



# Überblick über aktuelle gesundheitspolitische Rechtsthemen im stationären Bereich (außerhalb der Psychiatrie)

35. Deutscher Krankenhaustag  
am 16.11.2012, Düsseldorf

© Rechtsanwalt  
Friedrich W. Mohr  
Fachanwalt für Medizinrecht  
[www.medizinrecht-ra-mohr.de](http://www.medizinrecht-ra-mohr.de)

## Übersicht

- I. Ausgangslage
- II. Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf
- III. Ausblick/Forderungen

## Ausgangslage

### 1. Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgG) vom 21.07.2012 (BGBl I S. 1613) Finanzielle Rahmenbedingungen

Psych-EntgG ist ein sog. Omnibus-Gesetz:

Es regelt auch die finanziellen Rahmenbedingungen für den somatischen Bereich.

- **Anteilige Tariffinanzierung**
- **Anteiliger Orientierungswert**  
Statistische Bundesamt: 2 % (Bekanntgabe vom 28.09.2012)
- **Mehrleistungsabschlag für 2013/2014 i.H.v. 25%**  
Mehrleistungen 2013 unterliegen 2014 erneut diesem Mehrleistungsabschlag  
Ab 2015 Neuregelung der Mengensteuerung

## Ausgangslage

### 2. Psych-Entgeltgesetz (Psych-EntgG) vom 21.07.2012 (BGBl I S. 1613)

#### Strukturelle Rahmenbedingungen

- Forschungsauftrag zur Mengenerwicklung im Krankenhausbereich  
Vergabe eines Forschungsauftrags zur Mengendynamik von der Bundesselbstverwaltung
- Beteiligung von Honorarärzten – gesetzliche Klarstellung
- Ermächtigung für geriatrische Institutsambulanzen durch die Zulassungsausschüsse

# Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

## 1. Anteilige Tariffinanzierung 2012

Zur Erinnerung:

Die Veränderungsrate, die maßgeblich für den Landesbasisfallwert ist, wurde für 2012 um 0,5 Prozentpunkte gemindert. Die anteilige Tariffinanzierung 2012 gleicht dies nur aus.

**Faktum:**

**Personalkostensteigerungen werden nur teilweise aufgefangen. Die Schere zwischen Veränderungsrate und Tarifsteigerung bleibt bestehen.**

# Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

## 1. Anteilige Tariffinanzierung 2012 (Quelle: KGRP 10/2012)

Jahr	Index gesetzl. Veränderungsrate	Index Auswirkung BAT/TVöD Steigerungen inkl. Einmalzahlung und Änderungen i. d. Sozialversicherung
1992	100 %	100 %
.	.	.
.	.	.
.	.	.
2008	121,16 %	137,94 %
2009	122,87 %	145,25 %
2010	124,76 %	146,99 %
2011	125,88 %	150,33 %
2012	127,74 %	154,81 %
<b>Nicht finanzierte Personalkosten 1992 bis 2012: 27,07 Prozent</b>		

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 2. OW – O weh! O weh!

Für das Jahr 2013 gilt der OW in Höhe von 2,0 %. Er liegt damit unterhalb der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (2,03 %).

#### **Kritikpunkte:**

- Das Statistische Bundesamt stellt auf den Stundenlohnzuwachs ab. Es blendet damit Personalentwicklungen als Kostenfaktor aus, z. B. in der Pflege. Keine krankenhausspezifische Betrachtung.
- Die Ermittlung des OW endete am 30.06.2012; danach wurden die Tarifsteigerungen voll und flächendeckend wirksam.

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 2. OW – O weh! O weh!

#### Kritikpunkte:

- Orientierungswert für 2013 wird retrospektiv ermittelt
  - ♦ für 2012 : 2. Halbjahr 2011 + 1. Halbjahr 2012
- Personalkostenentwicklung basiert auf vierteljährlichen Verdiensterhebungen, die in über 40.000 Betrieben durchgeführt werden
- Statistisches Bundesamt: Validierung ergab erhebliche Abweichungen zwischen vierteljährlichen Verdiensterhebungen und Ergebnissen aus Kostennachweisen der KH



## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 2. OW – O weh! O weh!

#### Kritikpunkte:

- Reiner Preisindex ohne Berücksichtigung von Produktivitätssteigerungen oder Kostenveränderungen aufgrund von Mehrpersonal (z. B. Hygiene).
- Teilorientierungswert für Sachkosten wird auf Basis von Subindices (Erzeugerpreise, Verbraucherpreise, Preise für Bauwirtschaft) ermittelt. Es wird kein krankenhausspezifischer Warenkorb gebildet.

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 2. OW – O weh! O weh!

Der OW dient der Begrenzung der Entwicklung des Landesbasisfallwertes!  
Komplizierter Regelungsmechanismus mit Gestaltungsspielräumen:

**Erste Alternative:**

**Der OW überschreitet die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V.**

Die Bundesselbstverwaltung ermittelt die Differenz zwischen OW und Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V.

