

**(13) Ausschuss für Gesundheit**

**und Soziale Sicherung**

**Ausschussdrucksache**

**0650(10)**

**vom 23.09.04**

**15. Wahlperiode**

## **Gemeinsame Stellungnahme**

**des AOK-Bundesverbandes,**

**des BKK Bundesverbandes,**

**des IKK-Bundesverbandes,**

**des Bundesverbandes der landw. Krankenkassen,**

**der Bundesknappschaft,**

**der See-Krankenkasse,**

**des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V.,**

**des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.,**

**des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.**

**zum Kabinettsentwurf eines zweiten Gesetzes**

**zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten**

**Fallpauschalensystem**

**für Krankenhäuser**

**und**

**zur Änderung anderer Vorschriften**

**(2. Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)**

## Allgemeiner Teil

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen den Entwurf für das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz ausgesprochen kritisch. In Bezug auf den Kern des Gesetzes – die Verlängerung und starke Abschwächung der Konvergenzphase – folgen die vorgeschlagenen Änderungen weitgehend den Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Dementsprechend gleicht der vorliegende Kabinettsentwurf des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes eher einem „2. Fallpauschalenverzögerungsgesetz“: Effiziente Krankenhäuser werden ein weiteres mal bestraft; ein Stück alter Selbstkostendeckung wird wiederbelebt.

Häufigstes Argument der Gegner einer schnellen Konvergenz war und ist der unzureichende Reifegrad des deutschen DRG-Systems – insbesondere die Abbildungsschärfe bei Leistungen der Maximalversorgung. Dabei ist der Fortschritt des DRG-Systems beachtlich und hat gegenüber der ersten DRG-Version 1.0 zu messbaren Verbesserungen in der DRG-Version 2004 geführt. Zudem besitzt der nunmehr von den Selbstverwaltungspartnern konsentrierte G-DRG Katalog für 2005 eine deutlich verbesserte Abbildungsqualität. Das DRG-System hat damit einen Reifegrad erreicht, der eine schnelle Abkehr vom System der Budgetfortschreibung zulässt.

Einer Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr kann nur unter der Voraussetzung akzeptiert werden, dass **die Konvergenzquoten linear auf vier Jahre verteilt werden – also jedes Jahr 25 % betragen**. Ein progressiver Verlauf provoziert mit fortschreitender Konvergenz lediglich erneuten Widerstand und führt zu weiteren Gesetzgebungsverfahren. Dieser Verlauf widerspricht darüber hinaus allen Erfahrungen aus der Wirtschaft, wonach Einschnitte bei Sanierungsprozessen einen degressiven Verlauf aufweisen. Der nunmehr vorgesehene Einstiegswinkel von lediglich 15 % im ersten Jahr entspricht nahezu einer Budgetfortschreibung und verhindert überfällige Strukturanpassungen in den Krankenhäusern.

Auch die im Kabinettsentwurf zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz weiterhin vorgesehenen Änderungen bilden im Wesentlichen DKG-Positionen ab. So findet in Fragen der Ausbildungsfinanzierung und dem neu zu vereinbarenden Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte eine klare Verlagerung der Kompetenzen von der Bundes- auf die Landes- und Ortsebene statt. Die Transparenz des DRG-Systems wird mit den vorgeschlagenen Regelungen in nicht unerheblichem Maße untergraben. Die Neuregelungen zur Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildungsstätten verkennen völlig die Situation. Nicht die Selbstverwaltung auf der Bundesebene hat Probleme, sondern die Krankenhäuser waren 2003 außer Stande, valide Daten für 2002 zu liefern. Eine örtliche Lösung vervielfacht die Problemlage um die Zahl der Ausbildungsstätten.

Da die Deutsche Krankenhausgesellschaft derzeit die Lieferung der Rohdaten mit Institutionskennzeichen an die Spitzenverbände der Krankenkassen verhindert und dem InEK keine entsprechenden Struktur- und LKA-Daten vorliegen, ist eine sachgerechte bzw. vollständige Validierung und Plausibilisierung der Daten durch keinen der Beteiligten durchführbar.

Positiv ist dagegen die Möglichkeit einer Korrektur des Landesbasisfallwertes zu beurteilen, solange dies auf der Basis klar messbarer Kriterien erfolgt. Auch die Überführung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung von der Vergütungsfestsetzung auf vertragliche Regelungsstrukturen wird grundsätzlich begrüßt.

Im Kabinettsentwurf unberücksichtigt geblieben ist die Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung nach einem technischen Basisfallwert zur Vereinfachung des Übergangs von der Abrechnung nach Bundespflegesatzverordnung auf DRG. Ein Umstieg eines Krankenhauses auf DRG findet nämlich erst dann statt, wenn ein für das Krankenhaus genehmigter Budgetabschluss vorliegt. Ein technischer Basisfallwert ohne jegliche präjudizierende Wirkung auf den eigentlichen Budgetabschluss ist ein praktikables Instrument zur Einstiegserleichterung in den Konvergenzprozess. Damit könnte auch eine weitere aufwändige Pflege der Kataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte nach altem Recht vermieden werden.

Nachdrücklich fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen eine gesetzliche Klarstellung, dass die Daten nach § 21 KHEntgG zur Erhöhung von Transparenz genutzt werden können. Hierzu gehört eine Klarstellung, dass diese Daten krankenhausesbezogen den Vertragsparteien auf der Bundes- und Landesebene bereitgestellt und die Daten auch zum Zweck der externen Qualitätssicherung genutzt werden können.

### **Änderungsanträge der Ausschüsse**

Die Empfehlungen des Kultur- und Finanzausschusses zur Änderung des 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetzes führen auf Seiten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu der Besorgnis, dass der eingeschlagene Reformkurs zur Einführung einer leistungsorientierten Vergütung für die Krankenhäuser nunmehr abrupt verlassen werden soll.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung fordern die zeitnahe Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems. Schon der Kabinettsentwurf des zweiten Fallpauschalen-Änderungsgesetzes verlängert die Konvergenzphase um ein weiteres Jahr. Jede darüber hinausgehende Verzögerung würde die Einführung der DRG-Fallpauschalen ad absurdum führen.

