

Wenn das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) planmäßig Anfang März 2009 in Kraft tritt, wird der Regelbetrieb des DRG-Systems beginnen. Dann werden auch die letzten Skeptiker des DRG-Systems von der Richtigkeit des leistungsbezogenen Entgeltsystems in der Bundesrepublik Deutschland überzeugt sein, das maßgeblich von dem Bundesministerium für Gesundheit und deren weitsichtige Referenten angestoßen, von der Selbstverwaltung auf Bundesebene aktiv aufgegriffen und vom DRG-Institut InEK in hervorragender Weise umgesetzt wurde. Der Überführung des DRG-Systems in den Regelbetrieb dient nunmehr das KHRG. Es ist daher in erster Linie ein Technik-Gesetz. Daneben enthält der Gesetzentwurf eine neue befristete Finanzausstattung der Krankenhäuser, die seit 15 Jahren unter den Deckungsvorschriften litten. Der folgende Beitrag soll in erster Linie einen Überblick geben, damit der rote Faden nicht verloren geht.

Erlösbudget des Krankenhauses

Das KHRG sieht nach wie vor ein Erlösbudget nach § 4 KHEntgG vor, das zwischen den Vertragsparteien vereinbart wird. Es wird durch die Summe der effektiven Bewertungsrelationen multipliziert mit dem abzurechnenden Landesbasisfallwert gebildet. Einbezogen werden die bundeseinheitlich bepreisten Zusatzentgelte. Davon gehen die Abschläge ab, insbesondere hier der Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach § 4 Abs. 6 KHEntgG.

Dieser vereinfachten Methode folgt ein stark verkürzter Abschnitt B2, der nur noch aus sechs Positionen besteht.

Die Entgeltverhandlungen im späten Verlauf des Jahres 2009 werden sich daher vor allem auf die Leistungsseite konzentrieren. Dies ist

Neue Reformkost: KHRG ante portas

Chancen und Risiken für die Krankenhäuser

bereits jetzt absehbar, da jede Leistungsmehrung sich zu 100 % auswirkt (eff. BwR x Landesbasisfallwert); Gleiches gilt aber auch für die Leistungsminderung, die zu einer direkten Kürzung des Erlösbudgets zu 100% führt. Daneben werden die Sozialleistungsträger noch kritischer als bisher ihr Augenmerk auf den planerisch vorgegebenen Versorgungsauftrag richten.

Erlössumme

Der Bereich der individuell zu kalkulierenden Entgelte wird beibehalten. Weiterhin sind hierfür sachgerechte Kalkulationen vorzu-

die die Auffassung vertreten, die Erlössumme bei den individuellen Entgelten sei - wie bei § 6 BPfIV - gedeckelt, kann auf Grund der



Friedrich W. Mohr
Fachanwalt für Medizinrecht

„... dann werden auch die letzten Skeptiker des DRG-Systems von der Richtigkeit des leistungsbezogenen Entgeltsystems überzeugt sein.“

legen. Der dazugehörige § 6 Abs. 3 KHEntgG wurde gestrafft und wesentlich klarer gefasst. Der hin und wieder auftauchende Streit mit den Sozialleistungsträgern,

Neufassung als beendet angesehen werden. § 6 Abs. 3 KHEntgG (neu) verweist - entsprechend der bisherigen Rechtsauffassung der Krankenseite - nur auf den Gesamtbetrag nach § 6 BPfIV bei besonderen Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausespezifisch vereinbarte Entgelte abgerechnet werden. § 6 BPfIV selbst hat in der Fassung des KHRG eine Änderung erfahren; Veränderungen der medizinischen Leistungsstruktur oder der Fallzahlen be- ►

dürfen nicht mehr der ausdrücklichen Zustimmung der Sozialleistungsträger. Leistungsveränderungen in diesem Bereich sind nunmehr auch wieder schiedsstellenfähig (§ 19 Abs. 3 BPflV - neu).