Sie vereinbart den **Veränderungswert:**

Die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V darf maximal um ein Drittel der Differenz zwischen OW und Veränderungsrate erhöht werden.

Es sind hierbei die Personal- und Sachkostensteigerungen zu berücksichtigen.

Anderweitig finanzierte Kostensteigerungen sind gegenzurechnen.

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 2. OW – O weh! O weh!

**Zweite Alternative: Der OW unterschreitet die Veränderungsrate gem. § 71 Abs. 3 SGB V.**

In diesem Fall gilt der OW. Es bedarf keiner Vereinbarung der Bundesselbstverwaltung.

So für das Jahr 2013!

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 2. OW – O weh! O weh!

#### Kritikpunkte:

- Völlig unzureichende Regelung der finanziellen Rahmenbedingungen.
- Dem personalkostenintensiven Krankenhausbereich wird wiederum eine Deckelung verpasst. Diese wirkt um so gravierender, so lange der OW kein echter Kostenorientierungswert darstellt.
- Selbst bei kostengerechter Bestimmung des OW wird dieser wiederum nur anteilig gewährt.
- Einfallschneise für große Spielräume des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Gestaltung der Drittel-Differenz.
- Inwieweit die Bundesschiedsstelle dies ausgleichen kann, ist völlig offen.
- Dies gilt erst recht für eine Klage gegen eine Schiedsstellenentscheidung.

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 3. Mehrleistungsabschlag für 2013/2014

Vereinbarte Mehrleistungen für 2013 wirken im Jahr 2014 nach!

Diese Mehrleistungen unterliegen einem Mehrleistungsabschlag in Höhe von jeweils 25 %, soweit diese Mehrleistungen auch im Jahre 2014 erbracht werden sollen.

**Also:**

**Erhöhung des Mehrleistungsabschlags auf 50 %**

**(verteilt auf zwei Jahre)!**

Ab 2015 greift ein neuer Regelungsmechanismus, der noch unbekannt ist (abhängig vom Ergebnis des Forschungsauftrags der Bundesselbstverwaltung).

## Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

### 3. Mehrleistungsabschlag für 2013/2014

#### Doppelte Degression

Mehrleistungen wirken sich an zwei Stellen aus:

- Krankenhausindividuell bei den zusätzlichen Mehrleistungen (temporär)
- Global bei dem Landesbasisfallwert (Hamsterrad-Effekt - dauerhaft)

#### Kritikpunkte:

- Der doppelte Degressions-Effekt ist nicht sachgerecht.
- Auch Krankenhäuser, die keine Mehrleistungen haben, verlieren Budgetanteile.
- Die doppelte Degression führt zur schleichenden Entwertung der Krankenhausleistungen.

## Ausblick/Forderungen

### Zur Finanzlage der GKV

#### Zahlen – Daten – Fakten

Das Finanzergebnis des 1. Halbjahres 2012 der GKV weist einen Überschuss von rd. 2,7 Mrd. Euro aus.

Die GKV verfügt über Finanzreserven i.H.v. rd. 12,8 Mrd. Euro, der Gesundheitsfonds über weitere Finanzreserven von rd. 9 Mrd. Euro (Summe rd. 21,8 Mrd. Euro).

Nach der Prognose des GKV-Schätzerkreises vom 11.10.2012 wird der Überschuss im Gesundheitsfonds bis Ende 2013 auf voraussichtlich 14,3 Mrd. Euro anwachsen. Der Anstieg der Ausgaben der GKV i.H.v. + 3,1 % je Versichertem im 1. Halbjahr 2012 blieb hinter dem für 2012 prognostizierten Anstieg der Ausgaben i.H.v. + 4,5 % deutlich zurück.

Quelle: BMG, Pressemitteilung vom 05.09.2012, BVA-Schätzerkreis vom 11.10.2012

## Ausblick/Forderungen

### Forderungen der DKG\*

1. Weder die Grundlohnrate noch der bisherige Orientierungswert sind akzeptable Indikatoren.  
Berücksichtigung des vollen (richtig ermittelten) Kostenorientierungswertes als Anhaltswert; Anpassung an die prospektive Kostenentwicklung im Krankenhaus.
2. Der (nicht sachgerecht ermittelte) OW 2013 ist um eine Tarifausgleichsrate zur ergänzen.
3. Wegfall der für 2014 vorgesehenen Doppelerhebung des Mehrleistungsabschlags.
4. Keine Minderung des Landesbasisfallwertes durch Mengeneffekte.

(\*Quelle: DKG-HGF Georg Baum in: das krankenhaus 10.2012, Editorial)



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**

© Rechtsanwalt  
Friedrich W. Mohr  
Fachanwalt für Medizinrecht  
[www.medizinrecht-ra-mohr.de](http://www.medizinrecht-ra-mohr.de)

