

Herbsttagung VKD 6./7.10.2008
in Bad Liebenzell

Ordnungspolitischer Rahmen

Georg Baum

Hauptgeschäftsführer
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland
Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Ordnungspolitischer Rahmen

- Die Konvergenzphase kann wie vorgesehen zu Ende gehen.
- Die Krankenhäuser führen keine Diskussion über eine Verlängerung oder zeitliche Streckung der Konvergenzphase
- Ab 1.1.2009 einheitliche Preise im jeweiligen Bundesland

DRG-Katalog 2009

- Verabschiedet
 - Katalog
 - Kodierrichtlinien
 - Abrechnungsbestimmungen
- 1192 DRG (plus 55)
- 127 Zusatzentgelte (plus 12)
- Tatsächliche Behandlungskosten aus 218 Kliniken / 2,5 Mio. Fälle

Zwischenbilanz

- Breite Akzeptanz für das G-DRG-System
- Haben ein leistungsorientiertes Vergütungssystem
- Haben kein leistungsgerechtes Vergütungsvolumen
- Unterfinanzierung inzwischen gravierend

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG

- Bundeskabinett verabschiedet
- Kommt spät / Abschluss Bundesrat Februar 2009
- Umfassendes Gesetz
drei Regelungskategorien
 - technische zum Überführen in die Post-Konvergenzphase
 - Hilfsprogramm für die Krankenhäuser
 - ordnungspolitische Fortentwicklungen

Technische Regelungen

- Ende der hausindividuellen Basisfallwerte einschließlich Kappungshäuser
- Dreijährige Konvergenz bei Überführung besonderer Einrichtungen / drei gleiche Schritte / Zuschlag
- Vereinheitlichung Mehr-/Mindererlösausgleiche
- über Zu-/Abschläge im Folgejahr ausgeglichen
- Absenkung Obergrenze für Verrechnung von Zuschlägen von 30 % auf / 15 %
- Überlieger werden dem neuen Budgetjahr zugeordnet

Fortsetzung technische Regelungen

- Budgetkorrekturen für Kodiereffekte und Katalogeffekte entfallen / bleiben aber auf Landesebene / Basisfallwerte
- Verständliche Krankenhausrechnung
DKG-Forderung
Mindererlös wieder auf 40
Kodiereffekt muss ganz weg
Psychiatrie Mehrerlös auf 65 statt 85 bzw. 90%

Kostenschub 2008/9

- **Tarifabschlüsse**

| Kostensteigerungen in Mrd. € | | | |
|--------------------------------|------------------|-----------------|------------------|
| | Personalkosten | Sachkosten | Gesamt |
| 2008 | 1,04 | 1,26 | 2,30 |
| 2009 (+2008) | 2,09 (+ 1,04) | 1,32 (+1,26) | 3,41 (+ 2,30) |
| 2008 und 2009 kumuliert | | | 8,01 |

| Voraussichtlicher Vergütungszuwachs 2008 / 2009 - gerundet | |
|--|----------------|
| Positionen | in Mrd. € p.a. |
| Veränderungsrate 2008 / + 0,64% | 0,36 |
| Rechnungsabschlag 0,5 % | - 0,26 |
| Mögliche Veränderungsrate 2009 / ca. 1,5% (+ 2008) | 0,90 (+ 0,36) |
| 2008 und 2009 kumuliert | 1,36 |

Zwischen der o.a. Kostenentwicklung für die Zeit 2008/2009 und den Preiserhöhungsmöglichkeiten klafft eine **Lücke von** $(8,01-1,36 =) 6,65 \text{ Mrd. €}$ Diese muss der Gesetzgeber dringend schließen.