Das geltende Recht sieht vor, die bisherigen Budgets der Krankenhäuser, wie sie sich nach dem früheren Recht, d.h. im Wesentlichen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, ergeben, nach einem ersten budgetneutralen Jahr in drei gleich großen Schritten über zwei weitere Jahre hinweg an das neue Vergütungssystem anzupassen. Bundesgesetzgeber und Ländern war bei Beschlussfassung klar, dass dieser Prozess Gewinner und Verlierer bei den Krankenhäusern hervorbringen würde. Dieses Resultat war sogar gewollt. Es sollte die Krankenhäuser bereits im Vorfeld der Einführung des neuen Preissystems zu Reorganisationsprozessen mit dem Ziel der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit veranlassen.

Nachdem die Übergangsphase in der Vergangenheit bereits einmal um ein Jahr verschoben wurde, sieht nun der vorliegende Gesetzentwurf des BMGS deren Verlängerung um ein Jahr und die Abflachung des Anpassungswinkels in den ersten Jahren vor.

Die Spitzenverbände sprechen sich insbesondere gegen die Empfehlungen von Kultur- und Finanzausschuss aus, da es nicht nur um eine Modifikation der Übergangsphase bei der Einführung des neuen Vergütungssystems geht, sondern um die Vermeidung seiner ursprünglich vom Gesetzgeber gewollten Wirkung. So sollen für die nächsten drei Jahre Anpassungen der alten Budgets an das neue Preissystem nur in Höhe von jeweils 10 Prozent vorgenommen werden. In den Fällen, in denen eine solche 10-

prozentige Anpassung zu einer Reduzierung eines Krankenhausbudgets führt, soll diese Reduzierung auf ein Prozent begrenzt werden. Die vorgesehenen Erhöhungsschritte bleiben jedoch in vollem Umfang erhalten, da die geplante Kompensation über den Landesbasisfallwert faktisch nicht umsetzbar ist. Es droht auf diesem Weg ein drastischer Ausgabenanstieg. Die durch das neue Preissystem bewirkte und politisch gewollte Umverteilung von ineffizienten in effiziente Krankenhäuser wird damit faktisch außer Kraft gesetzt. Wie die Entwicklung nach den drei Jahren weiter verlaufen soll, wird offen gelassen. Dies soll durch spätere Verordnungsverfahren geregelt werden.

Kennzeichen des neuen Vergütungssystems ist seine Leistungsorientierung: Für die gleiche Leistung soll nach der Einführungsphase landesweit die gleiche Vergütung gezahlt werden. Auch dies geben die Empfehlungen der beiden genannten Ausschüsse auf. An die Stelle des landesweit einheitlichen Basisfallwertes können ab 2008 verschiedene Zielwerte für Gruppen von Krankenhäusern und/oder für Gruppen von Fallpauschalen treten. Konkret soll dies aber erst später gesetzlich geregelt werden.

Der Abbruch der Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems würde für die Krankenhäuser fatale Auswirkungen haben. Diejenigen, die sich seit dem Beschluss des Gesetzgebers in 1999 nicht bewegt haben, wären die Gewinner, während die Häuser, die seit Jahren in Hinblick auf eine leistungsgerechte Vergütung ihre Struktur und ihre gesamte Organisation verbessern, um ihren Lohn gebracht würden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Empfehlungen des Kultur- und des Finanzausschusses den eingeschlagenen Weg zur Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems verlassen und statt dessen zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip führen. Die (konkurrierenden) Empfehlungen des Gesundheitsausschusses halten zwar stärker an der Einführung der leistungsorientierten Vergütung fest, verzögern aber die Einführung um ein weiteres Jahr auf 2009 - ein Zeitpunkt, der immerhin zehn Jahre nach dem Beschluss des Deutschen Bundestages zur Einführung des DRG-Systems liegt.

Die Sorge der Bundesländer hinsichtlich der Finanzierungsgrundlagen der Universitätskliniken kann aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der jüngsten Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Systems nicht nachvollzogen werden. Die Änderungsvorschläge der Ausschüsse berücksichtigen nicht, welche erheblichen Fortschritte der jüngst von den Selbstverwaltungspartnern verabschiedete Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2005 beinhaltet. Das Fallpauschalensystem für das Jahr 2005 stellt Lösungen u. a. für folgende Bereiche bereit:

- Fälle mit außergewöhnlich langen Liegezeiten und besonders aufwändigem Behandlungsbedarf,
- teure Leistungen in der Spitzenversorgung, etwa onkologische Behandlungen,
- besonders aufwändige schwere Operationen, darunter auch Transplantationen und
- Intensivmedizin.

Die damit vorgesehene Stärkung der Maximalversorger gegenüber der Breitenversorgung wird ungerechtfertigte Umverteilungen zwischen den Krankenhäusern weitgehend ausschließen. Insofern ist die indirekte Forderung nach

einem mehr oder weniger faktischen Ausstieg aus dem neuen leistungsorientierten Entgeltsystem, die die Empfehlungen des Kultur- und Finanzausschusses in der Konsequenz darstellen, völlig unangemessen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung möchten in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass die Leistungsorientierung der Krankenhausvergütung wegen des mit ihr verbundenen hohen Anreizes zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit auch für die Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung von hoher Bedeutung ist.

Nachfolgend sind die Bewertungen, Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Spitzenverbände der Krankenkassen im Detail aufgeführt.

# Artikel 1

## Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### *Ziffer 3; Änderung des § 17 a KHG*

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

§ 17 a KHG geltender Fassung regelt die Finanzierung der Kosten der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen. Dabei soll ein krankenhausindividuelles Ausbildungsbudget von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG vereinbart werden. Zur wettbewerbsneutralen Finanzierung der Ausbildungsbudgets ist die Vereinbarung eines Ausgleichsfonds und eines Ausbildungszuschlages durch die Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 1 KHG vorgesehen.

#### **Stellungnahme**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben darauf aufmerksam gemacht, dass die von den Krankenhäusern gelieferten Daten gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c KHEntgG für das Jahr 2002 gewisse Qualitätsdefizite erkennen lassen. Die Daten für das Jahr 2003 besitzen zwar auch noch keine optimale Qualität, sie wird aber unter Berücksichtigung einer Korrekturmöglichkeit als vollkommen ausreichend angesehen, um auf der Bundesebene die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu vereinbaren.

