

Stellungnahme

des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)

Der Bundesrat hat in seiner 850. Sitzung am 7. November 2008 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 10 Abs. 2 Satz 1 und 6 KHG)

In Artikel 1 Nr. 1 ist § 10 Abs. 2 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind nach dem Wort "vereinbaren" die Wörter "in Abstimmung mit den Ländern" einzufügen.
- b) In Satz 6 sind nach dem Wort "entsprechend" die Wörter "; vor einer Ersatzvornahme nach § 17b Abs. 7 wird sich das Bundesministerium für Gesundheit mit den Ländern absprechen" einzufügen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der Bundesrat hat in seiner Entschließung zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser vom 19. September 2008, vgl. BR-Drucksache 442/08 (Beschluss), in Ziffer 1 bis 5 die meisten der im Referentenentwurf des

KHRG enthaltenen Neuregelungen begrüßt und eine Regelung für den Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung vorgeschlagen. Dieser Regelungsvorschlag ist im Gesetzentwurf des KHRG der Bundesregierung nicht vollständig umgesetzt. § 10 Abs. 2 KHG ist deshalb entsprechend zu ergänzen, damit die notwendige Beteiligung der Länder auch in diesem Verfahren gewährleistet ist.

Die Einzelheiten des Verfahrens zur Entwicklung von Investitionspauschalen, insbesondere Grundsätze und Kriterien sowie Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene, legen nach § 10 Abs. 1 Satz 4 KHG die Länder und der Bund in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe fest. Die Beteiligung der Länder ist deshalb unverzichtbar, weil die Länder über langjährige Erfahrungen in der Investitionskostenförderung verfügen und die neuen Investitionspauschalen, soweit sie sich nach § 10 Abs. 1 Satz 5 KHG dafür entscheiden, zu zahlen haben.

Aus denselben Gründen muss die Abstimmung mit den Ländern auch in § 10 Abs. 2 Satz 1 KHG verankert werden, weil die Beteiligung der Länder auch bei der Entwicklung und Festlegung von Investitionsbewertungsrelationen - anders als bei den DRGs - unverzichtbar ist. Dies gilt für die Grundstrukturen der Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, für die Abbildung des Investitionsbedarfs und den Differenzierungsgrad sowie für die Entwicklung und Kalkulation bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen.

Zu Buchstabe b:

Auch das in der Entschließung des Bundesrates vorgeschlagene Verfahren, nach dem sich das Bundesministerium für Gesundheit mit den Ländern vor den in entsprechender Anwendung des § 17b Abs. 7 KHG vorgesehenen Ersatzvornahmen absprechen wird, ist im Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht umgesetzt und deshalb in § 10 Abs. 2 Satz 6 KHG zu ergänzen. Soweit in § 10 Abs. 2 Satz 6 KHG für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit § 17b Abs. 7a KHG entsprechend gilt, ist ohnehin die Zustimmung des Bundesrates erforderlich.

2. Zu Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe e (§ 10 Abs. 6 KHEntgG)

Der Bundesrat begrüßt die Ablösung der Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch einen Orientierungswert für Krankenhäuser. Die bisherige Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate hat zu einer Unterfinanzierung der Kostenstrukturen und Kostenentwicklungen im Krankenhaus geführt. Dies bestätigen die notwendig gewordene anteilige Nachfinanzierung von Tarifierhöhungen in Absatz 5 und das Sonderprogramm in § 4 Abs. 10 zur Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal, das dem seit längerem anhaltenden Stellenabbau entgegenwirken soll.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann den kostenorientierten Orientierungswert allerdings ohne Zustimmung des Bundesrates und nach eigenem Ermessen kürzen oder später in Kraft setzen. Damit scheint das Ziel gefährdet, die in der Vergangenheit aufgetretene Unterfinanzierung der Krankenhäuser in Zukunft zu vermeiden. Anzustreben ist daher die ungekürzte und unverzügliche Anwendung des Orientierungswerts. Eine Kürzung kann sich allenfalls aus Zweifeln an den Berechnungsgrundlagen oder der Berechnungssystematik ergeben.

3. Zu Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i (§ 10 Abs. 8 Satz 4a - neu - KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i ist in § 10 Abs. 8 nach Satz 4 folgender Satz einzufügen:

"Das Rechenergebnis ist im Jahr 2010 um den Betrag nach Absatz 11 Satz 2 und im Jahr 2012 um den Betrag nach Absatz 12 zu erhöhen."

Begründung:

Da der Korridor für das Jahr 2010 den Zuschlag für das Programm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nicht enthält (dies gilt im Jahr 2012 auch für das Pflegehilfsprogramm), würde die Anwendung der Rechenregel diese Beträge in allen Ländern abschneiden, die etwa 1,4 Prozent unter dem oberen Korridorwert oder über dem oberen Korridorwert liegen. Diese abgeschnittenen Beträge würden in der Folge auch in der Ermittlung des bundesweiten Basisfallwertes für 2011 fehlen.

Ohne die Anpassung des Absatzes 8 würde somit in der Mehrzahl der Länder die Finanzierung des Programms zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und die Finanzierung des Pflegehilfsprogramms nicht erfolgen können. Das entspricht aber nicht dem Sinn und Zweck der Regelung.

