

## Entwurf zu

# Eckpunkten für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

Übergeordnetes Ziel für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sowohl bei der Investitionsfinanzierung als auch bei der Patientenversorgung. Zudem wird eine weitere Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit angestrebt. Diese soll auch durch eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausversorgung erreicht werden.

### 1. **Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Neuregelung der Investitionsfinanzierung**

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser verlangt eine Finanzierung, bei der die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass der notwendige Investitionsbedarf der Krankenhäuser kontinuierlich und in ausreichendem Umfang gedeckt wird. Dies soll durch folgende Maßnahmen angestrebt werden<sup>1</sup>:

#### a. **Umstellung auf Investitionspauschalen**

Die Investitionsförderung der Krankenhäuser nach unterschiedlichen Länderregelungen wird durch eine leistungsbezogene Pauschalierung der Fördermittel abgelöst, wobei der bisherige Förderumfang des jeweiligen Landes nicht unterschritten werden darf. Krankenhäuser erhalten danach neben den Fallpauschalen und sonstigen Entgelten Investitionspauschalen der Länder. Zu diesem Zweck werden den Ländern auf bundesgesetzlicher Grundlage zur Ermittlung der Investitionspauschalen bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zur Verfügung gestellt (Beauftragung des DRG-Instituts). Die Länder ermitteln unter Zugrundelegung ihres jeweiligen Fördermittelvolumens einen Landesinvestitionsfallwert. Wie bei den DRG-Fallpauschalen wird die Höhe der Investitionspauschale ermittelt, indem die Höhe der jeweiligen Investitionsbewertungsrelation mit dem Investitionsfallwert des Landes multipliziert wird. Investitionspauschalen sollen (nach den erforderlichen technischen Vorlaufzeiten) ab 1. Januar 2012 von den Ländern gezahlt werden.

---

<sup>1</sup> Ausgenommen von der Neuregelung der Investitionsfinanzierung sind wie im bisherigen Krankenhausfinanzierungsrecht die Universitätskliniken.

Vorteil für die Krankenhäuser ist, dass sie sowohl für den Investitionsaufwand als auch für den laufenden Versorgungsaufwand leistungsbezogene Pauschalen erhalten. Dies eröffnet ihnen mehr Handlungsfreiheit im Wettbewerb.

**b. Ankündigung der Erhöhung des Investitionsvolumens**

Der in den vergangenen Jahren deutlich rückläufige Umfang der öffentlichen Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder (im Jahr 2007 rd. 2,66 Mrd. €) reicht zur Deckung des durchschnittlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser nicht aus. Der aus dieser Unterfinanzierung resultierenden Tendenz zur "schleichenden" Monistik (Finanzierung von Investitionen über DRG-Fallpauschalen, die insoweit der unmittelbaren Krankenversorgung entzogen werden) kann wirksam nur durch eine bedarfsgerechte Aufstockung des Volumens für Krankenhausinvestitionen begegnet werden. Zur Ablösung der heutigen Grundlohnsummenanbindung erteilt das BMG einen Auftrag zur Ermittlung eines neuen Orientierungswertes für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen besser berücksichtigt. Der Wert soll für den Budgetzeitraum 2010 erstmalig zur Verfügung stehen. Gleichzeitig wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Ermittlung von Investitionspauschalen sowie einer Investitionsquotenfinanzierung eingerichtet. Die Umsetzung des neuen Orientierungswertes wird gekoppelt an die neue Investitionsquotenfinanzierung.

**c. Sicherstellung der Versorgung durch gezielte Einzelinvestitionsförderung der Länder**

Die Länder behalten auch bei der Umstellung der Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen weiterhin die Möglichkeit zur gezielten Einzelinvestitionsförderung von Krankenhäusern, wenn dies

- zur Sicherstellung der flächendeckenden stationären Krankenhausversorgung oder
- als Ausgleichsmaßnahme im Zusammenhang mit der Umstellung auf Investitionspauschalen

im Einzelfall erforderlich ist.