Der nunmehr vorliegende Gesetzesvorschlag verkennt jedoch völlig die Problemlage. Die Datenqualität läßt sich nicht mit einer Verlagerung der Zuständigkeit der Vereinbarungskompetenz verbessern. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Krankenhausträger im Rahmen der internen Budgetierung die Mittel an ihre Ausbildungsstätten mit Willkür verteilt haben. Die vorliegenden Ausbildungsstättendaten gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 1 für das Jahr 2003 verdichten diesen Hinweis, der nicht zuletzt von den Vertretern der entsprechenden Berufsorganisationen gekommen ist. Sollten künftig die Ausgliederungsbeträge ohne verbindliche Vorgaben der Bundesebene vereinbart werden, so wird sich die o. g. Willkür der Krankenhausträger manifestieren. Dies führt letztendlich zu einer Gefährdung der Ausbildung der Berufe nach § 2 KHG. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen lässt sich nur über eine Normierung von Durchschnittswerten das derzeit bestehende Ungleichgewicht der Qualität der Ausbildungsstätten beseitigen. Auf diese Weise wird erreicht, dass eine Orientierung an qualitative und wirtschaftliche Anforderungen der Ausbildungsstätten erfolgt.

Es ist auch nicht davon auszugehen, dass die seitens der Krankenhausträger in den Pflegesatzverhandlungen stiefmütterlich behandelten Ausbildungsstätten nunmehr sachgerechter auf lokaler Ebene verhandelt werden können. Die Daten, die den Krankenkassen hierzu aus dem Kosten- und Leistungsnachweis sowie aus der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vorliegen, dokumentieren die Defizite der Vergangenheit, die von den Krankenhausträgern zu verantworten sind.

Die Vereinbarung der Mehrkosten nach dem Krankenpflegegesetz auf örtlicher Ebene reflektiert das Selbstkostendeckungsprinzip und lässt sich nicht mit den politischen Vorgaben einer pauschalierten Vergütung in Einklang bringen. Die Beibehaltung der

Vereinbarungskompetenz für die Vertragsparteien auf der Bundesebene ist daher unvermeidbar.

Eine Regelung zur Vereinbarung eines Ausgleichsfonds mit dem Konfliktlösungsmechanismus der Schiedsstelle ist zwingend vorzusehen. Die Errichtung und Verwaltung des Ausgleichsfonds sollte jedoch von den Vertragsparteien auf der Landesebene gemeinsam erfolgen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Frage der Umsatzsteuerbefreiung zwingend zu regeln ist. Ansonsten entstehen den Krankenkassen Mehrkosten von 200 Mio. Euro.

**Vorschlag:**

Die Verlagerung auf die Ortsebene wie sie im Kabinettsentwurf vorgesehen ist, ist zu streichen. Für die Festlegung der Durchschnittskosten nach § 17 a Abs. 3 KHG auf Bundesebene ist für den Fall der Nichteinigung die Schiedsstellenfähigkeit nach § 18 a Abs. 6 vorzusehen.

Im Übrigen wird auf die beiliegend angefügten gemeinsamen Änderungsvorschläge seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Pflegerates vom 22.09.2004 bezüglich § 17a und b KHG sowie § 4 Absatz 2 und 3 KHEntgG in der derzeit geltenden Fassung verwiesen.

# Artikel 1

## Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### Zu Nr. 4 a) aa) bb) (§ 17 b Satz 4 KHG)

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher im § 17 b geregelte Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen wird gestrichen und in § 17 a neu geregelt. An die Stelle tritt neu eine Zuschlagsregelung für Zentren und Schwerpunkte. Kommt hierzu keine bundeseinheitliche Regelung, bzw. keine nach Regionen differenzierte Zuschlagsregelung zustande, und verzichtet des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf eine Ersatzvornahme, dann kommt es nach dem neuen § 5 Abs. 3 KHEntgG zu Vereinbarungen auf Basis des einzelnen Krankenhauses.

#### Stellungnahme

Die Differenzierung des Zuschlags nach Regionen ist so nicht hinnehmbar und widerspricht der sonstigen Logik bundeseinheitlicher Zu- und Abschläge des § 17 b. Zudem ist aufgrund des unscharfen Terminus „Regionen“ und der von der DKG wiederholt vorgetragenen Präferenz zu Vereinbarungen der Zu- und Abschläge auf Ortsebene abzusehen, dass sich lediglich Zu- oder Abschläge auf Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbaren lassen. Dabei sind Zu- und Abschläge in ihrer Konzeption theoretisch budgetneutral und entfalten lediglich Umverteilungswirkungen zwischen den Krankenhäusern. Türschildzuschläge auf Ortsebene dagegen bergen die Gefahr einer schleichenden Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Solche Tatbestände sind den Vertragsparteien auf der Bundesebene nachzuweisen. Wirtschaftlichkeitsanreize einer bundesweiten Pauschalierung gehen verloren.

#### Textvorschlag für Änderungsformulierung

In Artikel 1 Nummer 3 a) aa) sollte in folgender Weise geändert werden:

*„Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes – sofern keine Finanzierungsverpflichtungen anderer Kostenträger bestehen - und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung.“*

## **Artikel 1**

### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

*Zu Nr. 4 b) (§17 b Abs. 2)*

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die DRG-Kalkulation soll künftig auf Basis einer möglichst sachgerechten Auswahl vorgenommen werden.

#### **Stellungnahme**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen befürworteten die Steigerung der Repräsentativität durch eine möglichst hohe Teilnahme der Krankenhäuser an der Kalkulation. Allerdings sollte jedes Krankenhaus, das die Anforderungen an die Kalkulation erfüllt, an der Kalkulation teilnehmen dürfen. Die Möglichkeit der Manipulation der DRG-Kalkulation durch Selektion der teilnehmenden Häuser muss ausgeschlossen werden.

#### **Textvorschlag für Änderungsformulierung**

Nach Satz 2 sollte folgender Satz eingefügt werden:

„Die Teilnahme an der Kalkulation steht jedem Krankenhaus offen, das die Qualitätsanforderungen an die Kalkulation erfüllt.“

# Artikel 1

## Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

**Zu Nr. 4 c) aa) bb) (§ 17 b Abs. 5)**

### Beabsichtigte Neuregelung

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser sollen zur Finanzierung der hierdurch zusätzlich entstehenden Kosten pauschale Zahlungen erhalten. Die pauschalen Zahlungen bestehen aus einem festen Grundbetrag und einem nach Quantität und Qualität gestaffelten Teil.

### Stellungnahme

Ein solcher Zuschlag wird unter der Voraussetzung befürwortet, dass die Finanzierung innerhalb der Grundlohnratesteigerung nach § 71 SGB V erfolgt. Dabei darf es allerdings nicht dazu kommen, dass den Krankenhäusern der Aufbau einer Kosten- und Leistungsrechnung finanziert wird. Lediglich die zusätzlich durch die Teilnahme an der Kalkulation entstandenen Kosten sind hiermit zu finanzieren. Die Krankenhäuser sind bereits nach § 8 Satz 1 Krankenhausbuchführungsverordnung dazu verpflichtet „eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erlaubt;...“ Der Zuschlag hat lediglich der zusätzlichen Kosten einer Kalkulationsteilnahme Rechnung zu tragen.

