht sein werden, die Entstehung von Mindererlösen zu vermeiden, wurde bei der Berechnung des Einsparungsvolumens berücksichtigt. Krankenhäuser, die weniger Leistungen erbringen als mit dem Budget vereinbart, erhalten somit für die Finanzierung der Vorhaltekosten nur noch einen Anteil von 20 Prozent der nicht erzielten Erlöse. Angesichts des prospektiv ausgerichteten Krankenhausfinanzierungsrechts greift die Halbierung der Mindererlösausgleichsquote erst im Jahr 2008 (siehe auch Bundestags-Drucksache 16/3100, Seite 211), also bei im Jahr 2007 entstandenen Budgetunterschreitungen. Die Halbierung der Mindererlösausgleichsquote gilt grundsätzlich für alle Krankenhäuser, auch für psychiatrische Einrichtungen.

- Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für in den Jahren 2004 bis 2006 nicht verausgabte Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Für die in den Jahren 2007 und 2008 von den Krankenkassen einbehaltenen Mittel der Anschubfinanzierung bleibt es somit unverändert bei einer Rückzahlungsverpflichtung von nicht für Integrationsprojekte verbrauchten Mitteln aus der Anschubfinanzierung. Das Einsparvolumen wird für die Jahre 2007 und 2008 mit jeweils 50 Mio. € bzw. rund 0,1 Prozent der GKV-Krankenhausaussgaben angesetzt.

Finanziell sind die Krankenhäuser von der Halbierung der Mindererlösausgleichsquote und der Streichung der Rückzahlungspflicht für nicht verausgabte IV-Mittel unterschiedlich betroffen bzw. gegebenenfalls auch gar nicht.

Die 3 genannten Einzelmaßnahmen des Sanierungsbeitrags treten zur Erzielung des angestrebten Einsparungsvolumens bereits zum 1. Januar 2007 und damit rückwirkend in Kraft.

## Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen

Zielsetzung bei den Änderungen zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen gemäß dem Katalog nach § 116 b Absatz 3 und 4 SGB V ist, dass die bestehende Umsetzungsblockade aufgelöst werden soll. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde Krankenhäusern im Jahr 2003 die Möglichkeit eröffnet, hochspezialisierte Leistungen ambulant zu erbringen, sofern sie dazu mit einzelnen Krankenkassen entsprechende Verträge abschließen. Es kam jedoch nur in sehr geringem Umfang zu Ver-

tragsabschlüssen. Zur Förderung von Verträgen für hochspezialisierte Leistungen war zunächst eine Anschubfinanzierung vorgesehen, die hälftig von den Krankenhäusern durch einen Abzug von der Krankenhausrechnung in Höhe von bis zu 0,5 Prozent erbracht werden sollte. Bekanntlich wurde der geplante Ansatz einer Anschubfinanzierung im Laufe der Beratungen jedoch zu Gunsten einer Zulassung durch die Länder fallen gelassen.

Zukünftig ist ein Krankenhaus auf seinen Antrag hin zur ambulanten Behandlung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b Absatz 3 und 4 SGB V berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Verfahren zur Krankenhausplanung des Landes unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt wurde. Mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist dabei Einvernehmen anzustreben. Dies können je nach Land die Krankenkassen auf der Landesebene und weitere Beteiligte sein. Wie die Zusammenarbeit und Abstimmung im Einzelnen erfolgt, ist ausweislich der Begründung zu § 116 b Absatz 2 SGB V Sache des Landes. Die für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Qualitätsanforderungen sind zu erfüllen. Das jeweils zur Erbringung berechnete Krankenhaus hat den Krankenkassen die ambulant erbringbaren hochspezialisierten Leistungen nur mitzuteilen. Die Krankenkassen sollen dadurch Transparenz über den zu erwartenden Leistungsumfang erhalten. Der bisherige wettbewerbliche Ansatz bei diesen Leistungen wird damit im Ergebnis verlassen.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt in den Jahren 2007 und 2008 auf Basis des für die vertragsärztliche Versorgung geltenden einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit einem kassenartenbezogenen Auszahlungspunktwert des KV-Bezirks für den Standort des Krankenhauses. Das Krankenhaus hat zusammen mit seiner Mitteilung über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen auch die berechneten Leistungen auf Grundlage des EBM mitzuteilen. Hierdurch soll der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen abgegrenzt und gleichzeitig sichergestellt werden, dass die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus der Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht. Abrechnungsvorgaben des EBM, zum Beispiel Abrechnungsausschlüsse, sind zu beachten. Das Krankenhaus hat nicht die Auswahl aus sämtlichen EBM-Gebührenspositionen. Lediglich solche Positionen sind abrechnungsfähig, die die ambulante Behandlung im hochspezialisierten Leistungsfall oder bei der Behandlung seltener Erkrankungen abbilden und die auch im vertragsärztlichen Bereich abgerechnet worden wären. Der maßgebliche Punktwert wird jeweils 8 Wochen nach Quartalsbeginn von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den Krankenkassen auf der Landesebene festgestellt. Ab 2009 werden die ambulant erbrachten hochspezialisierten Leistungen mit dem in der Region des Krankenhauses geltenden Preis der Euro-Gebührenordnung vergütet.

Soweit hochspezialisierte Leistungen bislang stationär erbracht wurden und damit als Bestandteil des stationären Krankenhausbudgets finanziert wurden, ist der Ausgangswert für die Ermittlung des nächstjährigen Erlösbudgets um die anteiligen Kosten für die Leistungen zu vermindern, die

in die ambulante Leistungserbringung verlagert werden (§ 4 Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe d KHEntgG). Zu beachten ist jedoch, dass die Erbringung ambulanter hochspezialisierter Leistungen künftig auch im Rahmen der integrierten Versorgung für Krankenhäuser möglich ist (§ 140 b Absatz 4 SGB V). Da für schon bisher im Budget enthaltene Leistungen derzeit keine Budgetbereinigung durchzuführen ist und eine IV-Finanzierung nur für Zusatzleistungen erfolgt, die über den bisher im Rahmen des Budgets erbrachten Leistungsumfang hinausgehen, könnte ein gesteigertes Interesse der Krankenkassen entstehen, ambulant erbringbare hochspezialisierte Leistungen im Rahmen von Integrationsverträgen zu vereinbaren (vergleiche Leber, Krankenhaus Umschau, 3/2005, Seiten 232-234). In der Integrationsversorgung können § 116 b-Verträge unabhängig davon abgeschlossen werden, ob Vertragsärzte an der integrierten Versorgung teilnehmen und ihren Zulassungsstatus in den Vertrag einbringen.

