

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



Bewertung
des GKV-Spitzenverbandes
vom 12.12.2008
zu den Änderungsanträgen
zum Entwurf eines
Krankenhausfinanzierungs-
reformgesetzes (KHRG)

Drucksache 16/10807 vom 7. November 2008

Berlin, 12.12.2008

Inhaltsverzeichnis:

I) ZUSAMMENFASSENDE POLITISCHE BEWERTUNG.....	3
II) DETAILLIERTE BEWERTUNG DER ÄNDERUNGSANTRÄGE	6



I) Zusammenfassende politische Bewertung



Die vorliegenden Änderungsanträge der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) werden vom GKV-Spitzenverband insgesamt nicht als zielführend beurteilt.

Neben den wenigen Ansätzen zur Neuregelung des ordnungspolitischen Rahmens enthält der Entwurf des KHRG im Wesentlichen Mehrbelastungen für die Beitragszahler. Unbestritten ist inzwischen, dass die Mehrausgaben bei dem bisher vorliegenden KHRG-Entwurf über die politisch zugesagten 3,5 Mrd. Euro hinausgehen würden.

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgabe, den Gesundheitsfonds Ausgaben deckend zu starten (§ 220 Abs. 3 SGB V), wird aber auch mit den vorliegenden Änderungsanträgen nicht erreicht. Die Hälfte des drohenden Ausgabenanstiegs durch den Konvergenzsprung auf überhöhte Landes-Basisfallwerte wird zwar ins Folgejahr verschoben, aber der zweite Ausgaben treibende Effekt, die Mehrausgaben infolge der absehbaren Mengenentwicklungen, bleiben weitgehend unverändert. Das Statistische Bundesamt hat mit seiner aktuellen Veröffentlichung der neuesten Falldaten wieder bestätigt, dass weiterhin mit einer Fallzahlsteigerung von 2 Prozent zu rechnen ist. Hinzu kommt die Casemixsteigerung.

Der GKV-Spitzenverband erkennt ausdrücklich das Bemühen an, die Kostenbelastung auf die politisch zugesagten 3,5 Mrd. Euro zu begrenzen. Dazu wurden bereits zielführende Lösungsvorschläge formuliert, die eine Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte in Höhe der durchschnittlichen Haus-Basisfallwerte vorsehen. Der aktuell vorliegende Änderungsantrag 8 nimmt diese Lösungsvorschläge nicht auf. Vorgesehen ist nunmehr eine hälftige Verschiebung der Kostenbelastung auf das Jahr 2010. Gleichzeitig wird hiermit die Dauer der Konvergenzphase zur Disposition gestellt.

Sofern der Gesetzgeber - wie in Änderungsantrag 8 vorgesehen - beabsichtigt, die Hälfte der sogenannten "Divergenzlücke" im Jahr 2009 für die Krankenkassen in Höhe von ca. 400 Mio. Euro wirksam werden zu lassen, wäre eine Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte auf halbem Weg zwischen



Landes-Basisfallwert und durchschnittlichem Haus-Basisfallwert eine eindeutig bessere Lösung. Die DRG-Einführung würde damit planmäßig abgeschlossen und die Belastung der Krankenkassen in 2009 zumindest teilweise reduziert.

Mit den jetzt vorgesehenen Änderungen steht zu befürchten, dass einer der großen ordnungspolitischen Eckpfeiler der Krankenhausfinanzierung leichtfertig aufgegeben wird. Zehn Jahre nach dem weitreichenden Beschluss des Deutschen Bundestages, eine DRG-basierte, leistungsorientierte Vergütung für Krankenhäuser einzuführen, wäre es für alle Beteiligten ein völlig unverständliches Signal, wenn nun aufgrund kurzfristiger fiskalischer Erwägungen eine erneute Debatte über die Grundprinzipien einer leistungsorientierten Vergütung losgetreten wird.



II) Detaillierte Stellungnahme zu den einzelnen Änderungsanträgen

Hinweis:

Im Folgenden sind die einzelnen Änderungsanträge kommentiert. Bitte beachten Sie, dass die Kommentierungen der Änderungsanträge 12, 13 und 20 unter dem Änderungsantrag 12, die Änderungsanträge 19 und 30 unter dem Änderungsantrag 19 sowie die Änderungsanträge 21 und 24 unter dem Änderungsantrag 21 aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs erfolgen.



Änderungsantrag 1

Zu Nr. 1, Art. 1 Nr. 3 (§ 17 a KHG) - Finanzierung der Praxisanleitung in der
Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Änderung stellt klar, dass ausschließlich pflegesatzfähige
Kosten, die nicht anderweitig finanziert werden, durch die Ausbildung-
zuschläge zu finanzieren sind.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist zu begrüßen. Durch die eindeutige Abgrenzung der
Mehrkosten der Ausbildung auf pflegesatzfähige Kosten, die nicht ander-
weitig finanziert werden, wird eine Doppelfinanzierung vermieden.

Der GKV-Spitzenverband hält an der grundsätzlichen Kritik zur Erweite-
rung der Finanzierung der Mehrkosten der Praxisanleiter fest.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 2

Zu Nr. 2, Art. 1 Nr. 4 a (§ 17 c KHG) - Kassenbezogene Umsetzung der
Stichprobenprüfung bei Krankenhausrechnungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Vertragsparteien auf der Ortsebene wird ermöglicht, die Ergebnisse
der gemeinsamen Stichprobenprüfung bei fehlerhaften Abrechnungen
kassenspezifisch auszugleichen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist zu begrüßen. Bislang werden die Ergebnisse der
Stichprobenprüfungen kollektiv über das Krankenhausbudget ausgegli-
chen. Diese Praxis war aus Sicht der Krankenkassen, die bisher auf das In-
strument der Stichprobenprüfung gesetzt hatten, ungerecht, da auch
Krankenkassen, die überwiegende Einzelfallprüfung betrieben haben, vom
Kollektivausgleich profitierten. Auch aus diesem Grund konnte sich das
Instrument Stichprobenprüfung nicht gegen die individuelle Fallprüfung
durchsetzen. Durch die Möglichkeit, fehlerhafte Abrechnungen kassenin-
dividuell auszugleichen, wird diese Lücke geschlossen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 3

Zu Nr. 3, Art. 1 Nr. 5 (§ 17 d Abs. 1 KHG) - Fachgebietsbezeichnung für
psychiatrische Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fachgebietsbezeichnungen der psychiatrischen und psychosomati-
schen Einrichtungen werden an die geltenden Abteilungsbezeichnungen
angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sinnvoll, um eine eindeutige Abgrenzung des Geltungs-
bereichsbereichs des neu zu entwickelnden pauschalierten Entgeltsystems
für Psychiatrien und psychosomatischen Einrichtungen sicherzustellen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 4

