

Berlin, 29.08.2008

Stellungnahme des BDPK zum Referentenentwurf für ein Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

(Krankenhaufinanzierungsrahmengesetz- KHRG) vom 22.08.2008

Wir begrüßen die Ansätze des Referentenentwurf zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009. Es ist zu anzuerkennen, dass das BMG mit dem Referentenentwurf in der problematischen Diskussion zur Krankenhausfinanzierung zwischen den Bundesländern und dem Bund trotzdem einige Möglichkeiten aufgreift, die geeignet sind, den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und schließlich auch im gesamten Gesundheitswesen intensivieren. Aus Sicht des BDPK sind allerdings einige Änderungen und Nachsteuerungen in diesem Gesetzesentwurf zu berücksichtigen, um rationale und gewollte Effekte des Wettbewerbs auf ein leistungsfähiges Gesundheitswesen zu erreichen.

Hierzu gehören aus unserer Sicht folgende Bereiche:

- Schaffung eines **fair ausgestalteten Wettbewerbsrahmens zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen** durch die Anwendbarkeit des Wettbewerbsrechtes,
- Fokussierung aller Regelungen auf **Leistungen** und nicht auf die institutionelle Trägerschaft der Leistungserbringer,
- **Anpassung des Steuerrechtes** an die Perspektiven und Entwicklungen der Leistungserbringung in Krankenhäusern z.B. durch neue Versorgungsformen als hinsichtlich der Einführung der monistischen Investitionskostenfinanzierung,

- **Verbot** von unter den Leistungserbringern asymmetrisch ausgestalteten **Subventionen und Beihilfen**,
- sofortige Rücknahme aller sachfremden finanziellen Belastungen der **Krankenhäuser und der Rehabilitationskliniken** durch gesetzgeberische Entscheidungen. Dazugehören insbesondere die Rücknahme und der vollständiger Ausgleich des Sanierungsbeitrages, die Streichung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung und **auch für die Rehabilitationskliniken** die Streichung der restriktiven Grundlohnsummenbindung.

I. Reform der öffentlichen Förderung von Investitionskosten der Krankenhäuser

Der BDPK begrüßt die Initiative eine monistische Krankenhausfinanzierung einzuführen, weil sie den Einstieg in ein wettbewerblich gesteuertes Krankenhauswesen ermöglicht. Die im Referentenentwurf angedachten Investitionspauschalen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Der Umstieg auf eine monistische Finanzierung muss allerdings folgenden Erfordernissen gerecht werden:

- Gewährleistung einer **auskömmlichen** Investitionskostenfinanzierung, was eine deutliche Anhebung der heutigen Investitionsquote bedeutet,
- Einbeziehung auch der Krankenhäuser **mit Versorgungsvertrag** in die Investitionskostenfinanzierung,
- **gleichberechtigte** Investitionskostenförderung der Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft,
- Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung nur **zusammen mit einer gerechten Übergangslösung.** Der BDPK hat in Zusammenarbeit mit dem RWI Essen bereits im Juni 2007 einen konkreten Vorschlag zum Umstieg

in die monistische Krankenhausfinanzierung, der die Belange der Länder und deren Kompetenzen weitgehend berücksichtigt und unangetastet lässt unterbreitet (vgl. Modell 21 – Modell einer regionalen monistischen Finanzierung – **Anlage 1**).

In diesem Zusammenhang möchten wir auf folgende Problemstellungen hinweisen:

1. § 8 HKG Grundsätze der Investitionsfinanzierung :

Die hier verankerten Vorschriften beziehen sich gem. Abs. 1 ausschließlich auf Krankenhäuser, die auch in den Krankenhausplan aufgenommen sind. Hierdurch entsteht zum einen ein nicht ausgleichender Wettbewerbsnachteil für diese sogenannten Vertragskrankenhäuser, die aus verschiedenen Gründen nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden können. Dies betrifft eine Vielzahl von wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Kliniken in allen Trägergruppen.

2. § 9a KHG Investitionspauschalen

Leistungsbezogene Investitionen sollen zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen auch für fall- und tagesbezogene Entgelte nach § 6 KHG gezahlt werden. Aus unserer Sicht ist die praktische Umsetzung problematisch und daher konkretisierungsbedürftig. Krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 KHEntgG werden nicht durch das InEK kalkuliert sondern durch die Vertragsparteien vor Ort vereinbart. In diesem Fall muss sichergestellt werden, dass Investitionspauschalen sachgerecht ermittelt werden. Eine gesetzliche Regelung wäre hilfreich, um Auslegungsprobleme vor Ort zu vermeiden. Vorstellbar wäre, dass z. B. bei tagesbezogenen Entgelten individuell vereinbarte Investitionsanteile dieser Entgelte durch den landesweiten „Investitions-Basisfallpreise“ dividiert werden, um einen „Case-Mix-Anteil“ je Tag zu ermitteln.