Erlösausgleich

Die Vereinbarung eines Erlösbudgets im DRG-Bereich und die Bildung einer Erlössumme für die Krankenhau-
sindividuellen Entgelte dienen vor allem einem Zweck: Nämlich der Durchführung des Erlösausgleiches. Beide Bereiche werden zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst und der Erlösausgleich auf dieser Basis durchgeführt. In § 4 Abs. 3 KHEntgG - neu - gelten für die zusammengefassten Erlösbereiche (Gesamtbetrag) einheitliche Ausgleichssätze. Mindererlöse werden zu 20%, Mehrererlöse zu 65% ausgeglichen.

Upcoding

Der in Entgeltverhandlungen heiß umkämpfte Streitpunkt der veränderten Kodierung (Upcoding) wird auf Krankenhausebene ad acta gelegt. Er spielt nur noch bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes eine Rolle, über den die Beitragssatzstabilität eingehalten werden soll. Nach dem der Lernprozess innerhalb der Krankenhäuser abgeschlossen ist und das DRG-System in den Regelbetrieb überführt wird, wird es kaum noch Ansätze geben, einen Lerneffekt (Upcoding) zu berücksichtigen.

Schonbetrag für Krankenhäuser

Letztmalig im Jahr 2009 sieht der Gesetzentwurf einen Schonbetrag für Krankenhäuser vor, bei denen der veränderte Ausgangswert für das Jahr 2009 mehr als 3% über dem Erlösbudget (eff. BwR x LBFW) liegt. Für diese Krankenhäuser ist zunächst die bisherige Alt-Rechnung auf der Grundlage des früheren Abschnittes B2 lfd. Nr. 1-15 AEB durchzuführen. Der sich daraus ergebende veränderte

Ausgangswert wird um 3% abgesenkt und entspricht dem neuen Erlösbudget. Aber auch diese Krankenhäuser rechnen den Landesbasisfallwert ab; sie erhalten jedoch einen Zuschlag, der die Unterdeckung kompensiert.

Sanierungsbeitrag

Der umstrittene und von Krankenhauseite als verfassungswidrig angesehene Sanierungsbeitrag nach § 8 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG entfällt zum 1. 1. 2009 ersatzlos. Dies wird vom Gesetzgeber als finanzielle Wohltat angesehen, entspricht jedoch bereits der in § 4 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG angelegten Befristung bis zum Inkrafttreten eines neuen Gesetzes. Daraus kann man allerdings den Schluss ziehen, dass der Gesetzgeber wohl damit geliebäugelt hatte, den Rechnungsabschlag fortzuführen. Die äußerst angespannte finanzielle Situation der Krankenhäuser nach Tarifabschlüssen für die Jahre 2008 und

„Die äußerst angespannte finanzielle Situation der Krankenhäuser sowie die mehr als 1000 Klagen gegen den Sanierungsbeitrag ließen letztendlich wieder Vernunft einkehren.“



2009 in der Größenordnung von 8% Steigerung sowie die mehr als 1000 Klagen gegen den Sanierungsbeitrag und der damit dokumentierte geschlossene Widerstand der Krankenhäuser ließen letztendlich wieder Vernunft einkehren.

Integrations-Verträge (IV-Verträge)

Die Anschubfinanzierung für IV-

Verträge entfällt planmäßig. Unbeschadet dessen können Krankenkassen mit Krankenhausträgern weiterhin Integrationsverträge abschließen. Nachdem sich das Bundessozialgericht in vier grundlegenden Musterverfahren mit den Integrationsverträgen der Krankenkassen sehr kritisch auseinandergesetzt hat, wird das Hauptaugenmerk nunmehr darauf liegen, von Gerichten wegen feststellen zu lassen, ob die im Zeitraum 2004 bis 2008 vorgenommenen Rechnungskürzungen gerechtfertigt waren. Im Regelfall weigerten sich die Krankenkassen die IV-Verträge vorzulegen, so dass Klagen vor den Sozialgerichten unumgänglich erscheinen, um Klarheit zu bekommen. Hierbei geht es um ansehnliche Kürzungsbeträge, die über die Jahre bezogen leicht eine sechsstellige Größenordnung erreichen. Für das Jahr 2004 ist hierbei Eile geboten, da Rückforderungsansprüche Ende des Jahres 2008 verjähren.