Jedes Land kann hierzu jährlich die von ihm für Investitionspauschalen für die Krankenhäuser im Land aufzuwendende Gesamtsumme um den Betrag reduzieren, den es für die Sicherstellungs- und Ausgleichsmaßnahmen als erforderlich ansieht. Die vom Land zu zahlenden Investitionspauschalen an alle Krankenhäuser vermindern sich jeweils um den prozentualen Umfang der Reduzierung. Diesen Betrag verwendet das jeweilige Land zweckgebunden für Einzelinvestitionsfördermaßnahmen. Hierfür bereitgestellte

Mittel, die innerhalb eines Zeitraums von drei Kalenderjahren nicht für den vorgegebenen Zweck benötigt werden, sind wieder zur Erhöhung der vom Land zu zahlenden Investitionspauschalen zu verwenden.

Mit diesen Maßnahmen kann jedes Land sowohl seine landesspezifischen Aufgaben zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung gezielt erfüllen als auch mit der leistungsbezogenen Umstellung der Investitionsfinanzierung auf eine kontinuierliche Absicherung der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser und auf mehr Planungssicherheit hinwirken.

## **2. Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen**

Zur weiteren Stärkung der wettbewerblichen Ausrichtung auch der Krankenhausversorgung wird den einzelnen Krankenhäusern und den einzelnen Krankenkassen durch Modellversuche bis 2012 die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen bei geeigneten planbaren Leistungen eröffnet. Diese Leistungen werden in einem Katalog vorgegeben, der von den DRG-Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene bis zum 30. Juni 2009 vereinbart wird. Bei nicht fristgerechter Einigung entscheidet die Bundesschiedsstelle bis zum 30. September 2009.

Die Einzelverträge regeln Qualität und Preis der Leistungen. Die Vertragsparteien können mit Preis-Mengen-Vereinbarungen von der Regelvorgabe des einheitlichen Landesbasisfallwerts abweichen und zusätzliche Vereinbarungen zur Verbesserung der Leistungsqualität treffen. Das einzelne Krankenhaus und die einzelnen Krankenkassen entscheiden eigenständig, ob sie eine derartige Vereinbarung treffen (nicht schiedsstellenfähig). Die Vereinbarungen haben keinen Einfluss auf den Landesbasisfallwert.

Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig.

Durch eine gemeinsame Evaluierung aller Verträge über einen Zeitraum von zwei Jahren wird eine Prüfung im Jahr 2013 durchgeführt, ob sich die Regelung zum Abschluss von Einzelverträgen in der Praxis bewährt hat.

### **3. Verbesserte Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen**

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2009 werden anteilig die für die Jahre 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen (prozentuale Erhöhungen und Einmalzahlungen) zusätzlich berücksichtigt, soweit diese Erhöhungen die Veränderungsrate nach § 71 SGB V überschreiten. Maßstab für diese Erhöhungen ist für den nichtärztlichen und den ärztlichen Personalbereich die tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Auswirkungen dieser Tarifvereinbarungen werden pauschaliert für alle Krankenhäuser bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt.

Zudem entfällt zum 1. Januar 2009 der Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patienten (Sanierungsbeitrag) und die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung in Höhe von bis zu 1 Prozent. Zusammen mit einer höheren Grundlohnrate werden den Krankenhäusern ohne die anteilige Finanzierung der Tarifsteigerungen daraus 2009 zusätzlich mehr als eine Milliarde Euro zur Verfügung stehen.

### **4. Sonderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern**

Für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Krankenhäusern (ohne Psychiatrie) wird ein Förderprogramm aus Mitteln der Kostenträger aufgelegt, mit dem über drei Jahre neue Pflegestellen finanziert werden können. Kriterien, wie anschließend die Mittel zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, werden in der Zwischenzeit durch das InEK entwickelt. Um einen Anreiz für einen sinnvollen Personaleinsatz der Krankenhäuser zu setzen, wird die Finanzierung der Pflegestellen mit diesem Programm nur anteilig unterstützt werden. Insgesamt können bei einer anteiligen Finanzierung von ... in drei Jahren 21.000 zusätzliche Pflegestellen geschaffen werden. Es dürfen nur zusätzliche Stellen im Vergleich zum Personalbestand am 31.12.2007 finanziert werden, um Personalumschichtungen zu vermeiden.

Ein Teil dieser Mittel soll zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen (z.B. Arbeitsabläufe und -strukturen) verwendet werden.

Um Fehlentwicklungen bei der Mittelvergabe zu vermeiden, ist eine gemeinsame Erklärung des Krankenhausträgers und der Arbeitnehmervertretung sowie eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellensituation in der Pflege

vorzulegen. Außerdem haben die Krankenkassen jährlich dem BMG über die Umsetzung zu berichten.