Die Diskussion im Gesundheitsausschuss des Bundesrates, inwieweit eine Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b Absatz 3 und 4 SGB V durch die Länder unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation praktikabel ist, hat sich in der Beschlussfassung des Bundesrates letztlich nicht niedergeschlagen. In Form eines vom Bundestag im Zusammenhang mit der Verabschiedung des GKV-WSG beschlossenen Entschließungsantrags werden die Länder jedoch aufgefordert, die Belange der vertragsärztlichen Leistungserbringer durch Beteiligung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung bei ihrer Entscheidung über die Berechtigung eines Krankenhauses zur ambulanten Erbringung von Leistungen nach § 116 b Absatz 2 bis 4 SGB V zu berücksichtigen (Bundestags-Drucksache 16/4220).

## Integrierte Versorgung

Wesentliche Zielsetzung in den Eckpunkten für das GKV-WSG vom 4. Juli 2006 war einerseits, die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung zu verlängern und andererseits, die Integrierte Versorgung inhaltlich weiterzuentwickeln. Bereits mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung um 2 Jahre bis zur Einführung der geplanten Euro-Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen verlängert. Die Euro-Gebührenordnung soll bis zum 1. Januar 2009 erarbeitet werden.

Mit dem Ziel einer besseren Transparenz und einer Ausrichtung auf größere Versicherungsgruppen („bevölkerungsbezogene Flächendeckung“) soll die Integrierte Versorgung weiterentwickelt werden. Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung soll dann gegeben sein, wenn ein Integrationsvertrag für eine größere Region (zum Beispiel mehrere Land- oder Stadtkreise) die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanter Volkskrankheiten wie Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen umfassend abdeckt. Alternativ kann eine Krankenkasse auch einen Integrationsvertrag über die gesamte medizinische Versorgung ihrer Versicherten in einer Region schließen. Die zunächst vorgesehene strikte Bindung, dass künf-

3M™ QS-Bericht 2007

# Einfach, richtig, schnell!



Strukturierter Qualitätsbericht:  
**WORKSHOPS**  
in Ihrer Nähe. [www.3m-drg.de](http://www.3m-drg.de)

3M Health Information Systems bietet das ganze Spektrum intelligenter Klinik-Software für DRGs und Qualitätsmanagement aus einer Hand. Überzeugen Sie sich selbst, wie schnell und sicher Sie Qualität und Budget unter Kontrolle bekommen.

Holen Sie sich die Infos unter 030/32 67 76-0 oder [www.3m-drg.de](http://www.3m-drg.de)

**3M** Health Information Systems

tig nur für solche bevölkerungsbezogenen Verträge Mittel der Anschubfinanzierung genutzt werden können, wurde aufgegeben.

Die Integrierte Versorgung wird insofern weiter ausgebaut, als künftig auch nichtärztliche Heilberufe und die Pflegeversicherung in Verträge eingebunden werden können. Die Möglichkeit zur Einbeziehung der Pflegeversicherung ist dabei insbesondere in Fachgebieten wie der geriatrischen Versorgung von besonderem Interesse. Leistungen von nichtärztlichen Heilberufen können aus der Anschubfinanzierung vergütet werden, soweit die nichtärztlichen Heilberufe besondere Integrationsaufgaben, etwa die Koordinierung von Leistungen oder Case-Management, erfüllen. Ab dem 1. April 2007, also ab dem In-Kraft-Treten des GKV-WSG, darf die IV-Anschubfinanzierung nur noch für voll-, teilstationäre und ambulante Leistungen der Krankenhäuser, für ambulante vertragsärztliche Leistungen sowie für besondere Integrationsaufgaben (zum Beispiel Case-Management) verwendet werden. Bisherige Verträge, die zum Beispiel unter Einschluss des Rehabilitationsbereichs geschlossen wurden, können nur dann durch Mittel aus der IV-Anschubfinanzierung finanziert werden, wenn der Vertragsschluss vor dem genannten Termin liegt.

Die Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen soll verbessert werden. Die Krankenkassen werden verpflichtet, der bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) angesiedelten Registrierungsstelle zur Umsetzung des § 140 d SGB V die Einzelheiten über die Verwendung der einbehaltenen IV-Anschubfinanzierungsmittel zu melden. Zu unterstreichen ist, dass für die in den Jahren 2007 und 2008 einbehaltenen, aber nicht verausgabten Mittel aus der Anschubfinanzierung nicht nur gegenüber den Vertragsärzten, sondern auch gegenüber den Krankenhäusern eine uneingeschränkte Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen besteht. Die Registrierungsstelle hat einmal jährlich einen Bericht über die Entwicklung der integrierten Versorgung vorzulegen und dabei auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge offen zu legen.

## Überführung der belegärztlichen Vergütung in die DRG-Fallpauschalen

Oggleich sich der Bundesrat für eine Überführung der belegärztlichen Vergütung aus den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen in die DRG-Fallpauschalen ausgesprochen hat, ist der Bundestag dieser Forderung nicht gefolgt. Bereits die Bundesregierung hatte in ihrer Gegenäußerung die Länderforderung unter Hinweis auf die Möglichkeit abgelehnt, dass bestehende Probleme bei der belegärztlichen Vergütung durch eine Regelung im EBM gelöst werden können. In dem genannten Entschließungsantrag 16/4220 wird die Bundesregierung nun aufgefordert, bis zum 1. Juli 2007 eine gesetzliche Regelung zur „angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen, insbesondere durch Abschläge auf Fallpauschalen“ in den Bundestag einzubringen. Dies soll geschehen, sofern der Bewertungsausschuss im vertragsärztlichen Bereich nicht mit Wirkung zum 1. April 2007 seiner Verpflichtung nachkommt, die belegärztlichen Leistungen neu zu bewerten. Vor einer Überführung der

belegärztlichen Vergütung in die DRG-Fallpauschalen sollen daher die Möglichkeiten ausgelotet werden, im vertragsärztlichen System zu einer angemessenen Vergütung belegärztlicher Leistungen zu gelangen.

Zu beachten ist zudem, dass seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember 2006 Krankenhäuser nun auch ohne den Weg der belegärztlichen Leistungserbringung stationäre Leistungen durch Einbindung von Vertragsärzten erbringen lassen können. Auch wenn gewisse zeitliche Grenzen bestehen bleiben (maximal 13 Stunden pro Woche), wächst der Gestaltungsspielraum für die Krankenhäuser und Vertragsärzte für mögliche Kooperationsmodelle doch nachhaltig.

## MDK-Prüfung

Bei der Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) werden Anreize für ein zielorientierteres und zügigeres Verfahren gesetzt (§ 275 Absatz 1 c SGB V). Einerseits wird eine sechswöchige Prüfeinleitungsfrist (Prüfanzeige des MDK gegenüber dem Krankenhaus) nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eingeführt. Andererseits wird eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 € etabliert. Diese ist für alle Krankenhausfälle zu zahlen, in denen die Einzelfallprüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags durch die Krankenkasse führt. Zudem wird in der Begründung des Gesetzentwurfs die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hervorgehoben, die auf der Grundlage des geltenden Rechts einschlägige Aussagen zu einer zeitnahen Prüfungspflicht zu der grundsätzlich unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung entstehenden Zahlungspflicht sowie dahingehend trifft, dass die Krankenkasse kein Zurückbehaltungsrecht des bestrittenen Rechnungsanteils besitzt (vergleiche Bundestags-Drucksache 16/3100, Seite 171).