Zu Nr. 4, Art. 1 Nr. 5 (§ 17 d Abs. 3 KHG) – Beteiligung der Bundespsycho-
therapeutenkammer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundespsychotherapeutenkammer wird Gelegenheit gegeben, in dem fachlich gebotenen Umfang an der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen teilzunehmen, indem das Wort „psychosomatisch“ im Gesetzestext ergänzt wird.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 5

Zu Nr. 5, Art. 2 Nr. 4 (§ 4 Abs. 1 KHEntgG) – Abgrenzung des Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Änderung:

1. Die beabsichtigte Änderung stellt klar, dass die im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140c SGB V erbrachten Leistungen der Krankenhäuser nicht Bestandteil des Erlösbudgets sind.
2. Die Vertragsparteien der örtlichen Ebene sollen im Jahr 2009 für vereinbarte Mehrleistungen eine niedrigere Vergütung festlegen.
3. Krankenhäuser, die ihr Personal nicht entsprechend den Tarifverträgen, die der Vereinbarung der Tarifraten zugrunde gelegt wurden, vergüten, erhalten eine über fünfzigprozentige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen. Um diesen Kostenvorteil auszugleichen, werden die Vertragspartner auf der Ortsebene verpflichtet, in den Budgetverhandlungen einen entsprechenden Abschlag vom Landes-Basisfallwert zu vereinbaren, sofern es sich nicht um einen Notlagentarifvertrag handelt.

B) Stellungnahme

Der vorliegende Änderungsantrag 4 ist nicht geeignet, um die dringend notwendige, nachhaltige Ausgabenbegrenzung im Krankenhausbereich zu erreichen.

1. Die geplante Änderung ist sinnvoll. Durch die Klarstellung wird sichergestellt, dass Leistungen der integrierten Versorgung vollständig aus dem DRG-Budget ausgegliedert werden. Dies ermöglicht eine klare Trennung zwischen kollektivem DRG-Budget und kassenindividuellem IV-Budget.
2. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, die Ausgaben im Jahr 2009 zu begrenzen. Die vorgesehene Maßnahme setzt aber an der falschen Stelle an. Anstatt dem Problem des Auseinanderfallens von krankenhausesindividuellem Basisfallwert und Landes-Basisfallwert durch eine Korrektur des Landes-Basisfallwertes zu begegnen, werden weiter unterschiedliche krankenhausesindividuelle Preise geschaffen. Das Problem der Divergenz wird dadurch tendenziell ver-



schärft. Eine finanzielle Entlastung der GKV ergibt sich somit temporär, Zusatzbeiträge werden lediglich ein Jahr verschoben. Eine echte Lösung des Problems muss bei der Korrektur der Landes-Basisfallwerte ansetzen. Zusätzliche Leistungen müssen dauerhaft zu einer tatsächlichen Absenkung des Landes-Basisfallwertes führen (vgl. Änderungsantrag 11).

3. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, die Ausgaben im Jahr 2009 zu begrenzen und kann die Bemühungen, Auflösungsstendenzen des Tarifsystems entgegen zu wirken, nachvollziehen. Allerdings ist die krankenhausspezifische Berücksichtigung mit der Zielrichtung einer leistungsorientierten Vergütung nicht kompatibel. Die Tarifraten werden im Landes-Basisfallwert pauschal berücksichtigt und wirken für alle Krankenhäuser einheitlich. Eine individuelle Bewertung der tatsächlichen Personalkostenentwicklung bedeutet demgegenüber die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip.

Im Übrigen wird auf die dem Gesundheitsausschuss vorliegende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 19.11.2008 verwiesen [Ausschussdrucksache 16 (14) 0447 (28)].

- C) Änderungsvorschlag
kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 6

Zu Nr. 6, Art. 2 Nr. 4 (§ 4 Abs. 10 KHEntgG) – Pflegepersonalstellenpro-
gramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

1. Die geplante Änderung stellt sicher, dass im Rahmen des Pflegeperso-
nalstellen-Programms ausschließlich qualifiziertes Fachpersonal finan-
ziert wird und neben Neueinstellungen auch ein Ausbau vorhandener
Teilzeitstellen möglich ist. Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen
wird von 70 Prozent auf 90 Prozent erhöht.
2. Es wird klargestellt, dass durch den Zuschlag auch die geförderten Ar-
beitsorganisationsmaßnahmen finanziert werden.
3. Die Krankenkassen werden verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband die
zur Erfüllung seiner Berichtspflicht notwendigen Informationen zu
übermitteln.

B) Stellungnahme

1. Die Einschränkung, dass im Rahmen des Pflegepersonalstellen-
Programms ausschließlich examiniertes Fachpersonal finanziert werden
darf sowie die Erweiterung auf Teilzeitstellen sinnvoll ist. Es kann so-
mit zumindest sichergestellt werden, dass durch das Programm die
personelle Ausstattung der Stationen verbessert wird. Ob hierdurch
auch automatisch die Pflegequalität gesteigert werden kann, darf je-
doch bezweifelt werden. Die Erweiterung des Erstattungsanspruchs von
70 Prozent auf 90 Prozent wird abgelehnt. Durch den nahezu vollstän-
digen Wegfall des Eigenbehalts der Kliniken ist nicht sichergestellt,
dass zusätzliche Kräfte auch nur dort eingesetzt werden, wo ein tat-
sächlicher Bedarf besteht. Es ist nunmehr zu befürchten, dass Pflege-
stellen unabhängig von ökonomischen und pflegerischen Notwendig-
keiten geschaffen werden. Sollten die 90 Prozent festgesetzt werden,
ist sicherzustellen, dass das geplante Gesamtfördervolumen nicht ü-
berschritten wird. Es muss klar sein, dass damit dann keine 21.000
neuen Stellen geschaffen werden können, sondern nur eine entspre-
chend reduzierte Anzahl.



2. Durch die Anpassung wird ein technischer Fehler beseitigt. Im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit der Zuschlagsfinanzierung ist die Regelung notwendig.
3. Die Schaffung einer Rechtsgrundlage zur Übermittlung der Verhandlungsergebnisse an den GKV-Spitzenverband wird begrüßt.

An seiner grundsätzlichen Kritik zum Pflegepersonalstellen-Programm hält der GKV-Spitzenverband fest.

C) Änderungsvorschlag

Das mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Pflegepersonalstellen-Programm wird gestrichen.

Hilfsweise: Die geplante Änderung der Refinanzierungsquote von 70 Prozent auf 90 Prozent wird gestrichen.