Mehreinnahmen der Krankenhäuser 2009 (ohne Leistungsentwicklung)

Quelle Pressemitteilung BMG 24.09.2008

Maßnahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG)

| | |
|--|--------------------|
| Anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2009 und 2009 | 1,35 Mrd. € |
| Förderprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegepersonal | 0,22 Mrd. € |
| Wegfall des GKV Rechnungsabschlags („Sparbeitrag“) | 0,23 Mrd. € |
| Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie | 0,06 Mrd. € |
| Finanzierung der Praxisanleitung bei der Ausbildungsfinanzierung | 0,15 Mrd. € |
| Mehrausgaben für GKV durch KHRG | 2,01 Mrd. € |
| Mehreinnahmen der KH 2009 durch geltendes Recht rd. (Grundlohnrate: + 1,41 %; Wegfall Anschubfinanzierung integrierte Versorgung; geringer Mengeneffekt) | 1,00 Mrd. € |
| Mehreinnahmen KH 2009: übrige Kostenträger | 0,2 Mrd. € |
| Summe | 3,2 Mrd. € |

**3 Milliarden Euro
mehr für unsere
Krankenhäuser:**

**Wir schaffen
Fakten.**

- 21.000 zusätzliche Pflegekräfte
- Bessere Bezahlung des Krankenhauspersonals
- Verbesserte Finanzierung der Pflegeausbildung

Gesundheit

**Gesetzentwurf zur
Krankenhausfinanzierung**

BMG spricht von 3 Mrd. € für die Krankenhäuser in 2009 inkl.

| | |
|----------------------------------|-------------|
| - Grundlohnanstieg 1,41 % = | 0,75 Mrd. € |
| - Wegfall Sanierungsbeitrag | 0,23 Mrd. € |
| - Wegfall IV-Anschubfinanzierung | 0,23 Mrd. € |
| | ----- |
| | 1,21 Mrd. € |

nicht anrechenbar

0,3 % Beitragssatzerhöhung stimmt nicht

Tarifausgleich

- 50 % des Unterschiedes zwischen Grundlohnrate und Tarifrata in 2008 und 2009
- Ein Drittel der Erhöhungsrata erhöht die Landesbasisfallwerte 2009 (ohne Abzug)
- Nur lineare Erhöhung + Einmalzahlung, differenziert nach ärztlichen + nichtärztlichen Abschlüssen

Bewertung:

- Deckt weniger als 50 % - was ist mit dem Rest?
- Langwierige Verhandlungen vermeiden durch gesetzliche Erhöhungsrata
- Unzweifelhafte Vorgaben erforderlich/kein Durchschnitt/Basiseffekt 2008

Abschaffung Grundlohnrate als Obergrenze

- Einmalige Aktion Tariflohnausgleich ist keine Perspektive
- Brauchen Abschaffung Grundlohnrate als Obergrenze
- Statistischer Kostenindex guter Ansatz im Gesetzentwurf, aber inakzeptabler Eingriff durch BMG-Rechtsverordnung/bestimmt Zeitpunkt und Höhe
- Auch Restbudgets müssen ent-deckelt werden

Änderung § 10 KHEntG sachgerechte Verhandlungen

- Aufhebung schneidenden Obergrenze
- Kostenindex muß Tarifentwicklung abbilden
- Notlagentarifverträge sind keine Wirtschaftlichkeitsreserven/Kollektivhaftung
- Nur allgemein auftretende Kostensenkungen
- Fallzahlrückgang muß Basisfallwert erhöhen/Analogie zu Degression bei Fallzahlst.
- Schluss mit der kommunizierenden Röhre/keine Berücksichtigung von Ausgabenentwicklungen in anderen Bereichen
- Abschaffung Absenkung für Kodiereffekte

Hilfen Psych-PV

1. Grundlohnrate kann überschritten werden aufgrund Veränderungen der medizinischen Leistungsstrukturen oder der Fallzahlen
2. Aufstockung Personalstand gemäß Psych-PV auf 90 % / 60 Mio. €
3. Anteilige Finanzierung Tariflohnerhöhung 50 % Personal / 40 % Budget als dauerhafte Regelung für Psychiatrie