Der Bundesrat hat unter Hinweis auf eine „schon heute gute Fallauswahl der Krankenkassen, die einen sehr hohen Anteil von weit über 40 Prozent fehlerhafter Fälle zeigen“, eine Streichung der 100-€-Aufwandspauschale gefordert. Insbesondere kritisieren die Länder, dass die Einführung einer Aufwandspauschale Krankenhäuser und Krankenkassen mit erhöhtem Verwaltungsaufwand belasten würde. Oggleich die Bundesregierung die Gefahr einer Erhöhung der Bürokratiekosten sieht, hat sie an der Aufwandspauschale festgehalten, da dem erhöhten Verwaltungsaufwand der entlastende Beitrag der Regelung zu einer Entbürokratisierung der ärztlichen Tätigkeit gegenüberzustellen ist. In ihrer Gegenäußerung führte die Bundesregierung aus, dass die Regelung als Anreiz für eine zielorientiertere Ausrichtung der Einzelfallprüfung aufrechterhalten werden soll. Explizit hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang, dass die Ärzteschaft diese Änderung unter anderem als „positive Auswirkung für den Arbeitsalltag vieler Klinikärzte“ begrüßt hat.

Sofern hohe Prüfquoten bei der Einzelfallprüfung auf systematische Mängel bei der Abrechnung durch das Krankenhaus zurückgehen, können diese im Rahmen der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung (§ 17 c KHG)

geprüft und aufgedeckt werden. Die Stichprobenprüfung erfasst die Abrechnungen gegenüber allen Krankenkassen. Da von dieser Möglichkeit bislang nur wenig Gebrauch gemacht wird, wird parallel zu den Änderungen bei der Einzelfallprüfung die Einleitung von Stichprobenprüfungen erleichtert: statt einer gemeinsamen Entscheidung der Krankenkassen auf der Landesebene zur Prüfeinleitung wird auf einen Mehrheitsentscheid umgestellt. Zudem wird die Prüfung – wie bereits in den Jahren 2003 und 2004 – gleichgewichtiger ausgerichtet, indem zu hohen Abrechnungen des Krankenhauses zu niedrige Abrechnungen gegengerechnet (saldiert) werden.

## Versorgungsmanagement

Der Bundesrat hat sich im Zusammenhang mit dem neuen Leistungsanspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V) für eine gemeinsame Verpflichtung von Krankenkassen und Leistungserbringern ausgesprochen. Das Versorgungsmanagement soll insbesondere Schnittstellenprobleme beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche vermindern. Die Bundesregierung hat diese Forderung abgelehnt und eine primäre Zuweisung des Versorgungsmanagements an die Leistungserbringer als sachgerecht eingestuft. Dass dem Bundestag an einer Verbesserung der Versorgung und einer Verminderung von Schnittstellenproblemen sehr gelegen ist, schlägt sich jedoch auch in dem genannten Entschließungsantrag 16/4220 nieder. Danach wird die Bundesregierung aufgefordert, Erkenntnisse über die Praktikabilität der Regelungen zum Entlassungsmanagement, insbesondere an den Schnittstellen von Krankenhaus und Pflege, zügig auszuwerten, damit Umsetzungsprobleme noch im Rahmen der in dieser Legislaturperiode anstehenden Reform zur sozialen Pflegeversicherung gelöst werden können.

## Ausbildungsfinanzierung

Bei der Finanzierung der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (§ 17 a KHG) werden Änderungen mit dem Ziel vorgenommen, durch Rahmenvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundes- und Landesebene die Vereinbarung von Ausbildungsbudgets auf der Ortsebene zu erleichtern und zu vereinheitlichen. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene sollen Vereinbarungen zu den zu finanzierenden Tatbeständen, den zusätzlichen Kosten aus der Umsetzung des Krankenpflegegesetzes und zu einem Kalkulationsschema für die Verhandlung des krankenhausesindividuellen Ausbildungsbudgets treffen. Die Vertragsparteien auf der Landesebene sollen ergänzende Vereinbarungen insbesondere zur Berücksichtigung landestypischer Spezifika bei der Ausbildungsfinanzierung sowie zu dem vom Land zu finanzierenden Teil an den Ausbildungskosten abschließen. Sofern auf der Bundesebene keine Rahmenvereinbarung getroffen wurde, hat die Landesebene auch eine Vereinbarung über die ausstehenden Vereinbarungsinhalte zu schließen.

Da die Selbstverwaltungspartner Richtwerte zur einheitlichen Pauschalfinanzierung der Ausbildung seit 3 Jahren nicht vereinbart haben, trägt das GKV-WSG zudem diesen



# ITeG 2007

## IT im Gesundheitswesen - auf den Punkt gebracht.

Anwenderorientiertes ITeG-Fachprogramm für folgende Zielgruppen:

- IT-Leiter,
- Medizin-Controller,
- Pflege und
- niedergelassene Ärzte.

ITeG – Teil der eHealth week Berlin 2007:



# ITeG

IT-Messe & Dialog  
im Gesundheitswesen

Berlin  
17. bis 19. April 2007

[www.iteg-messe.de](http://www.iteg-messe.de)

Realitäten Rechnung. Die bisher bis zum 1. Januar 2009 vorgesehene strenge Angleichung der krankenhaushausindividuellen Beträge zur Ausbildungsfinanzierung wird durch einen flexibleren Angleichungsprozess abgelöst. Ab dem Jahr 2010 haben die Vertragsparteien bei der Vereinbarung der krankenhaushausindividuellen Ausbildungsbudgets eine einheitliche Finanzierungshöhe anzustreben. Eine schematische Angleichung ist nicht mehr vorgesehen. Zudem wird der Auftrag an die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene konkretisiert, wonach das Kalkulationsverfahren zur Ermittlung von Richtwerten und damit die Schaffung von Transparenz auch im Ausbildungsbereich voranzubringen ist. Neben der Verwendung der Daten nach § 21 KHEntgG ist – analog zur Vorgehensweise bei der DRG-Entwicklung – eine Kalkulation anhand von Kalkulationsdaten aus freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern und Ausbildungsstätten aufzubauen und zu nutzen. Zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten ist zudem jährlich schrittweise ein Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten sowie zur Kalkulation von Richtwerten zu entwickeln.