Änderungsantrag 7

Zu Nr. 7, Art. 2 Nr. 5 (§ 5 KHEntgG) – Verrechnung von Mehr- oder Minderleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

1. Die geplante Änderung stellt sicher, dass entsprechend der im Pflege-satzrecht üblichen Verfahrensweise die Mehr- oder Mindereinnahmen aufgrund eines verspäteten Budgetabschluss im laufenden Jahr verrechnet werden.
2. Für das Jahr 2009 wird die maximale Zuschlagshöhe auf 30 Prozent begrenzt.

B) Stellungnahme

1. Die Einbeziehung von Mehr- bzw. Mindererlösen aufgrund verspäteter Budgetabschlüsse in die Berechnung der Zuschläge ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sinnvoll. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Auswirkungen von nicht prospektiven Budgetabschlüssen noch im gleichen Jahr ausgeglichen werden. Dies stellt sicher, dass weder Krankenkassen noch Kliniken ein finanzieller Nachteil entsteht.
2. Die Erhöhung der maximalen Zuschlagshöhe auf 30 Prozent für das Jahr 2009 wird abgelehnt. Durch die Erhöhung entfällt für die Krankenhäuser ein wichtiger Anreiz, Budgetvereinbarungen möglichst früh abzuschließen.

C) Änderungsvorschlag

Die Erhöhung der maximalen Zuschlagshöhe auf 30 Prozent für das Jahr 2009 wird gestrichen.

Änderungsantrag 8

Zu Nr. 8, Art. 2 Nr. 5 (§ 5 Abs. 6 – neu – KHEntgG) – Abschlag wegen Konvergenzverlängerung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Konvergenzphase wird um ein Jahr verlängert. Die Differenz zwischen dem Krankenhaus-Basisfallwert 2008 und dem Landes-Basisfallwert des Jahres 2008 wird zu 50 Prozent in der Abrechnung als Zu- oder Abschlag berücksichtigt.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Verlängerung der Konvergenzphase wird ein ordnungspolitischer Eckpfeiler der Krankenhausfinanzierung leichtfertig aufgegeben. Zehn Jahre nach dem initialen Beschluss des deutschen Parlaments, eine DRG-basierte, leistungsorientierte Vergütung einzuführen, wäre es für alle Beteiligten ein völlig unverständliches Signal, wenn nun aufgrund kurzfristiger fiskalischer Erwägungen die Konvergenzphase verlängert und damit eine erneute Debatte über die Grundprinzipien einer leistungsorientierten Vergütung losgetreten wird.

Der GKV-Spitzenverband erkennt ausdrücklich das Bemühen an, die Kostenbelastung auf die politisch zugesagten 3,5 Mrd. Euro zu begrenzen. Dazu wurden bereits „technische saubere“ Lösungsvorschläge formuliert, die eine Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte in Höhe der durchschnittlichen Haus-Basisfallwerte vorsehen. Der Antrag 8 greift dies auf und sieht nunmehr eine hälftige Verschiebung der Kostenbelastung auf das Jahr 2010 vor, stellt dafür aber die Dauer der Konvergenzphase zur Disposition.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.

Sofern der Gesetzgeber beabsichtigt, die Hälfte der so genannten „Divergenz-Lücke“ für die Krankenkassen in Höhe von ca. 400 Mio. Euro wirksam werden zu lassen, so wäre eine Neuadjustierung der Landes-

Basisfallwerte auf halbem Weg zwischen Landes-Basisfallwert und durchschnittlichem Haus-Basisfallwert eine eindeutig bessere Lösung. Die DRG-Einführung würde damit planmäßig abgeschlossen und die Belastung der Krankenkassen in 2009 zumindest teilweise reduziert.



Änderungsantrag 9

Zu Nr. 9, Art. 2 Nr. 6 (§ 6 Abs. 2 KHEntgG) – Vergütung neuer Untersu-
chungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf der Ortsebene erhalten die Möglichkeit, Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch unabhängig vom Zeitpunkt der Budgetverhandlungen zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Durch die Entkopplung des Verhandlungszeitpunkts für die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von den eigentlichen Budgetverhandlungen wird zwar erreicht, dass diese Leistungen frühzeitig durch die Krankenhäuser abgerechnet werden können. Allerdings entsteht hierdurch ein erheblicher zusätzlicher Arbeitsaufwand auf Seiten der Krankenkassen, die mit allen Kliniken, die Leistungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beantragt haben, die durch das InEK mit dem Status 1 bewertet wurden, mindestens eine zusätzliche Verhandlung führen müssen. Für den Pflegesatzzeitraum 2008 hätten die Krankenkassen mit nahezu 600 Krankenhäusern zusätzliche NUB-Verhandlungen führen müssen. Dies ist ein enormer zusätzlicher bürokratischer Aufwand, der erhebliche Kosten verursacht. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen bereits jetzt einen enormen Aufwand betreiben müssen, um mit den Krankenhäusern inhaltlich und sachgerecht über den Preis der Innovationen verhandeln zu können. Der MDS und der MDK brauchen hierfür eine gewisse Vorlaufzeit. Die geplante Änderung wird aus diesem Grund durch den GKV-Spitzenverband abgelehnt.

Zusätzlich verlieren die Kliniken den Anreiz, die „normalen“ Budgetverhandlungen zu führen. Mit dem Ende der Konvergenzphase ist sichergestellt, dass das Krankenhaus seine Leistungen zum Landes-Basisfallwert vergütet bekommt. Je später das Krankenhaus die Budgetverhandlungen führt, umso genauer kann das im laufenden Pflegesatzzeitraum zu erbringende DRG-Leistungsvolumen abgeschätzt werden. Dies ermöglicht den



Krankenhäusern, das Leistungsvolumen nahezu punktgenau zu vereinbaren. Es ist folglich zu erwarten, dass in Zukunft die Bedeutung der eigentlichen Budgetverhandlung weiter sinken wird, wenn der Preis durch den Landes-Basisfallwert und die Leistungsmenge durch die bereits erbrachte Leistungsmenge determiniert wird. Hierdurch würde ein für die Ausgabeneentwicklung der Krankenkassen wichtiges Mengenregulativ entfallen.