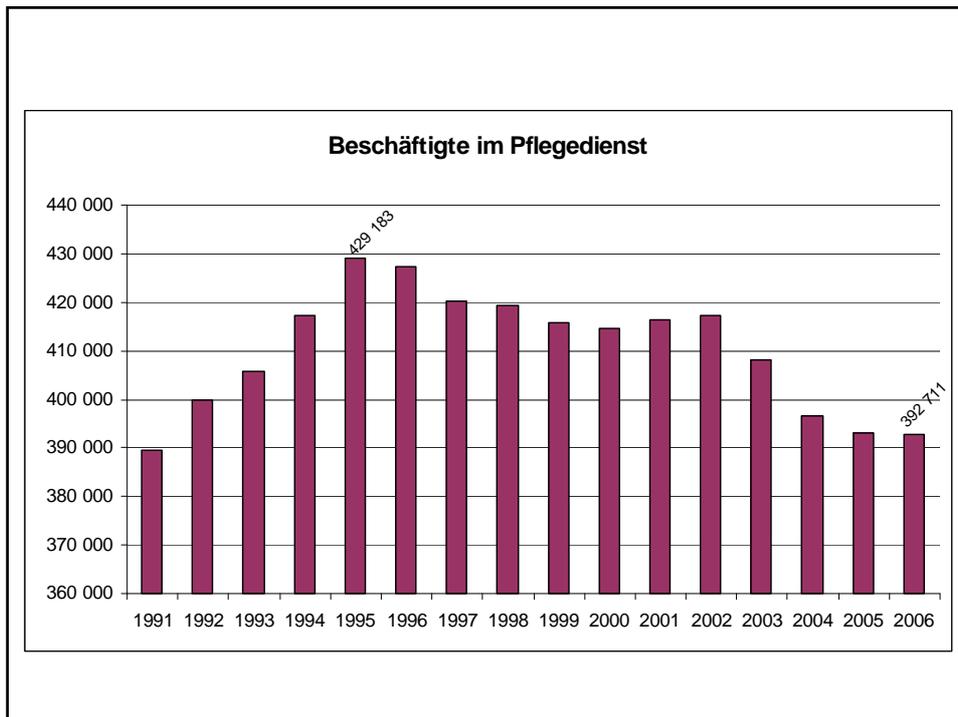
Pflegehilfsprogramm

- Voraussichtlich 70 % Förderquote
- 660 Mio. € in drei Jahren

Probleme:

- Ungerecht / wer entlassen hat bekommt
- Hilft nicht allen / wird die Personalkosten nicht finanzieren kann, kann nicht zusätzlich einstellen
- Ordnungspolitisch bedenklich / mit DRG-Systematik nicht vereinbar

Besser wäre Erhöhung Tarifausgleich



Klarstellung Ausbildungskosten

Umfasste Kosten:

Ausbildungsstätten, Ausbildungsvergütungen einschließlich Hebammen sowie Mehrkosten im Krankenhaus einschließlich Praxisanleitung