### ■ Weitere krankenhaushausrelevante Änderungen

- Den Veränderungen, die in der Tariflandschaft im Krankenhausbereich eingetreten sind, wird dahingehend Rechnung getragen, dass bestehende gesetzliche Regelungen, die auf den Bundesangestellten-Tarifvertrag (BAT) als „Leitwahrung“ abstellen, auf den Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) als Nachfolgetarif umgestellt werden (§§ 4, 10 KHEntgG, § 6 BPfIV). Damit wird lediglich eine Wahrung der geltenden Rechtsposition der Krankenhäuser verfolgt (BAT-Ost-West-Angleichung, BAT-Berücksichtigung in der Psychiatrie). Darüber hinausgehende Finanzwirksamkeiten, zum Beispiel im Hinblick auf die Auswirkungen der Tarifrunde des Jahres 2006, sind damit nicht verbunden.

- Es wird klargestellt, dass ein kodierbedingter Zuwachs des Casemixes (Summe der Bewertungsrelationen von mit DRG-Fallpauschalen bewerteten stationären Leistungen) bei der Budgetvereinbarung des Krankenhauses nicht als zusätzliche Leistungen budgeterhöhend angesetzt werden darf (§ 4 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG). Es handelt sich insofern um eine Klarstellung, als damit der bereits bei der Entstehung von Mehrerlösen und der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts maßgebliche Grundsatz umgesetzt wird, dass eine verbesserte Kodierung der Leistungen nicht zu Mehrausgaben führen darf und zu neutralisieren ist, sodass Mehrausgaben für die Kostenträger vermieden werden.

- Klarstellung, dass eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes über den Zuwachs der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (2007: 0,28 Prozent im Westen und 1,05 Prozent im Osten) zulässig ist, sofern dies Folge einer Absenkung des Casemix ist und die Gesamtausgaben im Krankenhausbereich nicht ansteigen (§ 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG). Eine entsprechende Konstellation kann zum Beispiel eintreten, wenn Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden, in den ambulanten Bereich verlagert werden und dabei zwar die vollständigen Leistungen (Casemix), jedoch – wie bei der Erbringung von Zusatzleistungen – nur die anteiligen Kosten aus dem stationären Bereich ausgegliedert werden.

- Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, bei Patienten, bei deren Behandlung

extrem hohe Kostenunterdeckungen entstehen (so genannte Kostenausreißer), vertiefte Prüfungen bei der Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems durchzuführen (§ 17 b Absatz 1 Satz 16 KHG). Es handelt sich um eine begrenzte Zahl von Fällen, die jedoch zu hohen Kostenunterdeckungen insbesondere bei Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung führen.

- Das Statistische Bundesamt wird zur statistischen Auswertung und Veröffentlichung der DRG-Daten nach § 21 KHEntgG ermächtigt (§ 28 Absatz 4 KHG). Die amtliche Bundesstatistik wird damit künftig wesentlich umfangreichere Auswertungen zur Verfügung stellen können, ohne dass ein zusätzlicher Erhebungsaufwand für die Krankenhäuser entsteht. Damit wird ein weiterer Beitrag zur Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhausbereich geleistet, zum Beispiel durch die Möglichkeit zur Erstellung einer amtlichen DRG-Statistik sowie einer amtlichen Operationen- und Prozedurenstatistik.

- Die bisherige gesetzliche Befristung der Entbindungspflege auf längstens 6 Tage wird gestrichen (§ 197 Reichsversicherungsordnung). Im Fall längerer Krankenhausaufenthalte, zum Beispiel wegen einer Erkrankung der Mutter, ist damit gewährleistet, dass eine weitere Versorgung des Neugeborenen im Krankenhaus über die bisherige Grenze hinaus erfolgen kann und dass diese Versorgung auch im Rahmen der Fallpauschalen zu finanzieren ist. Diskussionen über die Abrechnung der Versorgung von Neugeborenen als Begleitpersonen soll damit ein Ende gesetzt werden.

- Ein Zeichen für eine Erhöhung der Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens setzt die Koalition in dem genannten Entschließungsantrag 16/4220 für eine Aufstockung des Bundeszuschusses: „Der Deutsche Bundestag bekräftigt die Notwendigkeit, die nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen anwachsenden Bundeszuschuss zu sichern.“ Beschlossen wurde, dass der Bundeszuschuss für die GKV in den Jahren 2007 und 2008 bei 2,5 Mrd. € liegen und in den Folgejahren eine Erhöhung um jährlich 1,5 Mrd. € bis zu einer Gesamthöhe von 14 Mrd. € erfolgen soll.

### Qualitätssicherung

Bei der Qualitätssicherung erfolgen Änderungen mit dem Ziel, die Anforderungen an die Qualitätssicherung in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems soweit wie möglich einheitlich und auch sektorenübergreifend festzulegen. Künftig hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sektorenübergreifende Richtlinien für die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung und die Krankenhausversorgung zu erlassen (§ 137 SGB V). Die bisherigen sektorenspezifischen Vorgaben werden weitgehend aufgehoben. Sektorenbezogene Regelungen sind nur noch dann zulässig, wenn die Qualität der Versorgung nur auf diese Weise angemessen gesichert werden kann. Mögliche Zielsetzungen einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung werden in der Begründung ausgeführt. Gerade vor dem Hintergrund einer immer kürzer werdenden Verweildauer in den Krankenhäusern sei es erforderlich, die Behandlungsergebnisse bei einer sich ggf. anschließenden Versorgung bewerten zu können. Zudem sei es für eine sachgerechte Beur-

teilung der Qualität verstärkt notwendig, Behandlungsverläufe zum Beispiel indikationsbezogen zu dokumentieren und zu bewerten. Nur in den Fällen, in denen solche Regelungen nicht sinnvoll oder praktikabel erscheinen, sollten noch sektorenbezogene Anforderungen an die Qualitätssicherung festgelegt werden. Unberührt hiervon bleiben jedoch die zusätzlichen sektorbezogenen Qualitätsmaßnahmen, die von zugelassenen Krankenhäusern einzuhalten sind (zum Beispiel strukturierte Qualitätsberichte, Mindestmengen). Auch an den sektorspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen der KVen für die vertragsärztliche Versorgung wird festgehalten.

Der G-BA kann für Krankenhäuser neben Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität zukünftig auch Anforderungen an die Prozessqualität festlegen. Zugleich wird im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung die Kompetenz des G-BA dahingehend umfassender, dass er auch Mindestanforderungen an die Ergebnisqualität festlegen kann. Die bisher nur für Krankenhäuser geltende Regelung für Vergütungsabschläge bei einer Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen wird auf alle Leistungserbringer ausgedehnt, für die die G-BA-Anforderungen gelten. Erwähnenswert ist ferner, dass die Kompetenzen des G-BA insofern erweitert werden, als er über die gesetzlich aufgeführten Richtlinieninhalte hinaus auch andere, als regelungsbedürftig erachtete Sachverhalte der Qualitätssicherung aufgreifen und festlegen kann. Ferner kann der G-BA erforderliche Durchführungsbestimmungen zu seinen Richtlinien erlassen.