Generell gilt, dass das Verfahren zur Einführung von Innovationen in den Krankenhausbereich derzeit sachgerecht, aufwandsarm und durch eine im internationalen Vergleich sehr hohe Durchlässigkeit für Innovationen gekennzeichnet ist. Es existieren mehrere Stufen der Berücksichtigung von Innovationen im Krankenhausbereich. Neben der systemimmanenten Berücksichtigung und dem Verfahrensvorgriff des InEK durch Spezialabfragen verhindert das NUB-Verfahren einen nennenswerten „Time-lag“ bei der Einführung von Innovationen in das DRG-System.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Änderungsantrag 10

Zu Nr. 10, Art. 2 Nr. 10 (§ 10 KHEntgG) – Festlegen und Übermittlung von
Verhandlungsdaten, technische Änderungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

1. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 (Landesebene) werden verpflichtet, bei der Vereinbarung des Landes-Basisfallwertes die krankenhausspezifischen Verhandlungsergebnisse (DRG-Budgetvolumen und Summe der effektiven Bewertungsrelationen) zu berücksichtigen.
2. Die Änderung stellt klar, dass die durch Schiedsstellen festgesetzten Landes-Basisfallwerte ggf. um die Tarifveränderungsrate anzupassen sind.
3. Die Änderung modifiziert die Berechnungsvorgaben des Bundes-Basisfallwertes dahingehend, dass die bislang krankenhausspezifisch vereinbarten Ausgabevolumina für die Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit (2010) und des Pflegepersonalstellen-Programms (2012) in die Berechnungen einbezogen werden müssen.

B) Stellungnahme

1. Die Erweiterung der Datenbasis für die Vereinbarung der Landes-Basisfallwerte um die krankenhausspezifische Leistungs- und Ausgabenentwicklung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine sinnvolle Maßnahme. Hierdurch kann zukünftig vermieden werden, dass sich die individuelle Leistungsentwicklung der Krankenhäuser von der Landesvereinbarung entfernt. Dieser Effekt ist aktuell maßgeblich dafür verantwortlich, dass eine gravierende Divergenz zwischen dem Mittelwert der Krankenhaus-Basisfallwerte und den Landes-Basisfallwerten in Höhe von 824 Mio. Euro besteht. Die beabsichtigte Änderung wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt.
2. Der Änderungsvorschlag ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine systemisch korrekte Lösung. Andernfalls ist damit zu rechnen, dass Schiedsstellen keine Entscheidung treffen werden, da ansonsten den Krankenhäusern die Tarifveränderungsrate vorenthalten wird. Dies ist nicht sinnvoll, da hierdurch auch der Verhandlungsprozess auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser nachhaltig gestört wird.

3. Der Änderungsvorschlag ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine
systemisch korrekte Lösung.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 11

Zu Nr. 11, Art. 2 Nr. 10 (§ 10 KHEntgG) – Vereinbarung des Landes-
Basisfallwerts; Obergrenze für die jährliche Absenkung auf den Basisfallwert-
korridor

A) Beabsichtigte Änderung

1. Die bisherige Berücksichtigung der Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen wird auf den Anstieg des Schweregrades ausgeweitet. Zukünftig sind Leistungsveränderungen in Höhe ihres geschätzten Anteils der variablen Kosten im Landes-Basisfallwert zu berücksichtigen.
2. Die Untergrenze des Korridors um den Bundes-Basisfallwert wird auf - 1,25 Prozent festgesetzt.
3. Es wird eine Kappungsgrenze in Höhe von 0,3 Prozent des Basisfallwertes zwecks Begrenzung des Budgetverlusts für Bundesländer eingeführt, die im Rahmen der Bundes-Basisfallwertkonvergenz Budgetanteile abgeben.

B) Stellungnahme

Die mit dem Änderungsantrag verbundene Zielrichtung, den Ausgabenzuwachs im Krankenhausbereich zu begrenzen, wird durch den GKV-Spitzenverband grundsätzlich begrüßt. Ohne wirksame gesetzliche Maßnahmen entfalten sowohl die Finanzierung zusätzlicher Leistungen wie auch die Divergenzproblematik enorme Kostenwirkungen (ca. 1,6 Mrd. Euro). Die Ausgabenwirkung in Bezug auf die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes in Höhe von 15,5 Prozent ist entscheidend für die Bewertung durch den GKV-Spitzenverband. Die gesetzliche Vorgabe, den Gesundheitsfonds im Jahr 2009 Ausgaben deckend einzuführen, ist ohne gesetzliche Maßnahmen nicht gewährleistet, der Fonds unterfinanziert. § 220 Abs. 1 SGB V besagt: „Die Beiträge sind bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 1 so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 decken.“ Die absehbare Unterdeckung des Fonds bereits in seinem Startjahr ist unbedingt zu vermeiden.



1. Zur Vermeidung der nicht beabsichtigten Ausgabensteigerungen ist es notwendig, dass zum einen die Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landes-Basisfallwert dauerhaft auf den variablen Kostenanteil begrenzt wird. Der erste Grund hierfür ist die krankenhausspezifische Produktivitätsentwicklung: Durch den medizinischen Fortschritt können viele Krankheiten wirksamer und vor allen Dingen schneller behandelt werden. Der nach wie vor beeindruckende Verweildauer-rückgang ist sichtbares Zeichen dieser Produktivitätsentwicklung.

Ein zweiter guter Grund für sinkende Produktionskosten ist die Fallzahlmehrerung im Verbund mit Fixkostendegression. Mit steigender Menge sinken die Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen. Nimmt man die im Krankenhausbereich übliche Quote von 35 Prozent variabler Kosten, dann ist beispielsweise eine Fallzahlsteigerung von 100 auf 110 Fälle schon mit einer Erlössteigerung von 100 auf 103,5 finanzierbar. Folgt man dem vernünftigen Grundsatz, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nur so stark steigen zu lassen, wie dies zur Finanzierung der „Produktionskosten“ notwendig ist, so bedarf es einer zur Mengenentwicklung komplementären Absenkung des Basisfallwertes.

Der gemachte Vorschlag in Bezug auf die Finanzierung zusätzlicher Leistungen wird durch den GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt. Die verbindliche Vorgabe eines Anteils der zu finanzierenden variablen Kosten in Höhe von 35 Prozent wäre jedoch sehr hilfreich.

2. Die vorgesehene Anhebung der unteren Korridorgrenze führt zu einer Mehrbelastung der GKV. Die Maßnahme steht somit im Widerspruch zum Ziel, die Ausgaben der Krankenversicherung wirksam zu begrenzen. Der GKV-Spitzenverband lehnt die Anhebung der Korridorgrenze ab.
3. Die beabsichtigte Kappungsgrenze für Bundesländer, die mehr als 0,3 Prozentpunkte ihres Basisfallwertes abgeben müssen, wird durch den GKV-Spitzenverband kritisch gesehen. Die Bundeskonvergenz wird weiter asymmetrisch gestaltet, die Ausgabenneutralität für die GKV ist nicht gewährleistet.



