

**Unterrichtung**  
durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der  
Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009  
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)  
– Drucksache 16/10807 –**

**Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates**

Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) wird die finanzielle Lage der Kliniken und die Situation des Pflegepersonals entscheidend verbessert. Die Bundesregierung ist bei der Verabschiedung des Gesetzentwurfs davon ausgegangen, dass den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2008 auf der Basis des geltenden Rechts Mehrausgaben von ca. 1 Mrd. Euro und durch die Maßnahmen des Gesetzes Mehrausgaben in einer Größenordnung von ca. 2 Mrd. Euro entstehen. Vor diesem Hintergrund wurde bei den Beratungen des Schätzerkreises, dessen Ergebnisse der "Verordnung zur Festsetzung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung" zugrundelagen, davon ausgegangen, dass im Bereich der Krankenhausversorgung auch unter Berücksichtigung von zusätzlichen Mengenentwicklungen Mehrausgaben von maximal 3,5 Mrd. Euro entstehen. Eine entsprechende Begrenzung der Mehrausgaben ist zur Sicherung einer gesetzlich vorgesehenen hundertprozentigen Deckung der voraussichtlichen Ausgaben durch die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds erforderlich. Deshalb geht die Bundesregierung davon aus, dass diese Begrenzung der Mehrausgaben durch geeignete Maßnahmen im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sichergestellt wird. Weitere erhebliche Mehrausgaben der Krankenkassen, die mit den vom Bundesrat verabschiedeten und im folgenden im einzelnen bewerteten Änderungsanträgen zum Teil verbunden wären, kommen deshalb aus der Sicht der Bundesregierung nicht in Betracht.

**Zu Nummer 1** – Artikel 1 Nr. 1 (§ 10 Abs. 2 Satz 1 und 6 KHG):

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Die zu Buchstabe a vorgeschlagene Änderung wäre mit dem erforderlichen eigenständigen Kalkulationsprozess der Selbstverwaltungspartner nicht zu vereinbaren. Eine Abstimmung mit den Ländern bei den ausschließlich technischen Kalkulationsarbeiten der Selbstverwaltung auf Bundesebene gemäß § 10 Abs. 2 KHG – neu – wäre auch sachlich nicht erforderlich. Zudem würde ein aufwändiger Abstimmungsprozess mit den Ländern einer zeitgerechten Auftragserfüllung durch die Selbstverwaltungspartner entgegen stehen.

Die zu Buchstabe b vorgeschlagene Änderung ist nicht erforderlich. Die Länder haben bereits im Rahmen ihrer Zusammenarbeit mit dem Bund nach § 10 Abs. 1 Satz 2 und Satz 4 KHG die Möglichkeit, eine

inhaltliche Abstimmung zu einer bei Scheitern der Selbstverwaltung nach § 10 Abs. 2 KHG erforderlichen Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit herbeizuführen. Soweit dies die voraussichtliche Komplexität des Kalkulationsprozesses und die Kalkulationsergebnisse des DRG-Institutes zulassen, können dabei Länderinteressen Berücksichtigung finden. Der zusätzlichen gesetzlichen Verankerung einer ausdrücklichen Absprache mit den Ländern bei der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf es daher nicht.

**Zu Nummer 2** – Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe e (§ 10 Abs. 6 KHEntgG):

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Zielsetzung der Entwicklung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser ist es, Kostenstrukturen und -entwicklungen zukünftig bei der Fortentwicklung des Preisniveaus für akutstationäre Krankenhausleistungen (Landesbasisfallwerte) besser berücksichtigen zu können. Bislang kommt als Obergrenze für die Preisentwicklung nur die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassenmitglieder zur Anwendung. Die geforderte unverzügliche und vollständige Bindung der Preisentwicklung im Krankenhausbereich an die Entwicklung der Krankenhauskosten wäre angesichts der resultierenden zusätzlichen finanziellen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung nicht verantwortbar. Bei einer ungekürzten Anwendung würden Fehlanreize entstehen, die einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung entgegenwirken. Zudem ist der Orientierungswert vor seiner Anwendung erst noch durch das Statistische Bundesamt zu entwickeln.

**Zu Nummer 3** – Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i (§ 10 Abs. 8 Satz 4a – neu – KHEntgG):

Dem Antrag wird grundsätzlich zugestimmt. Allerdings muss die entsprechende Änderung bei der Berechnung des einheitlichen Basisfallwerts (Absatz 9) durchgeführt werden. Bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts sind die in Rede stehenden Beträge bereits enthalten (Abs. 8 Satz 4).

**Zu Nummer 4** – Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i (§ 10 Abs. 9 Satz 1, 2, 3 und 4 KHEntgG):

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Der Gesetzentwurf beauftragt das neutrale DRG-Institut mit einer rein rechentechnischen Ermittlung eines einheitlichen Basisfallwerts und eines einheitlichen Basisfallwertkorridors auf der Grundlage der in den Ländern getroffenen Vereinbarungen und der übermittelten Vereinbarungswerte sowie unter Anwendung der Rechenvorgaben des Absatzes 9. Einer darüber hinausgehenden Abstimmung bedarf es nicht.