Der neue sektorübergreifende Ansatz gilt explizit auch für die Qualitätsanforderungen für das ambulante Operieren nach § 115 b SGB V und für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b SGB V. Neu ist, dass für beide Bereiche nun auch Mindestanforderungen für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gelten. Die Selbstverwaltungspartner der dreiseitigen § 115 b-Vereinbarung werden verpflichtet, die G-BA-Regelungen zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren in ihre Vereinbarung aufzunehmen. Zudem gibt § 116 b Absatz 4 Satz 4 SGB V vor, dass in den G-BA-Richtlinien für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen „zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen“ vorzugeben sind. Der G-BA soll für die Leistungen nach § 116 b Absatz 3 und 4 SGB V somit gesonderte Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung festlegen, die über die Qualitätssicherungsanforderungen an die vertragsärztliche Versorgung hinausgehen.

Bei den sektorbezogenen Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser erfolgen 2 wesentliche Änderungen:

- Einerseits hat der G-BA künftig für die Qualitätsberichte ein einheitliches Datensatzformat vorzugeben. Ziel ist dabei, eine vergleichende Qualitätsdarstellung auf der Grundlage der strukturierten Qualitätsberichte insbesondere für die Krankenkassen zu erleichtern. Die Regelung ist erforderlich, da die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Datensatzbeschreibung offensichtlich nur eingeschränkt berücksichtigt wurde. Das einheitliche Datenformat soll zukünftig aufwändige Nacherfassungen

und -bearbeitungen bei den Krankenkassen vermeiden helfen.

- Andererseits wird ausdrücklich ausgeführt, dass ergänzende Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig sind. Die Länder können zum Beispiel für bestimmte Krankenhausleistungen Merkmale zur Strukturqualität (etwa Mindestbehandlungszahlen oder -geburtenszahlen) als Voraussetzung für die Ausweisung im Plan festlegen.

Die Messung und Darstellung der Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland soll zukünftig durch eine fachlich unabhängige Institution erfolgen (§ 137 a SGB V). Sie soll vollständige organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit besitzen, frei von Interessenkollisionen handeln und keinem Weisungsrecht unterliegen. Bei der derzeit zuständigen BQS wird dies aufgrund der sie tragenden Gesellschafter (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesverbände der Krankenkassen, Bundesärztekammer, Verband der privaten Krankenversicherung) und der damit relevanten Verbandsinteressen derzeit als nicht ge-



**REHAB**  
Karlsruhe

**REHAB**<sup>®</sup>  
**INTERNATIONAL**  
14. Internationale Fachmesse für  
Rehabilitation, Pflege und Integration

*Sie sind herzlich eingeladen*  
zur **REHAB 2007**

**10. – 12. Mai 2007**  
**Karlsruhe**

*Treffpunkt der Reha- und Pflegebranche  
und Fachmesse für mehr Lebensqualität!*

**Eintrittsgutschein**

Bei Vorlage dieses Gutscheins erhalten Sie  
eine Tageskarte für die **REHAB 2007**  
mit einem Nachlass von

€ **50%**  
auf den regulären Eintrittspreis.  
(Gilt nicht für bereits ermäßigte Karten)

*Wir freuen uns auf Ihren Besuch!*

Weitere Informationen bei der Messeleitung:  
Tel.: 0180 500 92 26 • Fax: 0180 500 92 27  
info@rehab-fair.com • **www.rehab-messe.de**

währleistet angesehen. Zukünftig soll eine stärker wissenschaftlich ausgerichtete Institution Normen und Werkzeuge für eine möglichst sektorenübergreifende Qualitätsmessung entwickeln und die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gestalten, auswerten und die Einrichtungen über die Ergebnisse informieren. Der G-BA wird deshalb verpflichtet, nach einer öffentlichen Ausschreibung eine entsprechend geeignete Institution auszuwählen. Vorhandene Einrichtungen wie die BQS sollen nach Anpassung ihrer Organisationsform möglichst genutzt werden.

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser sind nach § 135 a Absatz 2 SGB V dazu verpflichtet, die erforderlichen Daten zur Durchführung der vergleichenden Qualitätssicherung an die vom G-BA zu beauftragende Institution nach § 137 a SGB V zu übersenden. Der Umfang der zu übersendenden Daten richtet sich nach den von dieser Institution unter Berücksichtigung des Gebotes der Datensparsamkeit bestimmten Dokumentationsanforderungen. Mit § 299 SGB V werden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135 a SGB V Sozialdaten in dem erforderlichen Umfang auch ohne Einwilligung der betroffenen Patienten erhoben, verarbeitet und genutzt werden können. In der Regel erfolgt dies in Form von Stichproben, in begründeten Ausnahmefällen sind nach den Maßgaben des G-BA jedoch auch Vollerhebungen zulässig.

Mit dem Ziel, Doppelerhebungen in den Krankenhäusern zu vermeiden, sollen die DRG-Daten nach § 21 KHEntgG auch für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden können. Hierzu wird jedoch nicht der gesamte Datenbestand an die nach § 137 a SGB V beauftragte Institution übertragen, sondern nur die für die jeweiligen Auswertungszwecke benötigten Einzeldaten. Die § 21er-Daten ermöglichen eine Validierung der von den Krankenhäusern übermittelten Datensätze im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Sie können einmal jährlich die Krankenhäuser bei der Erstellung und Übermittlung der Konformitätserklärung entlasten. Darüber hinaus kann mittels definierter Qualitätsindikatoren die stationäre Versorgungsqualität gemessen und dargestellt werden. Dadurch wird ein institutionsbezogenes Screening über alle Fachgebiete möglich, welches das bestehende Verfahren der externen Qualitätssicherung ergänzt und neue Informationen zur Qualität in der stationären Versorgung bereitstellt.

## Reform der Institutionen

Mit dem Ziel einer Straffung der Verbandsstrukturen der Krankenkassen, einer Verminderung der Zahl der Krankenkassen und einer Professionalisierung des G-BA werden bei der Selbstverwaltung und der von ihr gebildeten Gremien institutionelle Änderungen vorgegeben.