C) Änderungsvorschlag

1. Die durchschnittliche Höhe der variablen Kosten ist verbindlich festzu-
legen.
2. Die geplanten Änderungen sind zu streichen.
3. Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Änderungsanträge 12, 13, 20

Zu Nr. 12, 13, 20, Art. 2 Nr. 15 a – neu, Art. 2 Nr. 15 b – neu, Art. 3 Nr. 5 –
neu (§§ 18, 19 KHEntgG und § 121 SGB V) – Folgeänderung zur Vergütungs-
regelung für Belegärzte (Nr. 20), Weitere Folgeänderung zur Vergütungsre-
gelung für Belegärzte (Nr. 20), Vergütungsregelung für Belegärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einführung einer Wahloption für Belegabteilungen, den Vertragsarzt ent-
weder als Belegarzt oder über einen Honorarvertrag zu vergüten. Kran-
kenhäuser sollen bei Beauftragung von Honorarärzten die Möglichkeit be-
kommen, anstelle der speziellen Entgelte für Belegabteilungen diejenigen
der Hauptabteilung abzurechnen. In Bezug auf die Abrechnung der
Hauptabteilungsfallpauschalen wird ein Anteil von 80 Prozent vorge-
schrieben.

B) Stellungnahme

Die geplante Änderung ist abzulehnen. Weiterer Vergütungsoptionen im
ambulant-stationären Grenzbereich bedarf es nicht. Die Leistungen der
Belegärzte sind im jetzigen System adäquat vergütet und kalkuliert. Ar-
beiten Honorararzt und Belegkrankenhaus zusammen, so löst die Mög-
lichkeit der Abrechnung der Hauptabteilungs-DRG zu 80 Prozent zwar die
Vergütungsfrage, generiert aber zahlreiche Abgrenzungsprobleme. Das
Belegarztwesen wird deutlich geschwächt. Welchen Vorteil bringt das Be-
legarztwesen gegenüber anderen Versorgungsformen, wenn sich aus der
Versorgung „aus einer Hand“ durch den Belegarzt nicht auch ein Kosten-
vorteil ergibt? Worin besteht dann die gesetzlich vorgeschriebene Förde-
rungswürdigkeit des Belegarztwesens? Keinesfalls kann von einer rein
„systematischen“ Anpassung ausgegangen werden.

Eine Besonderheit des deutschen DRG-Systems stellt das Nebeneinander
von Hauptabteilungs- und Belegabteilungs-DRGs dar. Rund 5 Prozent der
Leistungen werden derzeit bundesweit in Belegabteilungen erbracht. Die
zentrale Besonderheit der belegärztlichen Leistungserbringung ist die
Trennung der Abrechnung belegärztlicher Leistungen gegenüber der



Krankenkasse. Der Belegarzt erhält die Vergütung für seine ärztliche Leistung aus der Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Die Vergütung des Krankenhauses für die nichtärztlichen Leistungen erfolgt nach den Regeln des KHEntG und der Fallpauschalenvereinbarung (DRG-Fallpauschalen).

Die Kalkulation belegärztlicher DRGs war Gegenstand zahlreicher Diskussionen, weil die Fallzahl in der Regel nicht für eine eigenständige Kalkulation von Relativgewichten ausreicht. Dennoch gelang es dem InEK bereits sehr früh, für belegärztliche DRGs mittels eines analytischen Verfahrens erste DRGs zu bewerten und ab 2005 dann auch mit zunehmend verbesserter Datenquantität und -qualität zu kalkulieren. Für 2008 existieren bereits 66 eigenständig kalkulierte belegärztliche DRGs mit einem Volumen von 65 Prozent aller in Deutschland erbrachten belegärztlichen Leistungen. Entgegen der Erwartung der Belegkrankenhäuser liegt die Bewertung der eigenständig kalkulierten DRGs oft deutlich unter den Bewertungen, die sich nach der analytischen Methode ergeben haben. So sind „Bewertungsabschläge“ (Differenz zwischen Haupt- und Beleg-DRG) in der Größenordnung von 40 Prozent ausschließlich bei den kalkulierten Beleg-DRGs zu finden. Der Vergleich der DRG-Kataloge 2005 (in denen die ersten kalkulierten Beleg-DRGs ausgewiesen wurden) bis 2008 gibt einen Überblick über den sich fortsetzenden Trend der steigenden Bewertungsabschläge bei Kalkulation der Beleg-DRG. Diese Unterschiede ergeben sich aufgrund der datenbasierten Kalkulation und sind somit gerechtfertigt. Die Vorgabe eines Abschlags von 80 Prozent wäre grob und weniger sachgerecht.



Differenz der Be- wertungsrelation der Belegabteilung zu der Bewer- tungsrelation der Hauptabteilung		bis	über	über	über	über	Sum- me	Mittelwert (ungewichtet in %)
		10 %	10 % bis 20 %	20 % bis 30 %	30 % bis 40 %	40 % bis 50 %		
Kalkulierte DRGs	2005	0	3	7	5	0	15	26,19
	2006	3	7	25	17	2	54	27,06
	2007	3	8	19	27	7	64	28,40
	2008	3	4	19	33	7	66	31,19
Analytische abgeleitete DRGs	2005	74	443	224	4	0	745	17,20
	2006	188	477	29	4	0	698	15,07
	2007	200	468	39	0	0	707	14,70
	2008	236	558	73	0	0	867	12,70

Quelle: InEK-Präsentationsfolien zu G-DRG v2006 und v2007 und eigene Berechnungen für v2005 und v2008

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die belegärztlichen Leistungen in einem eigenständigen Kapitel 36 des EBM 2008 neu geregelt und bewertet. In einer Empfehlung nach § 86 SGB V wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen außerdem vorgegeben, die Leistungen auf Basis der Werte von 2002 bis 2004 aus der Gesamthonorierung auszugliedern und künftig extrabudgetär mit festem Punktwert zu vergüten. Inwieweit dies zu den erhofften Mehreinnahmen führt, ist eine Frage des Verhandlungsergebnisses der Gesamtvertragspartner auf der Landesebene.

Eine neue Situation für die belegärztliche Vergütung ergibt sich auch durch das zum 01.01.2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). War bislang die gleichzeitige Tätigkeit in niedergelassener Praxis und als Arzt im Krankenhaus auf die besondere Rechtsform des Belegarztes beschränkt, so ist nach der Neufassung des § 20 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte künftig eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus vereinbar. Dies könnte ein schnelles Ende des Belegarztwesens nach sich ziehen und möglicherweise sogar die gegenwärtige Doppelung des deutschen



DRG-Systems obsolet machen ebenso wie der gemachte Änderungsvorschlag. Dies wäre dann der Fall, wenn Belegärzte ihre bisherige Tätigkeit im Rahmen einer privatrechtlichen Vergütungsvereinbarung mit dem Krankenhaus regeln und das Krankenhaus diese Leistung (schwer erkennbar für die Krankenkassen) als Hauptabteilungs-DRG abrechnet. Genau dieses wird mit der beabsichtigten Gesetzesänderung bewirkt.