3. Steuerrechtliche Behandlung von Investitionspauschalen als DRG-Zuschläge:

Für den Fall, dass die Zuschläge als Teil der Fallpauschalen und somit nicht als öffentlicher Zuschuss ausgezahlt werden, sind zwischen den unterschiedlichen Organisationsformen der Krankenhausträger (gemeinnützige, gewerbliche, öffentlich-rechtliche) erhebliche ertragsteuerliche Unterschiede festzustellen, dies zwingend zu vermeiden gilt.

Die gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger, die die Voraussetzungen der §§ 51 ff. AO erfüllen und mit dem Krankenhaus einen Zweckbetrieb i.S.v. § 67 AO begründen, können die Fallpauschalen gem. § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG, § 3 Nr. 6 bzw. Nr. 20 GewStG ertragsteuerfrei vereinnahmen. Bei gewerblichen Krankenhausträgern ist das ertragsteuerliche Privileg der Steuerbefreiung grundsätzlich nicht gegeben, so dass insoweit für Körperschaftsteuerzwecke von einer Steuerpflicht auszugehen ist. Daneben ist für gewerbliche Krankenhausträger eine Gewerbesteuerpflicht nur dann einschlägig, soweit nicht die Voraussetzungen gem. § 3 Nr. 20 GewStG erfüllt werden.

Bei der Einführung von Investitionspauschalen muss sichergestellt werden, dass Rücklagen für Investitionen für alle Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft steuerfrei gestellt werden.

II. Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in Deutschland sind von enormen Kostensteigerungen betroffen. Die Kosten für Personal, Energie und Lebensmittel sind in den vergangenen Jahren überproportional gestiegen. Dazu kommt, dass sich die Krankenhäuser nach der Einführung der DRG in einer erheblichen Umbruch- und Wettbewerbssituation untereinander befinden. Unverändert hoch zeigt sich zudem die Schwere des medizinischen Behandlungsbedarfs der Patienten. Die Fördermittel der Länder, die Krankenhäuser für notwendige Investitionen benötigen, gehen immer weiter zurück, so dass die Krankenhäuser hieraus schon seit Jahren nicht mehr in notwendigem Maße in effiziente und für die Behandlung der Patienten notwendige Infrastruktur investieren können. Zusätzlich trifft der Gesetzgeber Entscheidungen, die die wirtschaftliche Misere des gesamten Kliniksektors verschärfen. Zu nennen sind hier beispielhaft die Mehrwertsteuererhöhung zum 1.1.2007, die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung und der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser für die Krankenkassen.

Die zentrale Forderung des BDPK ist daher, die finanzielle Situation für alle Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Trägerschaft zu entschärfen und die willkürlichen Entscheidungen zulasten des Krankensektors zurückzunehmen.

Wir begrüßen daher folgende in diesem Zusammenhang vom BMG vorgesehenen Maßnahmen:

- die sofortige Beendigung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung
- die sofortige Beendigung des Sanierungsbeitrags der Krankenhäuser die Krankenkassen (Rechnungskürzung um 0,5 % - § 8 Abs. 9 KHEntgG) fordern jedoch an dieser Stelle ausdrücklich auch die Halbierung der Mindererlösausgleiche zurückzunehmen (§ 4 Abs. 3 KHEntgG)

- die Aufhebung der Anbindung der gesetzlich verankerten Preisentwicklung an die Entwicklung der Grundlohnsumme für Krankenhäuser und statt dessen Einführung eines Orientierungswertes, der die Kostenstrukturen- und Entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt (§ 10 Abs. 6 KHEntgG); dieser Orientierungswert müsste jedoch gleichermaßen für Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V gelten
- die Ermöglichung der Finanzierung der Tarifierhöhungen 2008 und 2009 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG), die jedoch nicht nur anteilig sondern vollständig erfolgen muss
- die Einführung eines Sonderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals (§ 4 Abs. 10 KHEntgG), müssen aber auch hier kritisch anmerken, dass aus unserer Sicht eine derart bürokratische und an viele Voraussetzungen anknüpfende Finanzierungsregelung für Kliniken hohe Hürden bei der praktischen Umsetzung bildet und daher nicht zielführend ist