Ab dem 1. Juli 2008 – und damit gleichzeitig zur Arbeitsaufnahme des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – sollen der unparteiische Vorsitzende und die 2 weiteren unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA ihre Tätigkeit in der Regel hauptamtlich wahrnehmen (§ 91 Absatz 1 SGB V). Die Unparteiischen sind weisungs-

ungebunden. Die frühere Absicht, im Beschlussgremium des G-BA künftig keine direkten Vertreter der Verbände der Selbstverwaltungspartner zuzulassen, wurde aufgegeben. An der Ersetzung der verschiedenen, bisher sektorspezifisch besetzten Beschlussgremien durch ein zentrales und sektorübergreifendes Beschlussgremium wurde festgehalten. Da der G-BA seine Beschlüsse in der Regel mehrheitlich zu treffen hat und Kostenträger- sowie Leistungserbringerseite gleiche Stimmenzahlen haben, ist für Beschlüsse in der Regel der Konsens einer „Bank“ und die Stimmen der Unparteiischen erforderlich. Die Stimmen auf der Leistungserbringerseite verteilen sich auf jeweils 2 für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung und 1 für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Die Unparteiischen sollen die Arbeit des Beschlussgremiums maßgeblich steuern und die Kontinuität der Beratung und Beschlussfassung gewährleisten. Die einzelnen Unparteiischen übernehmen zugleich den Vorsitz sämtlicher Unterausschüsse des G-BA. Hierdurch soll eine engere Verzahnung zwischen dem künftig zentralen Beschlussgremium und den Unterausschüssen erreicht und der Informationstransfer zwischen den Gremien gefördert werden. Die Sitzungen des Beschlussgremiums des G-BA sind zukünftig in der Regel öffentlich.

## ■ Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Auf die Straffung der Verbandsstrukturen der Krankenkassen zielt die Schaffung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ab. Dieser soll statt der bisherigen 7 Spitzenverbände zukünftig die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Bundesebene vertreten (§ 217 f SGB V). Im Krankenhausbereich wird somit zum Beispiel für die Weiterentwicklung des DRG-Systems der Spitzenverband Bund der Krankenkassen neuer Vertragspartner der DKG. Um den Krankenkassen eine angemessene Zeit für die Errichtung des Spitzenverbandes Bund einzuräumen, soll die Übertragung der Aufgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen an den neuen Spitzenverband Bund zum 1. Juli 2008 erfolgen. Bereits bis zum 30. April 2007 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Errichtungsbeauftragten zum Aufbau des neuen Spitzenverbandes Bund einzusetzen. Bis zum 1. Juli 2007 soll ein Vorstand gewählt sein. Die vom Spitzenverband Bund abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen sind als untergesetzliches Recht verbindlich für die Mitgliedskassen des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und die Versicherten. Der Spitzenverband Bund erhält die Rechtsform einer Körperschaft öffentlichen Rechts.

Den Zusammenschluss von Krankenkassen zu größeren Einheiten, die auf Dauer wettbewerbs- und leistungsfähig sind, sieht der Gesetzgeber als wünschenswert an. Es besteht die Erwartung, dass die Krankenkassen hierdurch in die Lage versetzt werden, den gestiegenen Anforderungen an die Verwaltung und Organisation der Leistungserbringung gerecht zu werden. Die Zahl der Krankenkassen hat sich aufgrund des Kassenwettbewerbs bereits von 1 209 im Jahr 1991 auf 253 Kassen im Juli 2006 verringert. Zusammenschlüsse waren bislang jedoch auf die einzelne Kassenart beschränkt. Um die bisher noch ungenutzten Potenziale für Kassenzusammenschlüsse zu nutzen, wird



Unser Gesamtprogramm bis Juli 2007 mit topaktuellen Veranstaltungen in Düsseldorf, Berlin, Erfurt und Hannover finden Sie unter [www.dki.de](http://www.dki.de).

## Steuerrecht aktuell im gemeinnützigen Krankenhaus

Gemeinnützige Krankenhäuser sind einer deutlich verschärften Beobachtung durch die Finanzbehörden ausgesetzt. Betriebsprüfungen sind an der Tagesordnung.

**Ihr Nutzen:** Speziell auf Ihre Fragestellungen als gemeinnütziges Krankenhaus zugeschnitten

- wird Ihr Fachwissen zu aktuellen Steuerfragen auf den neuesten Stand gebracht,
- lernen Sie Ihre Risikopotenziale kennen und nutzen Ihre steuerlichen Gestaltungsmöglichkeiten optimal.

- Termin: **19. März 2007**
- Ort: **Düsseldorf**, Lindner Congress Hotel
- Gebühr: **395,00 Euro zzgl. MwSt.**

## Vorsteuerabzug und Vorsteuerberichtigung im Krankenhaus und in Rehabilitationskliniken

### Erweiterte Umsatzsteuerpflichten, neue Vorsteuer-Potenziale

Seit 1.1.2005 gehören zahlreiche umsatzsteuerbefreite Leistungen im Krankenhaus nicht mehr zu den eng verbundenen Umsätzen. Die Umsatzsteuerpflicht dieser Leistungen eröffnet immer auch die Möglichkeit des Vorsteuerabzugs.

**Ihr Nutzen:** Sie lernen aktuell und praxisbezogen alle Möglichkeiten des Vorsteuerabzugs und der Vorsteuerberichtigungen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken kennen. Zur Einführung in die Materie erhalten Sie vorab anhand von praktischen Beispielen einen Kurz-Überblick über die Grundlagen des Umsatzsteuerrechts.

- Termin: **21. März 2007**
- Ort: **Düsseldorf**, Lindner Congress Hotel
- Gebühr: **395,00 Euro zzgl. MwSt.**

## Umsatzsteuerrecht up to date im Krankenhaus

### Aktuelle Fragen der praktischen Umsetzung

**Ihr Nutzen:**

An der „Umsatzsteuerfront“ tritt im Krankenhaus keine Ruhe ein. Fortlaufende Gesetzesänderungen sowie neue Entscheidungen der obersten Finanzbehörden und Gerichte zwingen zu permanenten Anpassungen in den Krankenhäusern. Dabei ist die Rechtsanwendung in der Umsatzsteuer sehr auf den Einzelfall bezogen und wenig systematisiert. Dies macht die praktische Umsetzung schwierig.

**Ihr Nutzen:**

Sie minimieren Ihre Umsatzsteuerbelastungen und wenden die aktuellen umsatzsteuerlichen Vorschriften sicher in Ihrem Krankenhaus an.

- Termin: **20. März 2007**
- Ort: **Düsseldorf**, Lindner Congress Hotel
- Gebühr: **395,00 Euro zzgl. MwSt.**

### Rabatt:

Die Seminare ergänzen sich inhaltlich. Sie erhalten 75,00 Euro Rabatt, wenn Sie zwei dieser Seminare besuchen, und 100,00 Euro Rabatt beim Besuch der drei Seminare.

Die Seminargebühren enthalten jeweils Seminarordner, CD-ROM mit PDF-Dateien, Mittagessen, Getränke.