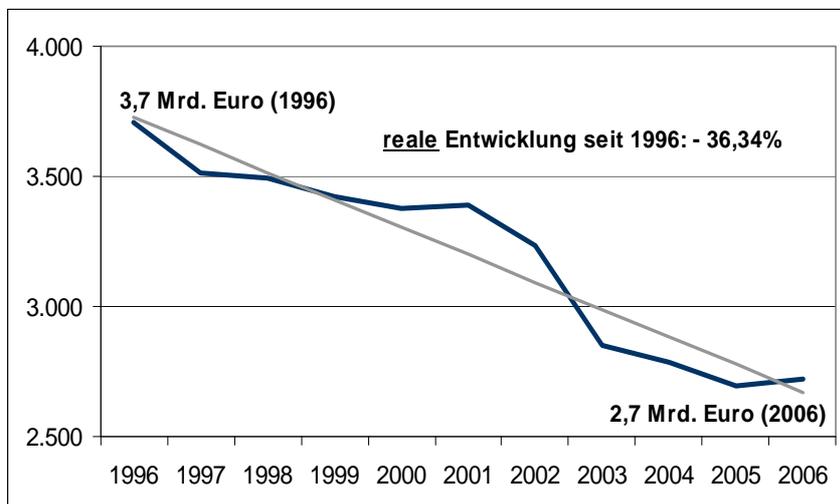
DKG

- grundsätzlich zu begrüßen
- es geht nicht um viel Geld / 150 Mio. €

brauchen es noch klarer

- Anrechnungsschlüssel berücksichtigt ausschließlich die Einsatzzeiten der praktischen Ausbildung, darüber hinausgehende Kosten sind Ausbildungsstätten zuzuordnen
- Bei „Mehrkosten Ausbildungsvergütung“ klarer definieren, dass nur für die im Gesetz genannten Ausbildungsgänge die Schlüssel gelten; nicht aber für Hebammen

Investitionsmisere



Investitionspauschalen

- Entwicklungsauftrag für leistungsorientierte Investitionspauschalen (DRG + I-Pauschale)
- Einführung 2012 – Länder können optionieren
- DKG / GKV-Spitzenverband / PKV Grundstrukturen für Bewertungsrelationen bis Ende 2009
- Bund und Länder vereinbaren Grundsätze / Kriterien für Landes-Investitionsfallwert bis Ende 2009
- Kalkulation von Bewertungsrelationen durch DRG-Institut bis Ende 2010

Bewertung

- I-Pauschale ist richtige Richtung
- Es bleibt bei Länderzuständigkeit / Planungszuständigkeit
- Keine Rabattverträge
- Keine Verbesserung in der Höhe und Verlässlichkeit
- Brauchen Übergangsregelungen
- Ungelöst Vorhalteproblematik wenn fallabhängig
- Zu kurzer Zeitrahmen
- Einbeziehung Universitäten erfordert zusätzliches Geld

DKG Forderung: Nationaler Kraftakt analog Art 14-Programm erforderlich

Weiterentwicklung DRG-System

- Tagesbezogene Fallpauschalen für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab 2013

Ärztliche Weiterbildung

§ 17 b KHRG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

bb) „Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.“

Bewertung:

- Begrüßen, dass Thema aufgegriffen
- Komplexes Problem
- Umverteilung im DRG-System kein akzeptabler Ansatz
- Erforderlich gezielte Förderprogramme

Basisfallwert

Politik drängt in bundeseinheitliche Vergütung wegen des Fonds.

„Alle Krankenkassen erhalten dann einheitliche morbiditätsorientierte Zuweisungen aus dem neue Gesundheitsfonds. Aus diesen einheitlichen Zuweisungen müssen dann auch höhere Landesbasisfallwerte in einigen Ländern bezahlt werden. Dies passt nicht zusammen“.

- Spreizung derzeit 2.682 € bis 2.956 €
- Konvergenzkorridor + 2,5 % / - 1,5 %
- Konvergenzperiode 2010 bis 2014
- Herleitung aus den Landesbasisfallwerten

Bewertung

- Bundesbasisfall zu früh
- Entzieht > 100 Mio. €
- Änderungsanträge Richtung Sofortangleichung zu erwarten

Herleitung Bundesbasisfallwert

- Übermittlung Bewertungsvolumen und Landesausgabenvolumen nicht akzeptabel
- Erhöhung des errechneten BBasisfallwertes plus weiterer Tatbestände

Fonds

Gesundheitsfonds mit Einheitsbeitragssatz ist für die Krankenhäuser eine negative Perspektive

- entzieht Geld, das für medizinische Leistungen einkalkuliert ist
- erhöht Druck auf die Vergütungen
- erhöht die Überprüfungsbürokratie
- diskriminiert Krankenhausbehandlung

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

www.dkgev.de