### Textvorschlag für Änderungsformulierung

Folgender Satz sollte angefügt werden:

*„Der Aufbau einer Kosten- und Leistungsrechnung ist nicht über diese Zahlungen zu finanzieren. Die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 3 Satz 3 SGB V darf nicht überschritten werden.“*

## **Artikel 2**

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **Zu Nr. 1 (§ 3 Abs. 6 Satz 1 KHEntgG)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Gemäß Artikel 2 Nr. 1 wird in § 3 Abs. 6 Satz 1 die Angabe „ Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe des „Absatz 3 Satz 4 Nr. 1“ ersetzt. Hierdurch wird konkretisiert, dass in die Erlösausgleichsberechnung gemäß § 3 Abs. 6 KHEntgG das Erlösbudget (bestehend aus Fallpauschalen und Zusatzentgelten) einfließt.

#### **Stellungnahme**

Durch die Einfügung der Angabe des Erlösbudgets würden bei der Ausgleichsberechnung die Erlöse aus Fallpauschalen und Zusatzentgelte (entspricht im B1 Formular der Nr.14) mit dem veränderten Gesamtbetrag (entspricht im B1 der Nr. 13) verglichen. Das veränderte Erlösbudget nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr.1 ist jedoch nur eine Teilmenge des veränderten Gesamtbetrag nach § 3 Abs.3 Satz 5. Da die Einfügung des Satzes 1 jedoch verdeutlichen soll, dass das Erlösbudget mit dem veränderten Erlösbudget verglichen wird, muss deshalb im § 3 Abs. 6 Satz 1 der Begriff des „veränderten Gesamtbetrages“ durch den Begriff „verändertes Erlösbudget“ ersetzt werden. Sonst würden bei der Erlösausgleichsbetrachtung zwei verschiedene Werte miteinander verglichen werden.

#### **Textvorschlag für Änderungsformulierung**

In § 3 Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 4 Nr. 1“ und die Angabe des „*veränderten Gesamtbetrag*“ durch die Angabe „*verändertes Erlösbudget*“ ersetzt.

## **Artikel 2**

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### ***Zu Nr. 2 e) (§ 4 neuer Abs. 4 KHEntgG)***

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

§ 4 KHEntgG wird um einen neuen Absatz 4 ergänzt. Die Konvergenzautomatik wird um die Möglichkeit von Leistungsveränderungen ergänzt. Dabei werden die Veränderungen pauschaliert in Höhe eines Prozentanteils der DRG-Fallpauschale berücksichtigt. Geplant sind 33% für 2005, 50% für 2006 und 75% für 2007.

#### **Stellungnahme**

Die bisherige Konvergenzsystematik führt dazu, dass Leistungsveränderungen hinsichtlich Art und Menge bereits über die Konvergenzquoten zu einem ausreichenden Teil berücksichtigt werden. Wenn die Konvergenzschnitte wie den Spitzenverbände der Krankenkassen gefordert linear bei 25 % liegen, kann eine separate Bewertung von vereinbarten Leistungsveränderungen entfallen. Diese würden gemäß § 4 Abs. 4 KHEntgG zu Staffelungen im zweiten Konvergenzjahr von 33 % und im dritten Konvergenzjahr von 50 % führen.

#### **Textvorschlag für Änderungsformulierung**

Der neue Absatz 4 ist ersatzlos zu streichen.

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Nr. 2 g) (§ 4 Abs. 6 KHEntgG)

#### Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Artikel 2, Nr. 2 g) werden die alten Absätze 5 und 6 des § 4 KHEntgG zu einem neuen Absatz 6 zusammengefasst. Der neue Absatz 6 wird um die neuen Angleichungsschritte im Rahmen der Konvergenzphase aktualisiert (15 % im Jahr 2005, 30 % im Jahr 2006 und 50 % im Jahr 2007).

#### Stellungnahme

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht derzeit prinzipiell keinen Handlungsbedarf für eine gesetzliche Änderung der bestehenden Modalitäten der Konvergenzphase bezüglich Dauer und Grad der Budgetwirksamkeit.

Sollte der Gesetzgeber bei der Verlängerung der Konvergenzphase bleiben wollen, werden die progressiven Anpassungsschritte abgelehnt. Die deutlich längere Konvergenzphase birgt die Gefahr eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens, insbesondere wenn sich später abzeichnet, dass es auch bei den neuen Angleichungsschritten immer noch Krankenhäuser geben wird, die ihre individuellen Basisfallwerte absenken müssen. Progressive Anpassungsschritte verhindern daher die Planungssicherheit für alle Beteiligten. Die Annäherung sollte entweder degressiv oder linear in vier gleichen 25-Prozent-Schritten (bezogen auf den Ausgangswert 2004) erfolgen. Konvergenzphase und Anpassungsschritte sollten im übrigen auf jedem Fall für alle Krankenhäuser gleichermaßen gelten.

Für den Großteil der Krankenhäuser hätte ein 15-prozentiger Anpassungsschritt im ersten Jahr kaum merkliche Budgetveränderungen zur Folge und der Umstieg auf das rationalere G-DRG System würde nur unmerklich erfolgen. Wenn überhaupt ein Abrücken von der bisherigen linearen Form der Budgetanpassung stattfinden soll, dann müssten die Anpassungsschritte nicht progressiv sondern degressiv sein.

#### Textvorschlag für Änderungsformulierung

Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

*„Der für die Angleichung nach Absatz 1 maßgebliche Angleichungsbetrag für die Jahre 2005 bis 2007 wird ermittelt, indem jeweils der veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 von dem Zielwert nach Absatz 5 abgezogen und von diesem Zwischenergebnis*

- (1) 25,00 vom Hundert im Jahr 2005,*
- (2) 33,33 vom Hundert im Jahr 2006 und*
- (3) 50,00 vom Hundert im Jahr 2007*

*errechnet werden. Zur Ermittlung der Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2007 werden der für das jeweilige Jahr maßgebliche veränderte Ausgangswert nach Absatz 4 und der für das gleiche Jahr ermittelte Angleichungsbetrag nach Satz 1 unter Beachtung des Vorzeichens addiert.“*

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Nr. 3 (§ 5 neuer Abs. 3 KHEntgG)

#### Beabsichtigte Neuregelung

Sofern die in § 17 b Satz 4 vorgenommene Vereinbarung bundesweiter oder nach Regionen differenzierter Zuschläge scheitert und keine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung folgt, sind die Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte auf Basis des einzelnen Krankenhauses zu vereinbaren.