**Bitte kreuzen Sie bei der Anmeldung das entsprechende Seminar an.**

# ANMELDEFAX

an 0211-470 51 19

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Abteilung, Position \_\_\_\_\_

Krankenhaus, Dienststelle \_\_\_\_\_

Datum, Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr., Fax-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bei abweichender Rechnungsanschrift bitte ankreuzen.

ab dem 1. April 2007 auch eine Vereinigung von Krankenkassen über die Grenzen der Kassenarten hinweg ermöglicht (§ 171 a SGB V). Inwieweit sich aus dem resultierenden weiteren Konzentrationsprozess für die Krankenhäuser Veränderungen bei den Verhandlungspartnern für die Budgetverhandlungen ergeben, bleibt abzuwarten. Im Falle von einzelvertraglichen Vereinbarungen (zurzeit zum Beispiel Integrationsverträge) wird zudem die Marktmacht der Krankenkassen gestärkt.

Die gesetzlichen Krankenkassen können durch die erweiterten Fusionsmöglichkeiten in einzelnen Regionen einen hohen Marktanteil erlangen. Mit § 69 Satz 2 SGB V, der die entsprechende Anwendbarkeit der §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB) grundsätzlich für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern vorgibt, soll dem Rechnung getragen werden. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Kassen eine aufgrund der erweiterten Fusionsmöglichkeiten eventuell entstehende marktbeherrschende Stellung nicht missbrauchen, es zu keiner Diskriminierung der Vertragspartner der Krankenkassen und zu keinen Boykotten kommt. Die Regelung soll jedoch nur für Einzelverträge ohne Geltung einer Schiedsamtregelung gelten. Für die heutigen kollektivvertraglichen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts wird die Anwendung der genannten Regelungen des GWB ausgeschlossen. Eine Konzentration der Marktmacht auf der Nachfrageseite wird hier somit akzeptiert.

Professionalisiert werden soll auch die Erarbeitung einer neuen Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen (Stichwort Euro-Gebührenordnung). Daher wird mit dem GKV-WSG die Einrichtung eines bis zum 30. April 2007 zu gründenden Instituts geregelt (§ 87 Absatz 3 b SGB V). Es hat das für die vertragsärztliche Vergütungsreform zuständige Entscheidungsgremium, den Bewertungsausschuss, bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben zu unterstützen. Explizit verweist der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang auf die erfolgreichen Erfahrungen, die bei der Einführung des Fallpauschalensystems mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gesammelt wurden.

### ■ Einzelverträge

Über den einzelvertraglichen Abschluss von Integrationsverträgen hinaus können Krankenkassen künftig Einzelverträge für die ambulante Versorgung der Versicherten mit Vertragsärzten, Medizinischen Versorgungszentren und KVen abschließen (§ 73c SGB V). Der Sicherstellungsauftrag der KV wird insofern eingeschränkt. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist öffentlich von den Krankenkassen auszuschreiben. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Weitere einzelvertragliche Optionen bestehen bei Rabattverträgen der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern sowie bei der Hilfsmittelversorgung.

## Einführung eines Gesundheitsfonds

Mit Wirkung zum 1. Januar 2009 soll die GKV-Finanzierung durch die Einführung eines zentralen Gesundheitsfonds neu gestaltet werden. Wie in anderen sozialen Sicherungssystemen (zum Beispiel Renten- oder Pflegeversicherung) wird auch in der gesetzlichen Krankenversicherung ein

bundeseinheitlicher Beitragssatz eingeführt. Der Beitragseinzug verbleibt bei den Krankenkassen. Arbeitgeber haben ab dem Jahr 2011 die Möglichkeit, durch Entrichtung der Beiträge an kassenartenübergreifende Weiterleitungsstellen ihren Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds künftig für ihre Versicherten neben einer Grundpauschale einen alters- und risikoadjustierten Zuschlag. Krankenkassen, die schlechter wirtschaften, müssen von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben. Der Risikostrukturausgleich wird in den Gesundheitsfonds verlagert, das Verfahren wesentlich vereinfacht und zugleich zielgenauer ausgestaltet. Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds zu vermeiden, wird eine Konvergenzphase eingeführt, binnen derer unterschiedliche Einnahmen- und Ausgabenstrukturen der Kassen angeglichen werden (Höchstangleichungsbetrag pro Jahr und Land: maximal 100 Mio. €).

Auf die Darstellung der weiteren Einzelheiten zur Ausgestaltung des Gesundheitsfonds kann an dieser Stelle verzichtet werden. Mit Blick auf die anstehende Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Anwendung des DRG-Systems ab dem Jahr 2009 ist jedoch der Frage der Rückwirkung des Gesundheitsfonds auf die Thematik der Umstellung von Landes-Basisfallwerten auf einen Bundes-Basisfallwert ein besonderes Augenmerk zu schenken. Auf der Einnahmenseite steuern Krankenkassen, deren Mitglieder überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einnahmen haben, einen relativ hohen Beitragsanteil zu den Mitteln des Gesundheitsfonds bei. Aufgrund der im Zuge der Fondseinführung vorgesehenen Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs erwachsen Krankenkassen, deren Mitglieder über überdurchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen verfügen, hieraus künftig keine Wettbewerbsvorteile mehr, zumindest sofern die Zuweisungen des Fonds die Ausgaben der einzelnen Krankenkasse decken. Jedoch können Krankenkassen bei überdurchschnittlich hohen Ausgabewerten, die zum Beispiel wegen eines hohen Preisniveaus (Höhe der Landesbasisfallwerte) entstehen, in Finanzierungsprobleme geraten. Diese sind allerdings durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags grundsätzlich lösbar. Soweit die Krankenkassen ihre Ausgaben nicht allein durch die Fondszuweisungen decken können und daher Zusatzbeiträge erheben müssen, werden auch nach der Fondseinführung Kassen einen Wettbewerbsvorteil haben, die über viele Mitglieder mit überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen verfügen, da der Zusatzbeitrag auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder begrenzt ist. Grundsätzlich werden Krankenkassen aber voraussichtlich bemüht sein, die Erhebung von Zusatzbeiträgen zu vermeiden bzw. ihre Höhe gering zu halten, sodass die Einführung eines bundeseinheitlich finanzierten Gesundheitsfonds die Forderung nach einer Umstellung von Landesbasisfallwerten auf einen Bundesbasisfallwert bestärken könnte.

## PKV-Basistarif

Um für alle Bürger einen Zugang zu einer bezahlbaren Krankenversicherung zu gewährleisten, wird für alle nicht versicherten Personen im Jahr 2007 in der GKV oder PKV

(je nach Personenkreis) eine Versicherungspflicht eingeführt. Ab dem Jahr 2009 muss die PKV zudem einen Basistarif zu bezahlbaren Prämien anbieten. Der Leistungsumfang muss demjenigen der GKV vergleichbar sein. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen ist zwischen den KVen und dem PKV-Verband zu regeln. Sofern diese keine abweichenden Vergütungsregelungen vereinbaren, gilt für ärztliche Leistungen das 1,8-fache als GOÄ-Höchstsatz und für zahnärztliche Leistungen das 2,0-fache der GOZ (§ 75 Absatz 3 a SGB V). Belegärztliche Leistungen sind ausdrücklich einbezogen, um eine Regelungslücke zu vermeiden. Zu den genannten Gebührensätzen besteht Behandlungspflicht für Versicherte des Basistarifs.