Bereits diese kurze Darstellung der Zusammenhänge zeigt, dass die derzeit diskutierten Probleme des Belegarztwesens weniger in der DRG-Kalkulation zu suchen sind. Verantwortlich für den wahrscheinlich schnellen Wandel ist der Verlust einer gesetzlichen Privilegierung, die nunmehr als Zeichen einer allgemeinen Liberalisierung auch andere Kooperationsformen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern erlaubt. Das Belegarztwesen würde deutlich geschwächt. Die beabsichtigten Änderungen werden durch den GKV-Spitzenverband abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen der Änderungsanträge 12, 13 und 20 sind zu streichen.

Änderungsantrag 14

Zu Nr. 14, Art. 2 Nr. 16 (§ 21 KHEntgG) – Nutzung der DRG-Daten durch das
Bundeskartellamt

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem Bundeskartellamt wird aus Gründen des Bürokratieabbaus die Mög-
lichkeit eingeräumt, für Zwecke der Fusionskontrolle bei Krankenhäusern
direkte Anfragen an die DRG-Datenstelle zu richten.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die geplante Änderung und hält die
Maßnahme für geeignet, um eine bürokratiearme Prüfung der Fusions-
kontrolle im Krankenhausmarkt zu ermöglichen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 15

Zu Nr. 15, Art. 3 Nr. 1 – neu Eingangsformel Änderung SGB V – Rechtstechni-
sche Folgeänderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Eingangsformel des SGB V wird geändert.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 16

Zu Nr. 16, Art. 3 Nr. 1 – neu (§ 37b SGB V) – Spezialisierte ambulante Pallia-
tivversorgung (SAPV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Beschränkung des Leistungsanspruchs auf die vertraute häusliche Umgebung und auf stationäre Pflegeeinrichtungen soll aufgegeben werden. Der Anspruch auf SAPV soll auf die vertraute „Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ ausgeweitet werden und damit beispielsweise auch in „Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe“ bestehen, wenn und insoweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Nach den Erläuterungen in der Begründung können auch andere Einrichtungen als Häuslichkeit angesehen werden.

B) Stellungnahme

Die SAPV soll die Versorgung der Versicherten in der vertrauten häuslichen Umgebung – bis zum Tod – ermöglichen. Sie ist also als ambulante Leistung ausgestaltet (§ 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Diese explizite Ausrichtung auf den häuslichen Versorgungsbereich wird lediglich für Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 SGB XI durchbrochen, indem § 37b Abs. 2 SGB V einen entsprechenden Leistungsanspruch auch in diesen Einrichtungen einräumt. Sofern eine Ausweitung des Anspruchs auch auf Versicherte in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe für erforderlich gehalten wird, sollte dies eindeutig geregelt werden.

Die vorliegenden Änderungsvorschläge gehen mit den unbestimmten Begriffen „vertraute Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs“ und dem Hinweis in der Begründung, auch andere Einrichtungen könnten als Häuslichkeit angesehen werden, weit über die beabsichtigte Klarstellung hinaus. Sie führen zu weiteren erheblichen Abgrenzungsproblemen. Insbesondere die Bezugnahme auf den „familiären Bereich“ ist als Anknüpfungskriterium für die Definition maßgeblicher Leistungsorte nicht geeig-

net. So könnte hierunter beispielsweise auch der Wohnbereich in einem stationären Hospiz zu subsumieren sein. Für einen Anspruch auf SAPV in einem stationären Hospiz bleibt jedoch zweifelsohne kein Raum, da stationäre Hospize als spezielle stationäre Einrichtungen der Palliativversorgung nach ihrem gesetzlichen Auftrag (vgl. § 39a Abs. 1 SGB V) bereits eine umfassende palliativ-medizinische Behandlung sicherzustellen haben und hierfür neben den Leistungen der Pflegekasse auch einen angemessenen Zuschuss der Krankenkasse erhalten.

C) Änderungsvorschlag

Lediglich in § 37b Abs. 2 SGB V sollten Änderungen erfolgen. § 37b Abs. 2 SGB V sollte folgende Fassung erhalten:

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches sowie in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Einrichtung oder durch Personal der Einrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.



Änderungsantrag 17 und 18

Zu Nr. 17 und 18, Art. 3 Nr. 2 – neu und Art. 3 Nr. 3 neu
(§§ 39 und 43 b SGB V) – Folgeänderung der Änderung bei Krankenhauszu-
zahlungen (Nr. 16) und Ausfallrisiko bei Krankenhauszuzahlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhäuser erhalten die volle Verantwortung für die Einziehung der Krankenhauszuzahlung. Nicht eingezogene Zuzahlungsbeträge können die Krankenkassen von der Rechnung absetzen. Die Krankenkassen zahlen dem Krankenhaus eine Kostenerstattungspauschale je durchgeführtem Verwaltungsverfahren. Die Höhe der Pauschale wird durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV-Spitzenverband vereinbart. Bei erfolglosem Einzugsverfahrens findet keine Verrechnung statt.

B) Stellungnahme

Die Verlagerung der Verantwortung für die Einziehung der Krankenhauszuzahlung auf die Krankenhäuser ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine notwendige Anpassung. Die Krankenhäuser sind bereits heute verpflichtet die Zuzahlungen einzuziehen, in der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass viele Krankenhäuser dieser Verpflichtung nur halbherzig nachkommen. Obwohl sie die Möglichkeit haben die Zuzahlungen effizient einzuziehen. Hierdurch entsteht den Krankenkassen ein finanzieller Schaden in beträchtlicher Höhe. Die Ausfallquote einzelner Krankenkassen – also der Anteil der Zuzahlungen, die auch die Krankenkasse nicht einziehen kann – geht bis zu 10 Prozent.