#### Stellungnahme

Der Bezug auf § 11 des KHEntgG betrifft die „Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus“. Sollte es also dazu kommen, dass aufgrund der unscharfen Neuformulierung des § 17b Satz 4 KHG durch Artikel 1, Nr. 3 a) aa) bb) kein bundeseinheitlicher Zuschlag vereinbart wird und kommt es nicht zu einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, dann sind die Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte auf Ebene des einzelnen Krankenhauses zu verhandeln. Aufgrund des erklärten Zieles der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in den bisherigen Verhandlungen auf Bundesebene zu Zu- und Abschlägen, die Verhandlungen auf Ortsebene zu führen, ist ein Scheitern von bundeseinheitlichen Zuschlägen schon jetzt abzusehen. Eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird voraussichtlich ebenfalls unterbleiben. Daher sind flächendeckend krankenhausesindividuelle Zuschläge zu erwarten.

Die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen auf Ortsebene ist abzulehnen. Die Transparenz des DRG-Systems würde verschlechtert und das **Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“** unterlaufen.

#### Textvorschlag für Änderungsformulierung

Der neue Absatz 3 sollte ersatzlos gestrichen werden.

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Nr. 7 a) (§ 10 KHEntgG)

#### Beabsichtigte Neuregelung

Den Vertragsparteien wird die Möglichkeit einer Berichtigung des Landesbasisfallwerts im Folgejahr bei Fehlschätzungen eingeräumt, die Möglichkeit eines Ausgleichs ist nicht vorgesehen.

#### Stellungnahme

Da es noch erhebliche Unsicherheiten bezüglich der Datengrundlage respektive der Berechnungsmethode des Landesbasisfallwertes gibt, ist die Möglichkeit einer Berichtigung des Landesbasisfallwertes im Folgejahr zu begrüßen. Die Korrekturmöglichkeit sollte dabei auf die Konvergenzphase beschränkt bleiben und sich aus klar messbareren Kriterien ergeben. Als Korrekturkriterien kommen nur eine Berichtigung von Berechnungsfehlern bei der erstmaligen Festlegung für 2005, Veränderungen aufgrund eines G-DRG-Katalogwechsels sowie die mangelnde Datengrundlage aufgrund fehlender Budgetvereinbarungen in Frage. Im Folgejahr sollte die Neuberechnung und Korrektur des Landesbasisfallwertes auf der Grundlage aller bis zum 01.07. des Jahres vorliegenden Budgetvereinbarungen des Vorjahres erfolgen. Diese Stichtagsregelung verhindert eine Verzögerung der Berichtigung aufgrund noch immer fehlender Budgetvereinbarungen auch im Folgejahr.

#### Textvorschlag für Änderungsformulierung

In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

*„Sie können vereinbaren, dass der Landesbasisfallwert aufgrund von Berechnungsfehlern bei der erstmaligen Festlegung für 2005 einmalig korrigiert werden kann. In den Folgejahren bis zum Abschluss der Konvergenz kann aufgrund von Veränderungen durch einen G-DRG-Katalogwechsel oder aufgrund von fehlenden Vereinbarungen der Landesbasisfallwert ebenfalls einmalig berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, dass die Neuberechnung und Korrektur des Landesbasisfallwerts auf Grundlage aller bis zum 01.07. eines Jahres vorliegenden Budgetvereinbarungen des Vorjahres getroffen werden kann. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen“.*

## **Artikel 2**

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **Zu Nr. 8 (§ 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verpflichtung der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Art und Anzahl der Ausbildungsplätze und die Höhe der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen festzustellen, soll entfallen

#### **Stellungnahme**

Da die Regelungen des Kabinettsentwurfes die hausindividuellen Vereinbarung in den Vordergrund rücken, sind gerade diese Daten erforderlicher denn je, zumal die Daten nach § 21 KHEntgG aus dem InEK an dieser Stelle möglicherweise auch mittelfristig nur bedingt belastbar sein werden. Nachdem im Spitzengespräch DKG/GKV/PKV vom 09.06.2004 auf Forderung der DKG die Ausbildungsdaten nach § 21 KHEntgG zudem nicht mehr IK-bezogen geliefert werden sollen, wäre auch die Ortsebene ohne jegliche Daten bzgl. Anzahl Ausbildungsplätze, Auszubildende und Mehrkosten. Daher ist eine Verpflichtung zur Offenlegung und zum Nachweis der entsprechenden Daten von Seiten der Krankenhäuser hier unabdingbar, da die Budgets über hausindividuelle Ist-Kosten gebildet werden. Eine Streichung sollte daher nicht erfolgen. Vielmehr sollte in die BPfIV eine analoge Regelung aufgenommen werden.

#### **Textvorschlag für Änderungsformulierung**

§ 11 Abs. 1 Satz 2 wird nicht gestrichen und wie folgt gefasst und um Satz 3 erweitert:

*„Sie stellen jährlich auch die Art und Anzahl der Ausbildungsplätze, der Auszubildenden in den in § 2 Nr. 1 a KHG genannten Ausbildungsberufen und die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen fest. Die hierfür erforderlichen Nachweise und Unterlagen sind vom Krankenhaus zu erbringen und den Kostenträgern zu übermitteln.“*

## **Artikel 5**

### **Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### ***Zu Nr. 1 (§ 134 SGB V)***

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Aufhebung des § 134 SGB V

#### **Stellungnahme**

Durch die Aufhebung des § 134 SGB V entfällt die Regelung der Inhalte und der Vergütung der Hebammenhilfe sowie die Regelung der Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen in Form einer Rechtsverordnung durch das BMGS (Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)). Die HebGV umfasst die Leistungen im Rahmen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Regelung des § 134 SGB V soll durch den neuen § 134 a SGB V ersetzt werden.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Artikel 5**

### **zu Nr. 2 (§ 134 a SGB V)**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Einführung eines neuen § 134 a SGB V zur Überführung der Regelung der Vergütung von Hebammenhilfe gemäß § 195 f RVO vom BMGS als Verordnungsgeber in die Vertragskompetenz der Spitzenverbände der Krankenkassen.