## Leistungsrechtliche Änderungen

Mit dem GKV-WSG wird der Leistungskatalog der GKV weiterentwickelt und soweit notwendig ausgebaut. Versicherte haben künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Geriatrische Rehabilitationsleistungen, von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Schutzimpfungen und Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden zu GKV-Pflichtleistungen.

Häusliche Krankenpflege wird auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt. Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege oder auch von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus muss bislang ein Vertragsarzt ausstellen. Künftig kann dies auch ein Krankenhausarzt tun, der als zuletzt Behandelnder die Situation des Patienten zumeist am besten einschätzen kann. Daher wird zur Vermeidung von Versorgungslücken und zur Sicherung des Behandlungserfolges Krankenhausärzten die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für längstens 3 Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Der verantwortliche Krankenhausarzt hat den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren.

Das GKV-WSG verpflichtet die Krankenkassen, Wahltarife anzubieten (zum Beispiel Tarife zur Integrationsversorgung, DMP) bzw. ermöglicht es ihnen (zum Beispiel Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattung). Auch ist eine Beschränkung einer gewählten Kostenerstattung auf bestimmte Versorgungsbereiche möglich (zum Beispiel nur Krankenhausleistungen, § 13 Absatz 2 SGB V). Versicherte sind an ihre Wahl zur Kostenerstattung ein Jahr lang gebunden. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt auf der Grundlage der GOÄ. Dabei sind jedoch Kostensätze, die den Leistungsrahmen der GKV übersteigen, von den Versicherten zu tragen.

Eine Einschränkung des Leistungsumfanges gibt es bei der Behandlung von Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe (zum Beispiel bei Komplikationen in Folge von Schönheitsoperationen, Tätowierungen oder Piercings). Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers bleibt, sofern es sich um medizinisch notwendige Leistungen handelt, unverändert. In diesen Fällen hat die Krankenkasse die Versicherten an den Behandlungskosten angemessen zu beteiligen und Krankengeld ggf. ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern.

## Ausblick

Mit dem GKV-WSG wird „das Gesundheitssystem auf allen Ebenen neu strukturiert, wettbewerbler ausgerichtet und transparenter gestaltet“ (Bundestags-Drucksache 16/4220). Die damit einhergehenden umfassenden strukturellen Veränderungen waren ebenso wie die Diskussion um Einsparungen Anlass für den entschlossenen Widerstand der Verbände im Gesundheitswesen. Zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens beginnt mit Blick auf die notwendige Umsetzung nun auch erkennbar das Bemühen um eine konstruktive Auseinandersetzung mit den Änderungen. Angesichts der anstehenden Diskussion um die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 gilt es, die Rückwirkungen der strukturellen Veränderungen des GKV-WSG sowie der erweiterten vertraglichen Spielräume der Krankenkassen auf diese neue Reformdiskussion frühzeitig zu antizipieren. Exemplarisch sind Themen wie die Einführung des Gesundheitsfonds mit einem bundeseinheitlichen Beitragsatz, die weitere Konzentration auf der Kassenseite durch die Möglichkeit für kassenartenübergreifende Fusionen sowie die erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen für selektive Verträge zu nennen. Auch nach Abschluss des GKV-WSG gilt daher: Nach der Reform ist vor der Reform.

Anschrift des Verfassers:

Ferdinand Rau, c/o Bundesministerium für Gesundheit, 53109 Bonn, E-Mail: [ferdinand.rau@bmg.bund.de](mailto:ferdinand.rau@bmg.bund.de) ■



## Profi-EDV für die Küche




Planung - Verwaltung - Controlling

Höchste Kostensicherheit  
Deutliche Produktivitätssteigerung  
Gastorientierter Service

Modernes Modulsystem garantiert höheren Nutzen, individuelle Lösungen und höchste Funktionalität

- Menüplanung
- Menüwunscherfassung
- Wahlleistung
- Einkauf
- JOMOdirekt+
- Lager
- Controlling
- Kasse/Verkauf

**Altenpflege Nürnberg  
Halle 5 • Stand 246**

**JOMOssoft – so können Sie ordentlich auftischen!**



JOMO GV-Partner Beratungs-  
u. Software GmbH & Co. KG  
Holtumsweg 26 · 47652 Weeze  
Telefon: 0 28 37 / 8 01 80 · Telefax: 0 28 37 / 8 02 29  
E-Mail: [info@gvpbs.de](mailto:info@gvpbs.de) · Internet: [www.gvpbs.de](http://www.gvpbs.de)

# DKG-NT Band I/BG-T

Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Abrechnung erbrachter Leistungen und für die Kostenerstattung vom Arzt an das Krankenhaus, zugleich vereinbarter Tarif für die Abrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern

www.kohlhammer.de



## DKG-NT Band I/BG-T

Tarife der Deutschen Krankenhausgesellschaft

31., überarbeitete Auflage 2007

Stand: 1. März 2007

516 Seiten. Kart.

inkl. CD-ROM

€ 109,80

ISBN 978-3-17-019866-1



MIT CD-ROM!

Der DKG-NT Band I/BG-T enthält im Wesentlichen den Katalog der Kosten, die das Krankenhaus den privat liquidierenden Krankenhausärzten in Rechnung stellen kann. Hauptanwendungsgebiete des Tarifwerks sind:

- Liquidation erbrachter ambulanter Leistungen des Krankenhauses (Institutsleistungen) gegenüber Selbstzahlern
- Abrechnung besonderer Kosten bei ambulanter berufsgenossenschaftlicher Heilbehandlung und Nebenleistungen bei berufsgenossenschaftlicher Begutachtung
- Liquidation konsiliarärztlicher Leistungen des Krankenhauses bei Leistungserbringung für stationäre Patienten anderer Krankenhäuser
- Kostenerstattung vom Arzt an das Krankenhaus, wenn GOÄ Grundlage der Honorarabrechnung durch den Arzt ist

Unentbehrlich  
in der Praxis!

Jetzt Bestellschein ausfüllen und abschicken oder faxen an **0 711 / 78 63 - 8430**



**Ja, senden Sie mir bitte kostenfrei das Verzeichnis Krankenhaus**

Ja, senden Sie mir bitte kostenfrei das Verzeichnis:  Pflege  Psychiatrie/Psychotherapie  
(Bitte ankreuzen)

Expl.

Diese Bestellung bitte senden an:

[Empty box for address]

Name, Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Datum/Unterschrift

W. Kohlhammer GmbH · Verlag für Medizin, Psychologie, Pflege und Krankenhaus · 70549 Stuttgart  
Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Kohlhammer