Berücksichtigung der Tarifberichtigung beim LBFW

Die erforderlichen Tarifabschlüsse im Bereich des TVöD und des Marburger Bundes in der Größenordnung von 8% für die Jahre 2008 und 2009 haben den Gesetzgeber veranlasst, eine Teilentlastung für die Krankenhäuser vorzusehen. Nicht zuletzt das breit angelegte Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ unter Federführung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Landeskrankenhausgesellschaften sowie aller Krankenhausverbände und Gewerkschaften haben letztendlich hierfür den Boden bereitet. 130.000 Demonstranten am 25. 9. 2008 in Berlin sprechen eine deutliche Sprache. Zu einer Gesamtfinanzierung der Tarifaufwirkungen konnte sich die Politik jedoch nicht durchringen.

Vorgesehen ist eine 50-prozentige Entlastung der Tarifaufwirkungen bezogen auf die Personalkosten der Jahre 2008 und 2009.

Das KHRG sieht hierbei nicht einen festen Prozentsatz vor, sondern die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren eine Erhöhungsrage. Die Kompetenzzuweisung hierfür

folgt aus §9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG (neu). Erzielen die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet die Bundesschiedsstelle.

Zwar können vorsorglich bereits jetzt hierüber Verhandlungen auf Bundesebene geführt werden, da sowohl die Tarifaufwirkungen als auch die gesetzliche Veränderungsrate feststehen, trotzdem kann ein Abschluss erst nach Inkrafttreten des KHRG erfolgen. Schließt sich ein Schiedsstellenverfahren an, wird es voraussichtlich bis Mitte des Jahres 2009 dauern, bis die Erhöhungsraten feststeht.

Dies hat gleichzeitig Auswirkungen auf den Landesbasisfallwert 2009, da ohne die Erhöhungsraten ein endgültiger Landesbasisfallwert

nicht vereinbart werden kann. Allerdings sieht das KHRG selbst vor, dass bereits vereinbarte Landesbasisfallwerte unter Berücksichtigung der Erhöhungsraten nachträglich angepasst werden. Neben der Basisanhebung auf Grund der Erhöhungsraten ist ein Ausgleich wegen der unterjährigen Umsetzung vorgesehen.

Der Ausdeckelungsstatbestand für die Tarifaufwirkungen gilt nur im Jahr 2009 für die Tarifverträge 2008 und 2009. Weitere Tarifaufwirkungen, die im Jahr 2010 zu Bu-

che schlagen, führen nicht zu einer Erhöhung des Landesbasisfallwertes 2010.

Orientierungswert

Das KHRG sieht die Ablösung der gesetzlichen Veränderungsrate nach §71 SGB V durch einen Orientierungswert vor, der erstmals zum 30. 6. 2010 ermittelt wird. Hierzu vergibt das BMG einen Auftrag an das statistische Bundesamt. Der Orientierungswert soll die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate abbilden.

Gleichzeitig behält sich das BMG vor, den Zeitpunkt der Einführung zu bestimmen, so dass noch völlig offen ist, ob bereits ab dem Jahr 2011 eine sachgerechte Ablösung der bisherigen Deckelung des Lan-

„Es ist noch völlig offen, ob bereits ab dem Jahr 2011 eine sachgerechte Ablösung der bisherigen Deckelung des Landesbasisfallwertes erfolgt.“

desbasisfallwertes erfolgt. Durch einen zweiten Vorbehalt ist es zudem möglich, dass das BMG aus übergeordneten Gründen lediglich einen Anteil des Orientierungswertes für die Begrenzung des Landesbasisfallwertes vorsieht. Somit ist alles offen und nicht ansatzweise vorhersehbar, mit welchen Begrenzungsregelungen das KHRG ab dem Jahre 2011 startet.