III. Anpassung der Krankenhausfinanzierung nach Ablauf der Konvergenzphase

1. § 4 Abs. 7 KHEntgG Konvergenzphase für besondere Einrichtungen:

Die Anwendung der Regelung des §4 Abs. 7. KHEntgG sollte nicht ausschließlich auf besondere Einrichtungen begrenzt werden. bei besonderen Einrichtungen. Die in dieser Rechtsvorschrift gefassten Vorschriften sind vom Ansatz her völlig korrekt. Sollten aber nicht lediglich auf Besondere Einrichtungen beschränkt werden. Vielmehr sollte eine gleich lautende Regelung geschaffen werden, die vorsieht, dass auch Entgelte, die in einer Vorperiode krankenhausesindividuell gem. §6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart wurden und im Vereinbarungszeitraum als DRG-Entgelte ausgewiesen werden, ebenfalls schrittweise angepasst werden. Die Begründung zum Referentenentwurf, dass hierdurch eine „starke und plötzliche Anpassung des Erlösanteiles an das landeseinheitliche Preisniveau“ (in der Regel Absenkung) vermieden werden soll, trifft im selben Maße auch auf die Entgelte nach §6 Abs. 1 KHEntgG zu. Insbesondere dann, wenn ein Großteil des Gesamtbudgets eines Krankenhauses ausschließlich aus einer oder wenigen Leistungen, die nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart wurden, besteht.

2. § 4 Abs. 2 KHEntgG Erlöse für Überlieger

§ 4 Abs. 2 regelt, dass Erlöse für Überlieger am Jahresanfang in das Budget des Vereinbarungszeitraums eingerechnet werden. Eine Konkretisierung der Bewertung dieser Überlieger erfolgt jedoch nicht (z. B. Bewertung gem. Katalog der Aufnahme x Basisfallpreis der am Tag der Aufnahme des Patienten gültig war). Im Abschnitt „B 2“ ist für Erlöse der Jahresüberlieger ebenfalls kein Feld zur expliziten Ausweisung vorgesehen. Zur Vermeidung von Missverständnissen und Auslegungen sollten unseres Erachtens auch hier feste Vorgaben gemacht werden.

IV. Vergütung der neurologischen Frührehabilitation im Krankenhaus

Aufgrund der historisch gewachsenen Strukturen und unterschiedlichen leistungsrechtlichen Definition und Zuordnung der neurologischen Frührehabilitation zur Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung in den einzelnen Bundesländern ist es und wird es auch zukünftig schwierig sein, eine adäquate bundeseinheitliche Vergütungsregelung im DRG-Fallpauschalensystem zu finden. Deshalb schlagen wir vor, für die Vergütung der neurologischen Frühreha im Krankenhaus ein differenziertes tagesbezogenes pauschaliertes Entgeltsystem einzuführen. Analog der Regelung für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen im neuen § 17d KHG des Referentenentwurfs zum KHRG könnte ein entsprechender Auftrag an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auch für die neurologische Frühreha erteilt werden. Wir verweisen an dieser Stelle auf unsere Ausführungen in **Anlage 2** zu unsrer Stellungnahme.

V. Vergütung belegärztlicher Leistungen

Das Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1.1.2007 hat zu einer Verschärfung der Rahmenbedingungen für die Erbringung belegärztlicher Leistungen geführt, da nunmehr ein gravierender Wettbewerbsnachteil der Belegabteilungen und -krankenhäuser gegenüber Hauptabteilungen hinzugekommen ist. Auf die schwierige Situation der Belegkrankenhäuser und Belegabteilungen haben wir bereits mehrfach hingewiesen und Vorschläge für eine Neuregelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen gemacht. Nach wie vor halten wir die komplette Überführung der belegärztlichen Vergütung ins DRG-System in Anlehnung an die Koalitionsvereinbarung vom November 2005 für erforderlich. Obwohl diese Forderung unmittelbar auf den Absprachen der Regierungskoalition im Koalitionsvertrag vom November 2005 basiert, ist bislang eine entsprechende gesetzliche Umsetzung nicht erfolgt und erscheint derzeit auch politisch nicht durchsetzungsfähig. Um die Benachteiligung der belegärztlichen Abteilungen und Belegkrankenhäuser gegenüber Hauptabteilungen aufgrund der Anwendbarkeit des VÄndG aufzuheben, müssen Belegkliniken und Belegabteilungen die Chance erhalten, die Möglichkeiten des VÄndG auszuschöpfen und insoweit den Hauptabteilungen gleichgestellt werden. Zu konkreten Vorschlägen entsprechende gesetzliche Änderungen verweisen wir auf **Anlage 3** zu dieser Stellungnahme.