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

In Artikel 2 Nr. 10 Buchstabe i ist § 10 Abs. 9 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

"Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor in Abstimmung mit den Ländern zu berechnen."

b) Die Sätze 2 bis 4 sind zu streichen.

Begründung:

Eine Beteiligung der Länder an der Festlegung des Berechnungsverfahrens zum Bundesbasisfallwert ist unumgänglich. Die geforderte Formulierung war Ergebnis der Bund-Länder-Gespräche auf Ministerebene um den 18. September 2008, wurde aber bislang nicht im Gesetzentwurf berücksichtigt.

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

Artikel 3 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 37b Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter "in der vertrauten häuslichen Umgebung" durch die Wörter "in der vertrauten Umgebung des häuslichen und familiären Bereichs, in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe" ersetzt.
2. § 137 Abs. 3 Satz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Wörter "Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann" werden durch die Wörter "Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung" ersetzt.
 - b) Nach der Angabe "Nr. 2" wird das Wort "zu" eingefügt.
 - c) Nach dem Semikolon werden die Wörter "die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen;" eingefügt.

d) Das Wort "sie" wird durch die Wörter "die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde" ersetzt.

3. § 295 Abs. 1b wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 ... <entspricht dem Gesetzentwurf>

b) Folgender Satz wird angefügt: ... <entspricht dem Gesetzentwurf>.'

Begründung:

Zu Nummer 1:

Es bedarf einer ergänzenden Regelung, dass der Anspruch der Versicherten nicht nur auf die vertraute häusliche Umgebung begrenzt ist, sondern entsprechend den Regelungen zur häuslichen Krankenpflege ein Anspruch auch innerhalb der Familie besteht. Neue Wohnformen sollen gegenüber konventionellen Haushalten nicht benachteiligt werden (vgl. insoweit amtliche Begründung zu § 37 Abs. 1 SGB V i. d. F. des GKV-WSG). Auch wird den Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen im Sinne des § 2a SGB V Rechnung getragen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) oder der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) leben und dort ihre vertraute Umgebung haben. Ziel ist es, die flächendeckende, spezialisierte palliativmedizinische Versorgung außerhalb von Krankenhäusern zu verbessern.

Die Auswirkungen auf die Kosten sind nicht verifizierbar. Da insbesondere bei Versicherten, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) oder der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) ihre vertraute Umgebung gefunden haben, diese nicht aufgeben müssen, werden kostenintensive stationäre Hospizleistungen und Krankenhausbehandlungen vermieden. Mögliche geringe Mehrkosten hätten für die Krankenkassen nur marginale Bedeutung.

Zu Nummer 2:

Die bestehende Vorschrift enthält zwei Tatbestände: Die Regelung von Ausnahmen zu dem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Katalog planbarer Leistungen (Mindestmengenvereinbarung) in abstrakt-genereller Form sowie die Einzelfallentscheidung auf Antrag des Krankenhauses. Die Änderung präzisiert die Vorschrift bei dem einen Tatbestand, der abstrakt-generellen Regelung. Hier sorgt die Änderung, indem sie die Rechtsverordnung zum Handlungsinstrument bestimmt, für Rechtssicherheit. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Mindestmengen bilden untergesetzliche Normen. Mit Rücksicht auf diese Rechtsqualität der Richtlinien bedürfen Regelungen in den Ländern, die Abweichungen von den Mindestmengen festlegen, der Form einer Rechtsverordnung und reichen Verwaltungsvorschriften nicht aus. Weiter schafft die Änderung eine Ermächtigungsnorm, die dem Artikel 80 Abs. 1 Satz 1 des Grundgesetzes Rechnung trägt, wonach Ermächtigungsadressaten die Landesregierungen und nicht einzelne Landesbehörden sein können. Schließlich vereinfacht die Änderung das Verfahren. Sie gestattet es den Landesregierungen, die Befugnis im Wege der Subdelegation auf eine oberste Landesbehörde zu übertragen. Dies macht landesgesetzliche Regelungen entbehrlich.

6. Zu Artikel 4 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe bbb

(§ 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 BPfIV)

In Artikel 4 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb Dreifachbuchstabe bbb sind in § 6 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 die Wörter "zu 90 Prozent" durch die Wörter "zu 100 Prozent" zu ersetzen.

Begründung:

Bei der Festsetzung bzw. Berechnung tagesgleicher Pauschalen zur Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausleistungen ist von einer Umsetzung zu 100 Prozent der Personalstellen nach der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) auszugehen. Nur so ist gewährleistet, dass die qualitative Absicherung der psychiatrischen Versorgung erfolgt. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Evaluation der PsychPV im Jahre 2005 hat ergeben, dass die Vorgaben der PsychPV in den

psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken im Durchschnitt nur noch zu 90 Prozent erfüllt werden. Seitdem dürfte sich die Situation aufgrund der "Deckelung" weiter verschärft haben. Als Voraussetzung für den Einstieg in ein neues Entgeltsystem muss die Chance für Krankenhäuser eröffnet werden, die Kriterien der PsychPV wieder zu erfüllen, ansonsten würde der niedrigere Status quo bei Ermittlung des Basistageswertes festgeschrieben. Dies gilt umso mehr, als die in Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe d in § 4 Abs. 10 KHEntgG vorgesehene finanzielle Förderung bei Neueinstellung von zusätzlichem Pflegepersonal für die psychiatrischen Einrichtungen nicht gilt.