Der überwiegende Teil der Patienten nimmt neben der allgemeinen Krankenhausleistung auch Zusatzleistungen wie z.B. Telefon oder TV in Anspruch. Auf diesem Wege ist es den Kliniken möglich, gleichzeitig mit der Endabrechnung der Zusatzleistungen auch die Krankenhauszuzahlung einzuziehen. Zudem können die Krankenkassen die offenen Forderungen nur mit großem bürokratischen Aufwand und hohen Kosten einziehen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Verlagerung des Einzugs der Zuzah-



lung durch die Krankenhäuser vor dem Hintergrund der verbesserten An-
reizsituation – analog dem vertragsärztlichen Bereich – ausdrücklich.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 19 und 28

Zu Nr. 19 und 28, Art. 3 Nr. 4 – neu und Art. 5 (§ 120 SGB V und Inkrafttreten) – Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken und Rückwirkendes Inkrafttreten der Vergütungsregelung für Spezialambulanzen in Kinderkliniken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorschlag zur Lösung der Querfinanzierung der Spezialambulanzen der Kinderkliniken aus dem stationären Budget, indem Spezialambulanzen in Kinderkliniken künftig für die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen erhalten sollen. Diese sind gemeinsam und einheitlich mit den Krankenkassen auf Landesebene zu vereinbaren. Die vereinbarten zusätzlichen Pauschalen ergänzen die Vergütung für die Krankenhausträger. Aufgrund der Tatsache, dass die Krankenkassen die ambulanten Leistungen bisher über die stationäre Vergütung teilfinanziert (quersubventioniert) haben, ist eine Budgetbereinigung vorgesehen. Die Regelung soll rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die Diskussion um die Querfinanzierungsproblematik der Spezialambulanzen an Kinderkliniken hat folgenden Hintergrund: Die besagten Ambulanzen sind historisch aus den Erlösen für stationäre Behandlung quersubventioniert worden. Die mit der DRG-Konvergenzphase verbundenen Verteilungswirkungen erlauben diesen Umstand nicht länger. Quersubventionierung ist nicht mehr möglich. Eine weitere, separate Lösung, wie für die Spezialambulanzen in den Kinderkliniken angedacht, geht nicht konform mit dem Wunsch, gleiche Leistungen gleich zu vergüten. Eine generelle Lösung der ambulanten Behandlung am Krankenhaus ist weiteren Einzelfallregelungen vorzuziehen. Dies sieht auch der VUD ähnlich. Die Versorgungsform ist generell sinnvoll (Zentralisierung). Es bedarf unbedingt einer Bereinigungsvorschrift für den stationären Bereich. Diese muss im stationären Bereich den gesamten Umfang der Quersubventionierung berücksichtigen. Auch das KV-Budget muss bei entsprechender Nichtbereitstellung des Versorgungsangebots bereinigt werden. Die Ge-



sellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) geht von einem Ausgabenvolumen von ca. 30 Mio. Euro aus. Eine Budgetbereinigung ist allerdings unbedingt notwendig. Die Wirksamkeit von Budgetbereinigungsregelungen aus dem stationären Sektor ist vor dem Hintergrund der Bereinigungsproblematiken in anderen Bereichen allerdings fraglich.

Derzeit gibt es kaum niedergelassene Ärzte, die diese Versorgung gewährleisten. Der Anteil ermächtigter Ärzte (an den Kliniken) in den relevanten Disziplinen geht bis zu 50 Prozent bzw. in einzelnen Disziplinen (Kinderdiabetologie) sogar bis 100 Prozent

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktbezeichnung (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Schwerpunktbezeichnung

	Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte insge- samt	Ermächtigte Ärztinnen und Ärzte	Anteil der ermächtigten Ärztinnen und Ärzte
Kinderheilkunde ...			
Infektiologie	2	1	50%
Kinderdiabetologie	2	2	100%
Kindergastroenterologie	10	9	90%
Kinderhämatologie	7	6	86%
Kinder-Hämatologie und -Onkologie	38	30	79%
Kinderkardiologie	274	79	29%
Kinder-Lungen- und Bronchialheilkunde	17	7	41%
Kindernephrologie	17	9	53%
Kinderneuropsychiatrie	10		0%
Kinderrheumatologie	3	2	67%
Neonatologie	506	253	50%
Neuropädiatrie	183	96	52%

Die Tabelle wurde am 10.12.2008 09:01 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt. Eigene Berechnungen.

Quelle(n): Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Die ausgewiesenen Werte beziehen sich auf den 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres. Jahr: 2007

Dennoch ist es nicht sinnvoll, einen weiteren separaten Vergütungsbereich für die Spezialambulanzen an Kinderkliniken zu schaffen. Die Abbildung hat im EBM zu erfolgen. Hier wurden zahlreiche Anstrengungen unter-



nommen (Verbesserung der Finanzierung der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin im EBM, Kapitel 4.4 Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin und 4.5 pädiatrische Gebührenordnungspositionen für Leistungen auf Grundlage einer Zusatzweiterbildung. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und/oder Zusatzweiterbildung, soweit diese im Arztfalle im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig sind, können die pädiatrisch- hausärztlichen Versichertenpauschalen aus dem Abschnitt 4.2.1 des EBM mit einem Aufschlag in Höhe von 40 Prozent auf die Punktzahl berechnen). Über diese, erst seit dem 01.01.2008 in Kraft getretenen Regelungen können derzeit noch keinerlei Aussagen getroffen werden.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich für die Abbildung der Leistungen im EBM und gegen die Schaffung eines weiteren, mit zusätzlicher Bürokratie verbundenen Versorgungsbereichs aus.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Änderungsantrag 21 und 24

Zu Nr. 21 und 24, Art. 3 Nr. 6 – neu und Art. 3 Nr. 8 – neu
(§§ 122 und 140 b SGB V) – Sonderregelung für Praxiskliniken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung enthält eine Stärkung der Position der Praxiskliniken, indem diese als eigenständige Vertragspartner positioniert werden. Derzeit sind die Praxiskliniken Regelungsgegenstand der dreiseitigen Verträge nach § 115 SGB V. Zukünftig soll der GKV-Spitzenverband einen Rahmenvertrag über einen Leistungskatalog und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und der Versorgungsabläufe abschließen. Krankenkassen sollen künftig auch mit Praxiskliniken Verträge zur integrierten Versorgung abschließen dürfen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Schaffung einer weiteren Versorgungseinheit im Bereich der stationären Versorgung wird kritisch gesehen. Die derzeitige Versorgungslandschaft weist bereits einen hohen Grad an unterschiedlichen Versorgungsbereichen mit eigenen Budgetregeln, Leistungskatalogen, Qualitätssicherungsvorgaben etc. auf. Die Schaffung weiterer Bereiche wird durch den GKV-Spitzenverband mit Sorge gesehen. Es besteht die Gefahr, dass durch die Zersplitterung der Versorgungsbereiche die bereits erreichte Transparenz in der stationären Versorgung verlorengeht und schlussendlich nicht das Geld der Leistung folgt, sondern die Leistung dem Geld – je nach monetär günstigerem Versorgungsrahmen.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Änderungsantrag 22

Zu Nr. 22, Art. 3 Nr. 7 – neu (§ 125 SGB V) – Schiedsregelung für Vertragspreise im Heilmittelbereich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht die Einführung einer Schiedsregelung für Vertragspreise und für die Anpassung der Vertragspreise im Heilmittelbereich vor. Können sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson einigen, wird diese von der zuständigen Aufsichtsbehörde benannt. Die Kosten sollen die Vertragspartner zu gleichen Teilen tragen.