Sonderprogramm Pflegedienst

§4 Abs. 10 KHEntgG (neu) honoriert in einem Drei-Jahres-Programm (2009 bis 2011) die Neuein-

stellung von ausgebildeten Pflegepersonal.

Die Finanzierung erfolgt in Höhe von 0,48% des Gesamtbetrages, also sowohl bezogen auf das Erlösbudget als auch auf die Erlössumme für Krankenhausindividuelle Entgelte, über einen Zuschlag auf Krankenhausebene. Ab dem Jahr 2012 werden die zusätzlichen Finanzmittel Eingang in den Landesbasisfallwert finden. Hierfür sind von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene Kriterien zu entwickeln.

Vorgesehen ist, dass 70% der zusätzlichen Personalkosten für das neu eingestellte Pflegepersonal von den Krankenkassen und ein Eigenanteil von 30% vom Krankenhaus finanziert wird. Soweit entsprechende Finanzmittel nicht von Krankenhauseite verbraucht werden, besteht eine Rückzahlungsverpflichtung der nicht umgesetzten Finanzmittel. Für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den Krankenkassen eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung in Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte zum Stichtag 30. 6. 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Dabei reicht es aus, dass der Jahresabschlussprüfer bestätigt, dass die zusätzlichen Stellen über der Stellenbesetzung zum 30. 6. 2008 liegen. Das KHRG selbst sieht nicht vor, den Krankenkassen die Ist-Stellenbesetzung offen zu legen. An dessen Stelle tritt der Wirtschaftsprüfer. ▶



☆☆☆☆
4 Sterne Service für Kliniken



Sie möchten 19 Prozent Mehrwertsteuer sparen?

Gliedern Sie doch Ihren Reinigungsdienst in eine **eigene Servicegesellschaft** nach dem **51%|49% Modell** aus. Gies Dienstleistungen ist dabei Ihr erfahrener Partner.

Wir **verantworten** bundesweit in mehr als 80 Kliniken und Senioreneinrichtungen die Reinigungs- und Hygieneserviceleistungen. Schon in **15 Servicegesellschaften** profitieren unsere Auftraggeber von hochwertigen Dienstleistungsangeboten ohne Mehrwertsteuerbelastung.

Konzeption, Gründung und Betrieb – Ihr Ansprechpartner Herr Helmut Gies. Weitere Informationen finden Sie unter www.giesdl.de

Oderstraße 21 – 23
35260 Stadtlendorf

Telefon 06428 | 92 41 0
Telefax 06428 | 92 41 92

info@giesdl.de
www.giesdl.de



Hervorzuheben ist, dass der Zuschlag nach §4 Abs. 10 Satz 10 KHEntgG (neu) bereits vor der Vereinbarung mit den Krankenkassen angesetzt und abgerechnet werden kann. Damit rückt der Gesetzgeber die Liquiditätssicherung in den Vordergrund. Der Zuschlag kann frühestens nach Inkrafttreten des KHRG abgerechnet werden, voraussichtlich somit erst ab Anfang März 2009. Davon sollten jedoch alle Krankenhäuser Gebrauch machen.

Die Vereinbarung des Zusatzbetrages ist an eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung über zusätzliches Pflegepersonal gebunden.

Die Zuschläge werden kumuliert gewährt und können im Folgejahr nachgeholt werden.

Kann zwischen den Vertragsparteien über die Höhe des Zuschlages keine Einigung erzielt werden, entscheidet die Schiedsstelle.