Die gewünschte Änderung würde zudem eine Einflussnahme der Länder auf Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene herstellen, die es im Krankenhausfinanzierungsrecht so bisher nicht gibt. Der Antrag geht damit deutlich über die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz vom 2./3. Juli 2008 hinaus, die die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur kurzfristigen Analyse der Landesbasisfallwerte vorsieht. Zu einer entsprechenden Arbeitsgruppe hatte das Bundesministerium für Gesundheit bereits für den 24. September 2008 eingeladen.

**Zu Nummer 5** – Artikel 3 Nr. 1, 2 und 3 (§ 37b Abs. 1 Satz 3, § 137 Abs. 3 Satz 3 und § 295 Abs. 1b Satz 1 und 3 SGB V):

Der Antrag zu Artikel 3 Nr. 1 (Änderung des § 37b Abs. 1 Satz 3 SGB V) wird geprüft.

Dem Antrag zu Artikel 3 Nr. 2 (Änderung des § 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V) kann nicht entsprochen werden.

Die vorgeschlagene Änderung ist weder aus fachlichen noch aus rechtlichen Gründen erforderlich. Die bestehende Regelung lässt ausreichend Spielraum, so dass die landesspezifische und regionale Versorgungssituation berücksichtigt werden kann. Die Länder können im Einzelfall die Mindestmengenregelung nicht anwenden, wenn die Versorgung der Bevölkerung mit der entsprechenden Leistung ansonsten nicht gewährleistet ist. Gleichzeitig sichert die bestehende Regelung aber, dass soweit wie möglich ein bundesweit einheitlicher Qualitätsstandard angewandt wird. Dadurch kommt es für dieselbe Leistung nicht zu regionalen Qualitätsunterschieden.

Auch bestehen keine rechtlichen Gründe für eine Gesetzesänderung. Die Ausnahmen zur bundesrechtlichen Mindestmengenregelung werden nicht erst durch Landesrecht erlaubt. Vielmehr erlaubt das Bundesrecht durch die Regelung in § 137 Abs.3 Satz 3 SGB V selbst die Abweichungen. Die Länder führen daher durch ihre Behörden Bundesrecht gemäß Art. 83 GG aus. Eine Rechtsverordnung zur Begrenzung der Mindestmengenregelung ist daher nicht erforderlich.

Ziel der bestehenden Ausnahmeregelung ist, dass die bundesrechtlichen Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nur im Einzelfall und nach Prüfung der konkreten lokalen Versorgungslage eingeschränkt werden können. Sofern die Landesbehörde generell einen Katalog für Leistungen bestimmen kann, bei denen die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung möglicherweise gefährdet sein "könnte", handelt es sich lediglich um eine verwaltungsinterne Maßnahme, welche die Einzelfallentscheidung vorbereitet. Die bestehende Vorschrift des § 137 Abs. 3 Satz 3 SGB V enthält daher nicht wie behauptet zwei Tatbestände, die Ausnahmen von der Mindestmengenregelung erlauben.

Im Hinblick auf den lediglich redaktionellen Antrag zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 295 Abs. 1b Satz 1 und 3 SGB V) besteht inhaltlich kein Unterschied zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung.

**Zu Nummer 6** – Artikel 4 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe bbb (§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPflV)

Dem Antrag kann nicht entsprochen werden.

Aus verschiedenen Gründen sind bei etlichen psychiatrischen Einrichtungen in der Vergangenheit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) nicht vollständig umgesetzt worden, beispielsweise weil der Krankenhausträger seine Ansprüche in den Budgetverhandlungen nicht durchgesetzt hat oder weil Personalstellen in Folge von Budgetbegrenzungen nicht mehr besetzt wurden. Die vorgesehene Änderung verpflichtet deshalb die Vertragsparteien grundsätzlich, bei psychiatrischen Einrichtungen mit besonders niedrigem Personalbestand diesen auf 90 Prozent der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung anzuheben.

Die in dem Antrag geforderte generelle Anhebung auf eine Umsetzung zu 100 Prozent lässt die offenbar unterschiedlichen Gründe für eine bisher unterschiedliche Umsetzungsquote sowie das erforderliche Eigeninteresse des Krankenhausträgers außer Acht. Sie würde darüber hinaus zu zusätzlichen jährlichen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rd. 120 Mio. Euro führen.

Der sich bei Leistungsausweitungen nach der Psych-PV ergebende Anspruch auf zusätzliche Stellen und deren umfassende Finanzierung im Rahmen der jährlich prospektiv zu führenden Pflegesatzverhandlungen bleibt hiervon unberührt.