B) Stellungnahme

Eine Schiedsregelung ist grundsätzlich als massiver Eingriff in die Vertragsautonomie abzulehnen. Zum einen sind die Vertragspreise ohnehin an die Grundlohnsummenentwicklung angebunden. Zum anderen besteht durch die Einführung einer Schiedsmöglichkeit die Gefahr, dass Verhandlungen zukünftig nicht mehr sachgerecht, sondern nur noch im Hinblick auf einen Schiedsspruch geführt werden. Der eigentlich gewünschte Preiswettbewerb wird damit in diesem Bereich geschwächt.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Änderungsantrag 20 a

Zu Nr. 20 a, Art. 3 Nr. 7 a – neu (§ 137 SGB V) – Einheitlichkeit der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die externe Qualitätssicherung im Krankenhaus gilt für alle Patienten einheitlich. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei der Richtlinienerstellung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Festlegung, dass die externe Qualitätssicherung für alle Patienten einheitlich im Krankenhaus gilt. Allerdings gehen die in Satz 3 festgelegten Beteiligungsrechte zu weit. Es ist nicht ersichtlich, warum die genannten Verbände auch bei außerhalb des Krankenhausbereichs liegenden Fragestellungen ein Beteiligungsrecht haben sollten. Diese Regelung wird durch den GKV-Spitzenverband abgelehnt, da hierdurch die Effizienz des Gemeinsamen Bundesausschusses gefährdet wird.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 wird wie folgt geändert:

Die genannten Verbände sind zu den sie betreffenden Fragestellungen anzuhören.

Änderungsantrag 25

Zu Nr. 25, Art. 3 Nr. 8 – neu (§ 275 SGB V) – Erhöhung der Aufwandspauschale für ungerechtfertigte Abrechnungsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes eingeführte Aufwandspauschale bei Einzelfallprüfungen in Höhe von 100 Euro soll auf 300 Euro erhöht werden.

B) Stellungnahme

Der Bereich der Krankenhausbehandlung ist der größte Kostenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit fast 60 Mrd. Euro jährlich wird mehr als ein Drittel der Versichertengelder für Krankenhausbehandlung ausgegeben. Die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst sind ein unverzichtbares Hilfsmittel für die gesetzliche Krankenversicherung, um die Versicherten vor ungerechtfertigten Ausgaben zu schützen, die durch unnötige Krankenhausbehandlung und Falschabrechnung entstehen. Die durch MDK-Prüfungen erreichten, berechtigten Absenkungen der Relativgewichte der Krankenhäuser sind beachtlich. Auch das DRG-System und seine Weiterentwicklung sind auf korrekt kodierte und valide Abrechnungen angewiesen – andernfalls droht eine schleichende Entwertung bestimmter Operations- oder Diagnosecodes durch die inflationäre Verwendung seitens der Krankenhäuser. Auch das InEK weist bereits auf diese Problematik hin.

Die Prüfungen des MDK sind ein unverzichtbares Mittel zur Vermeidung ungerechtfertigter Ausgaben und zum Erhalt der hohen Qualität des Abrechnungssystems. Bei bis zu 20 Prozent der Begutachtungsfälle kommt es zu einer Korrektur oder Ergänzung eines wichtigen Codes ohne Änderung des Rechnungsbetrags und damit auch einem ungerechtfertigten Strafzahlung. Der Anreiz für ein Krankenhaus, korrekt zu kodieren, ist durch die jetzige Regelung bzw. ihre Verschärfung nicht gegeben, sorgt für zusätzliche Bürokratie und wirkt kontraproduktiv. Der GKV-Spitzenverband betont in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit von Einzel-

fallprüfungen und warnt eindringlich vor den negativen Konsequenzen
zunehmend unterlassener Einzelfallprüfungen, die auch durch die geplan-
ten Änderungen im Bereich der Stichprobenprüfung gemäß § 17c KHG der
Nr. 2 Art. 1 Nr. 4 a – neu – nicht vollständig ersetzt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen sind zu streichen.



Änderungsantrag 26

Zu Nr. 26 Art. 3 Nr. 13 – neu (§ 295 SGB V) – Rechtstechnische Umstellung
der Fassung des Regierungsentwurfs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden redaktionelle Umstellungen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Umstellung ohne inhaltliche Ände-
rungen.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 27

Zu Nr. 27, Art. 4 Nr. 2 (§ 6 BPfIV) – Verhandlung von Personalstellen nach der Psych-PV

A) Beabsichtigte Neuregelung

1. Redaktionelle Anpassung, es wird ein Verweis auf den neuen Absatz 4 eingefügt.
2. Die Regelung ermöglicht Krankenhäusern den Personalbedarf nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vollständig auszuschöpfen. Mindestens ist jedoch eine neunzigprozentige Umsetzung zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die verpflichtende Umsetzung der Psych-PV wird durch den GKV-Spitzenverband abgelehnt. Bereits nach geltendem Recht (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPfIV) können die Vertragsparteien auf der Basis der Psych-PV zusätzliche Personalstellen vereinbaren. Dabei darf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V überschritten werden. Die Umsetzung der Psych-PV liegt somit allein in der Verantwortung der Leistungserbringer, zumal auch bisher im Falle einer Nichteinigung die Schiedsstelle entscheidet. Es bedarf folglich keiner Regelung zur Nachverhandlung von Personalstellen.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Änderungsantrag 28

Zu Nr. 28, Art. 4 a – neu – Nrn. 1 und 2 (§§ 2 und 3 der Abgrenzungsverord-
nung) – Änderung von Vorgaben in Folge geänderten Steuerrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Vorgaben der Abgrenzungsverordnung an inzwischen ver-
änderte steuerrechtliche Bilanzierungsvorgaben

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen veränderter steuerrechtlicher Bilan-
zierungsvorgaben.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag



Änderungsantrag 29

Zu Nr. 29, Art. 4 b – neu – Nrn. 1 und 2 (§§ 3 und 4 der Krankenhausstatis-
tikverordnung) – Ergänzungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstatis-
tik-Verordnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Weiterentwicklung der amtlichen Krankenhausstatistik.

B) Stellungnahme

Die durch die geplanten Änderungen geschaffene Transparenz wird be-
grüßt.

C) Änderungsvorschlag

kein Änderungsvorschlag