Nach der Konvergenz ist vor der Konvergenz

Das KHRG leitet in § 10 Abs. 8 eine neue Konvergenzphase zur Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder ein.

Die Konvergenz ist so angelegt, dass weiterhin Landesbasisfallwerte vereinbart werden. Die Landesbasisfallwerte sollen in dem Zeitraum von 2010 bis 2014 an einen ermittelten Bundesbasisfallwert angeglichen werden. Dies erfolgt in fünf gleichen Schritten in Richtung auf einen Basisfallwertkorridor, den das KHRG mit +2,5 % und -1,5 % vorgibt.

Eine Angleichung eines Landesbasisfallwertes erfolgt nur, wenn er sich außerhalb des Korridors bewegt.

Der Korridor soll Finanzierungs-



spielräumen für landesbezogene Strukturunterschiede in den einzelnen Ländern Rechnung tragen und ausreichend Zeit für die Überprüfung durch entsprechende Forschungsaufträge geben.

Entsprechende Forschungsaufträ-

„Die Angleichung eines Landesbasisfallwertes erfolgt nur, wenn er sich außerhalb des Korridors bewegt.“

ge sind unverzichtbar, da unterschiedliche krankenhausplanerische Maßnahmen in den einzelnen Bundesländern wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Budgets und damit auf den Landesbasisfallwert in der Vergangenheit hatten.

Schlussbemerkung

In der Schlussphase des Gesetzgebungsverfahrens hat der GKV-Spitzenverband der Krankenkassen mit Schreiben vom 14. 10. 2008 einen Vorstoß gemacht mit dem Ziel, die letzte Stufe der Konvergenz der Krankenhäuser auszusetzen und

„Es bleibt zu hoffen, dass die Politiker den einmal eingeschlagenen Weg weitergehen und trotz aller Vorbehalte der Krankenkassen zu einzelnen Vorschriften das KHRG zeitgerecht in Kraft treten lassen.“

die Mehrleistungen beim Landesbasisfallwert in der Obergrenze zu 35% der Kosten zu bewerten. Dieses rein finanztechnisch begründete Ansinnen ist eindeutig zurückzuweisen. Die GKV befürcht-

et, dass der allgemeine Beitragssatz in Höhe von 15,5% nicht die zu erwartenden Ausgaben deckt.

In einer beeindruckenden Stellungnahme vom 6. 11. 2008 hat Dr. Hans-Georg Faust, MdB und Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit, (Sonderberichterstattung zur Initiative „Sofortmaßnahmen zur GKV-Ausgabenbegrenzung des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen vom 14. 10. 2008) Folgendes festgestellt:

„Anhand der Berechnungen ist dargestellt, dass der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes betreffend § 10 KHEntgG nicht sachgerecht ist und den Krankenhäusern sogar dringend benötigte Geldmittel entziehen würde. Sollte der Vorschlag des GKV-Spibu umgesetzt werden, würde es sogar zu einer Schlechterstellung der Krankenhäuser im Gegensatz zu bestehendem Recht

kommen. Da es durch die Initiative des GKV-Spitzenverbandes im Gegensatz zum Versprechen der Politik, 3,5 Milliarden Euro mehr für die Krankenhäuser auszugeben, nur zu Mehrausgaben von knapp 2 Milliarden Euro kommen würde, ist dieser Vorschlag entschieden zurückzuweisen. Der Kabinettsentwurf ist sachgerecht und in der vorliegenden Form beizubehalten.“

Es bleibt daher zu hoffen, dass die verantwortlichen Politiker den einmal eingeschlagenen Weg (zumindest) weitergehen und trotz aller Vorbehalte der Krankenkassen zu einzelnen Vorschriften das KHRG zeitgerecht in Kraft treten lassen. ■

**Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr
Fachanwalt für Medizinrecht
c/o Krankenhausesellschaft
Rheinland-Pfalz e.V
Bauerngasse 7
55116 Mainz
www.medizinrecht-ra-mohr.de**