#### **Stellungnahme**

Grundsätzlich ist die Überführung der HebGV in ein Vertragsmodell zu befürworten, da hierdurch die Krankenkassen wie im Bereich der sonstigen Leistungserbringer die Verantwortung für die Vergütungsregelung der Hebammenhilfe und damit eine aktive Rolle bei der Steuerung der Kosten im Gesundheitswesen auch für diesen Bereich übernehmen können.

#### **Absatz 1:**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen gemäß § 134 a Abs. 1 SGB V gemeinsam und einheitlich mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und mit bindender Wirkung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe aushandeln. Insbesondere zur Sicherstellung einer einheitlichen Versorgungsqualität ist ein bundesweiter, vertraglicher, für alle Krankenkassen verbindlicher Rahmen sinnvoll. Die unterschiedlichen Organisationsstrukturen und daraus resultierenden Rahmenbedingungen bei den Krankenkassen sowie ggf. zu berücksichtigende regionale Besonderheiten lassen sich durch gemeinsame und einheitliche Vergütungsverträge nicht adäquat abbilden. Es wird daher eine Trennung in eine die Versorgungsqualität definierende gemeinsame und einheitliche Rahmenvereinbarung und von den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden auf Basis der Rahmenvereinbarung zu schließende Vergütungsvereinbarungen vorgeschlagen. Eine vergleichbare Lösung besteht bereits im Heilmittelbereich und hat sich dort bewährt.

Die vertragliche Regelung zur Versorgung mit Hebammenhilfe soll gemäß § 134 a Abs. 1 SGB V bis zum 30.11.2006 mit Wirkung zum 01.01.2007 mit den Hebammenverbänden vereinbart sein. Dieser Termin wird kaum einzuhalten sein, da vor Aufnahme erster Beratungen die entsprechenden organisatorischen Voraussetzungen auf Seiten der Hebammenverbände sowie der Krankenkassen geschaffen werden müssen. Es wird daher vorgeschlagen, das Gesetz frühestens zum 01.01.2008 umzusetzen.

§ 134 a Abs. 1 SGB V sieht vor, dass bei der vertraglichen Regelung der abrechnungsfähigen Leistungen insbesondere die Bildung von Leistungskomplexen und Fallpauschalen geprüft werden soll. Dieser Passus wurde aus dem Bereich der Vertragsärzte und der Krankenhäuser entlehnt, ist aber aufgrund der geringen Zahl und der Struktur der Hebammenleistungen für diesen Bereich kaum umsetzbar. Solche Elemente führen erfahrungsgemäß bei bestehender Vergütung zu einer Reduktion der Leistungsmenge, wodurch eine umfassende Hebammenhilfe gefährdet sein könnte. Die jetzige Gebührenverordnung enthält keine entsprechenden Elemente, so dass die Vertragspartner darüber hinaus gezwungen wären, eine völlig neue Struktur der

Gebührenregelung zu finden. Außerdem haben die Vertragspartner auch ohne eine entsprechende gesetzliche Regelung die Möglichkeit, bei Bedarf Leistungskomplexe und Fallpauschalen einzuführen. Es wird daher vorgeschlagen, den Passus "insbesondere die Bildung von Leistungskomplexen und Fallpauschalen" zu streichen.

In § 134 a Abs. 1 SGB V ist darüber hinaus festgelegt, dass im Hinblick auf die Verträge der Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen seien. Diese Klausel findet sich in keinem anderen Leistungsbereich wieder. Der Bedarf der Versicherten ist beim Abschluss von Verträgen stets zu beachten und bedarf daher keiner expliziten Gesetzesregelung in § 134 a Abs. 1 SGB V. Die Formulierung "berechtigte wirtschaftliche Interessen" stellt den erfolgreichen Abschluss von Vertragsverhandlungen von vorne herein in Frage. Für eine funktionierende Vertragslösung muss es den Vertragspartnern überlassen werden, die Vergütungen auf der Grundlage der jeweils aktuellen Versorgungs- und Finanzsituation ohne präjudizierende gesetzliche Ansprüche frei aushandeln zu können. Aufgrund des Ziels, für die Hebammenhilfeleistungen eine Vertragslösung zu schaffen und Hebammen und Entbindungspfleger mit anderen Leistungserbringergruppen gleichzustellen – sowie in der Begründung zur Änderung der Vorschriften für die Hebammenhilfe dargelegt – ist der letzte Satz in § 134 a Abs. 1 SGB V zu streichen.

#### **Absatz 2:**

In § 134 Abs. 2 SGB V wird die Bindungswirkung der zukünftigen Verträge geregelt. Zu begrüßen ist die Zielsetzung des Gesetzgebers, dass Hebammen und Entbindungspfleger, die nicht aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einem Berufsverband oder die Anerkennung eines mit den Berufsverbänden geschlossenen Vertrages über eine vertragliche Regelung verfügen, zukünftig keinen Vergütungsanspruch haben werden. Dies sollte jedoch nicht nur als Zielsetzung in der Gesetzesbegründung verbleiben, sondern aus Gründen der Rechtsklarheit und -sicherheit explizit in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Weiterhin gehen die Spitzenverbände der Krankenkassen davon aus, dass Änderungen der zwischen den Spitzenverbänden und den Berufsverbänden geschlossenen Verträge automatisch auch Rechtswirkung für die den jeweiligen Verträgen beigetretenen Hebammen und Entbindungspfleger entfalten.

#### **Absatz 3:**

§ 134 a Abs. 3 SGB V regelt den Fortbestand des bisherigen Vertrages, falls nach Ablauf der Vertragslaufzeit noch keine Einigung über eine Neuregelung erreicht werden konnte. Dagegen ist die Weitergeltung der HebGV nach In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes ausdrücklich ausgeschlossen, falls bis zum In-Kraft-Treten des Gesetzes keine Einigung über eine neue Vergütungsregelung erreicht werden konnte. Bei Nicht-Einigung entscheidet hier die Schiedsstelle.

Für den Übergang der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in eine Vertragslösung wird von Seiten der Spitzenverbände der Krankenkassen vorgeschlagen, in § 134 a Abs. 3 SGB V zu regeln, dass die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung auch nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes zunächst in dem Fall weiter gilt, dass eine Einigung zwischen den beteiligten Verbänden nicht zustande kommt und eine rechtzeitige Schiedsstellenentscheidung aufgrund organisatorischer Verzögerungen nicht möglich

ist. Mit dieser Regelung wäre eine durchgängige und eindeutige Vergütungsregelung gewährleistet.