## **5. Einheitlicher Basisfallwertkorridor**

Die derzeit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden ab Vorliegen des neuen Orientierungswertes (siehe Punkt 1b) in einem Zeitraum von 5 Jahren schrittweise in Richtung auf einen einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Damit wird eine bereits heute bei den meisten Ländern erkennbare Tendenz fortgeschrieben.

Von dieser Konvergenz wird eine Bandbreite (Korridor) in Höhe von + 2 % bis – 2 % um einen rechnerisch ermittelten einheitlichen Basisfallwert ausgenommen. Es werden somit zunächst nur die Landesbasisfallwerte außerhalb der Bandbreite und damit die größeren Abweichungen ausgeglichen. Die Länder erhalten dadurch Zeit, in diesen 5 Jahren zu prüfen, inwieweit die Unterschiede innerhalb der Bandbreite auf ggf. zu berücksichtigende Versorgungsunterschiede zurückzuführen sind.

Die für die Angleichung erforderlichen Konvergenzschritte werden gesetzlich vorgegeben. Der Korridor wird anhand eines rechentechnischen, einheitlichen Basisfallwertes berechnet, der jährlich vom DRG-Institut aus den weiterhin auf Landesebene vereinbarten Landesbasisfallwerten ermittelt wird.

## **6. Einführung eines pauschalierten Vergütungssystem für die Psychiatrie und die Psychosomatik**

Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (einschließlich Psychotherapie) wird der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines eigenständigen, pauschalierten Vergütungssystems erteilt, bei dem grundsätzlich die Vergütung auf der Basis von Tagespauschalen erfolgt. Dabei ist von patientenbezogenen Kriterien wie Diagnosen und Prozeduren sowie bei Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Entwicklung werden – wie beim DRG-System – die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene und ihr DRG-Institut beauftragt.

Um eine bessere Finanzierung der Personalvorgaben nach der Psych-PV zu ermöglichen, werden die derzeitigen Budgetbegrenzungen nach § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und 4 und Abs. 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung gelockert, z. B. durch eine auf 90 % begrenzte Nachverhandlungsmöglichkeit für nicht besetzte Personalstellen und eine bessere anteilige Berücksichtigung von Tariflohnerhöhungen. Zudem wird bei Nichteini-

gung der Vertragsparteien über die Berücksichtigung von Leistungsveränderungen im Krankenhausbudget wieder die Schiedsstelle entscheiden.

## **7. Nachjustierung der Vorgaben zur Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (§ 10 KHEntgG)**

Durch genauere Vorgaben für die Vereinbarungen des Landesbasisfallwerts wird eine gleichartige Vorgehensweise in den Ländern gefördert, insbesondere im Hinblick auf den mittelfristig angestrebten Bundesbasisfallwert-Korridor.

## **8. Technische Gesetzesänderungen zur Überleitung in den Regelbetrieb des DRG-Systems**

Insbesondere folgende technische Änderungen werden vorgenommen:

- Aufhebung von Regelungen zu der zum Jahresende 2008 ablaufenden DRG-Einführungs- und Konvergenzphase,
- Aktualisierung und Ergänzung von Regelungen für den künftigen Regelbetrieb des DRG-Vergütungssystems,
- Konvergenzphase für besondere Einrichtungen, die ihren besonderen Status verlieren und in die DRG-Vergütung eintreten,
- Abschaffung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte,
- Entfallen des GKV-Rechnungsabschlags in Höhe von 0,5 Prozent
- Vereinbarung von Innovationsentgelten auch unterjährig und unabhängig von der Budgetvereinbarung für das Krankenhaus.

## **9. Ärztliche Weiterbildung**

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene werden beauftragt, durch das DRG-Institut (InEK) bis zu einer gesetzlich festzulegenden Frist zu prüfen, ob zur Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung in Krankenhäusern Zu- oder Abschläge zu den DRG-Fallpauschalen erforderlich sind. Die Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren vorgenommen werden.

## **10. Ausbildungsfinanzierung**

Durch Änderung des § 17a KHG wird klargestellt, dass die Ausbildungsfinanzierung auch die Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende in der Krankenpflege nach den Vorgaben des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 über den Anrechnungsschlüssel hinaus umfasst und dass die Ausbildungsvergütungen für Hebammen und Entbindungspfleger weiterhin pflegesatzfähig sind.