## **Änderungsvorschlag**

§ 134 a Versorgung mit Hebammenhilfe sollte wie folgt lauten:

- (1) *Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen auf der Bundesebene, erstmals bis zum 30.06.2007 Rahmenvereinbarungen über die Versorgung mit Hebammenhilfe. In der Rahmenvereinbarung sind insbesondere zu regeln:*
  1. *Inhalt und Struktur der im Rahmen der Hebammenhilfe abrechnungsfähigen Leistungen,*
  2. *Vorgaben für Vergütungsstrukturen,*
  3. *Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Versorgungsstrukturen, der Versorgungsabläufe und Ergebnisse umfassen,*
  4. *Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der freiberuflichen Hebammen und Entbindungspfleger mit Vertragsärzten und Krankenhäusern,*
  5. *Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung.*
  6. *Über die Einzelheiten der Versorgung mit Hebammenhilfe, über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften Verträge mit den Hebammen oder mit den Verbänden der Hebammen.*
- (2) *Hebammen und Entbindungspfleger, die nicht die unter die Nrn. 1 und 2 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen, haben gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen keinen Anspruch auf Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe.*
- (3) *Im Falle des Satzes 1 Buchstaben a gilt die bisherige Hebammenhilfe-Gebührenverordnung, im Falle des Buchstaben b gilt der bisherige Vertrag bis zur Entscheidung der Schiedsstelle weiter.*
- (4) *[...]*

## **Artikel 5**

### **Änderung der Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### ***Zu Nr. 3 (§ 301 a SGB V)***

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für Hebammen und Entbindungspfleger gelten zukünftig die Regelungen gemäß § 302 Abs. 2 Satz 1 bis 3 und Abs. 3.

#### **Stellungnahme**

Im Zuge der Änderung der Abrechnungsvorschriften für Hebammen und Entbindungspfleger sollte die Sonderregelung in § 301 a SGB V aufgehoben werden und statt dessen eine vollständige Angleichung an die Abrechnungsvorschriften für sonstige Leistungserbringer gem. § 302 SGB V erfolgen. Demzufolge würde neben Abs. 2 und 3 des § 302 SGB V auch der Abs. 1 zukünftig für Hebammen und Entbindungspfleger Anwendung finden.

Es gibt nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen keine sachlichen Gründe gegen eine verpflichtende Anwendung des § 302 Abs. 1 SGB V für Hebammen und Entbindungspfleger. Die bereichsspezifische Umsetzung kann, wie auch für die anderen Leistungsbereiche, über die Abrechnungsrichtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V erfolgen.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichung des § 301 a SGB V.

## **Artikel 7**

### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

#### **zu Absatz 2**

#### **Neuregelung**

Es werden die In-Kraft-Tretenstermine der neuen Vorschriften für Hebammen und Entbindungspfleger festgelegt.

#### **Stellungnahme**

Die Umsetzung der Vertragslösung für Hebammenleistungen erfordert umfangreiche Vorbereitungen und Verhandlungen auf Seiten der Spitzenverbände und Berufsverbände. Es wird daher ein In-Kraft-Treten der neuen Regelungen zum 01.01.2008 vorgeschlagen. Um eine termingerechte Umsetzung zu ermöglichen, sollten darüber hinaus die Vorlaufzeiten verlängert und somit die In-Kraft-Tretenstermine für § 134 a Abs. 1, 2 Satz 2, 3 und 4 um mindestens ein halbes Jahr länger bemessen werden.

#### **Änderungsvorschlag**

Der In-Kraft-Tretenstermin für das Vertragsmodell ist auf den 01.01.2008 zu verschieben und die hieraus resultierenden anderen Termine sind entsprechend anzupassen und gemäß den Ausführungen unter B. länger zu bemessen.

# **Ergänzender Gesetzgebungsbedarf aus Sicht der GKV**

## ***Vorläufiger technischer Basisfallwert***

### **Beabsichtigte Neuregelungen**

Abrechnung eines „vorläufigen technischen Basisfallwertes“ mit Beginn der Konvergenzphase ab dem 01.01.2005.

### **Begründung**

Nach gegenwärtiger Gesetzeslage erfolgt der Umstieg eines Krankenhauses auf das DRG-System erst bei Vorlage eines genehmigten Budgetabschlusses. Deshalb würden auch in den nächsten Jahren noch einige Krankenhäuser existieren, die nach wie vor nach altem Recht abrechnen. Dies kompliziert den Konvergenzprozess und prolongiert für die Krankenkassen den aufwändigen Parallelbetrieb von zwei Abrechnungssystemen. Zudem müssen auf Spitzenverbandsebene die alten Fallpauschal-Sonderentgeltkataloge gepflegt werden.

Von Kassenseite wird deshalb vorgeschlagen, für jene Krankenhäuser, die zum 01.01.2005 noch keinen genehmigten DRG-Budgetabschluss für 2003 oder 2004 haben, einen technischen Basisfallwert festzulegen. Größenordnungsmäßig dürfte es sich um 100 – 200 Häuser handeln.

Der technische Basisfall ist ein Abschlagswert, der keinerlei präjudizierende Wirkung auf den eigentlichen Budgetabschluss hat analog dem Basisfallwert ohne Ausgleiche, der in vielen Fällen ab 01.01. zur Abrechnung genutzt wird.

Der technische Basisfallwert ist kein Ermittlungsschema für den Landesbasisfallwert. Die Frage eines technischen Basisfallwertes stellt sich völlig unabhängig vom Tatbestand eines Landesbasisfallwertes. Sie ist ebenfalls kein Präjudiz über die Anerkennung eines Krankenhauses als besondere Einrichtung.

Der technische Basisfallwert soll nicht Gegenstand einer Verhandlung sein. Es soll sich durch einfache, verfügbare Daten zweifelsfrei ermitteln lassen. Zwecks Vereinfachung wird auf eine Berücksichtigung der „Konvergenz-Komponente“, auf Budgetfortschreibung und auf die Berücksichtigung von Änderungen der Leistungsstruktur verzichtet.

Der technische Basisfallwert soll die Größenordnung des krankenhausspezifischen Finanzbedarfs berücksichtigen, ohne diese jedoch exakt abzubilden. Dies geschieht auch bei den gültigen Abschlagsregelungen nicht. Eine undifferenzierte Festlegung des Basisfallwertes z.B. in Höhe des Landesbasisfallwertes soll jedoch vermieden werden.

Basisfallwerte ergeben sich – vereinfacht dargestellt – als Division eines Budgets durch den Casemix des Hauses.

Es wird vorgeschlagen, immer das zuletzt verfügbare, genehmigte Budget zu verwenden. In der Regel dürfte dies das Budget des Jahres 2003 sein.

Sofern es sich um ein „Mischhaus“ mit psychiatrischer Abteilung handelt, wird das entsprechende Abteilungsbudget herausgerechnet.

Die Berechnung des Casemix erfolgt durch Rückgriff auf die 21er Daten des Jahres 2003. Das InEK wird beauftragt die Daten mit der DRG-Version 2005 zu gruppieren.

Anmerkung: Da es sich beim Budget im Zähler um einen Vereinbarungswert, beim Casemix im Nenner jedoch um einen Ist-Wert handelt, ergeben sich in Abhängigkeit von der Mehr- oder Mindererlössituation Variationen des technischen Basisfallwerts. Mehrerlöse (in 2003) führen zu einem vergleichsweise niedrigeren technischen Basisfallwert, Mindererlöse wirken sich erhöhend aus. Insofern hat der hier definierte Basisfallwert eine gewisse Ausgleichswirkung: Mehr- oder Mindererlöse werden bereits im Abschlagswert rücktransferiert. Dies ist letztlich eine Finanzbewegung „in die richtige Richtung“, entspricht aber nicht dem üblichen Verfahren, den Abschlagswert ohne Ausgleich zu verwenden. Eine praktikable Lösung, diesen – weder besonders starken, noch besonders schädlichen – Effekt auszugleichen, existiert derzeit nicht. Aufgrund der Probleme bei der Fallzählung müssen insbesondere alle Lösungsmöglichkeiten, den Casemix durch ein Produkt aus Casemixindex und vereinbarter Fallzahl zu ersetzen, verworfen werden.

Die Errechnung des technischen Basisfallwertes sollte durch das InEK erfolgen. Das letzte genehmigte Budget müsste dem InEK durch die Aufsichtsbehörden oder die Vertragspartner vor Ort zur Verfügung gestellt werden.

### **Textvorschlag für Änderungsformulierung**

§ 12 des KHEntgG wird in zwei Absätze unterteilt. Der bisherige Regelungsgegenstand wird in Absatz 1 behandelt und ein neuer Absatz 2 mit folgendem Inhalt eingefügt:

*„Für Krankenhäuser, bei denen zum 01.01.2005 noch kein genehmigter Budgetabschluss mit Basisfallwert für 2003 oder 2004 vorliegt, ist ein technischer Basisfallwert festzulegen. Die Berechnung des technischen Basisfallwertes wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgenommen. Der technische Basisfallwert ergibt sich aus der Division des letzten genehmigten Budgets durch die Summe der effektiven Bewertungsrelationen des betreffenden Krankenhauses. Hierzu sind dem InEK durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 die jeweils letzten genehmigten Budgets zu übermitteln. Das Budget ist dabei gemäß § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe a) KHEntgG zu bereinigen. Zur Berechnung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen sind die Daten nach § 21 KHEntgG des Jahres 2003 durch das InEK mit der DRG-Version 2005 zu gruppieren. Das InEK teilt den technischen Basisfallwert den Vertragsparteien und den zuständigen Landesbehörden mit.“*

Nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG ist folgender neuer Satz 4 einzufügen:

*„Ab dem Jahr 2005 ist der technische Basisfallwert gemäß § 12 Abs. 2 KHEntgG anzuwenden.“*

## **Zusätzliche Kosten infolge der Umsetzung des KrPflG**

***Zu Nr. 2 d) neu (§ 4 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG und § 6 Abs. 1 Nr. 7 BPflV)***

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Nach wie vor enthält § 4 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG und § 6 Abs. 1 Nr. 7 BPflV eine Öffnungsklausel wegen möglicher zusätzlicher Kosten infolge der Umsetzung des KrPflG.

### **Begründung**

Nach der umfassenden Ist-Kosten-Ausgliederung der Ausbildungskosten aus den Krankenhausbudgets für 2005 ist nicht mehr ersichtlich, worin verhandlungsbedürftige Tatbestände aus dem Bereich KrPflG im Rahmen der Verhandlungen der Krankenhausbudgets liegen könnten, die Öffnungsklauseln erforderlich machen. Der ursprüngliche Zweck dieser Öffnungsklausel entfällt mit der Neuregelung der Finanzierung der Ausbildungsstätten ab 2005.

Sofern die Öffnungsklausel bestehen bleibt, besteht die Gefahr von Doppelfinanzierungen.

### **Vorschlag**

§ 4 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG und § 6 Abs. 1 Nr. 7 BPflV sind zu streichen.

# Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten (§ 21 KHEntgG)

## Beabsichtigte Neuregelungen

In § 21 KHEntgG muss eine Änderung vorgenommen werden, damit die Selbstverwaltungspartner der Bundesebene die Krankenhausdaten nach § 21 KHEntgG tatsächlich nutzen können.

## Begründung

Zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems und zur Umsetzung weiterer Aufgaben der Bundes- und Landesebene (z.B. Berechnung der Kosten für die Ausbildungsplätze und Abwicklung der Fondfinanzierung, Ermittlung des Basisfallwertes, Krankenhausplanung) haben die Krankenhäuser die in § 21 KHEntgG genannten Daten innerhalb der vorgegebenen Fristen an eine von den Selbstverwaltungsparteien auf Bundesbene zu benennende Stelle zu liefern. Diese Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und leitet sie entsprechend der jeweiligen Aufgabenstellung an die Selbstverwaltungsparteien auf Bundes- und Landesebene sowie an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden weiter (§ 21 Abs. 3 Nrn. 1–3 KHEntgG).

Die Lieferung an die Datenstelle und die Weitergabe der Daten nach einer Plausibilitätsprüfung stellt sich zunehmend problematisch dar. Zum einen erfolgt die Weitergabe der Daten aufgrund der im Gesetz genannten Fristen nur zeitverzögert. Hinzu kommt, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als die von den Selbstverwaltungsparteien der Bundesebene bestimmte Datenstelle von interessierter Seite bereits als Element der Vertragsparteien gem. § 17 b Abs. 2 Satz 1 KHG deklariert wird. Mit dem Vorliegen der Daten im InEK wird die Übermittlungsvorgabe des § 21 Abs. 3 Nr. 1 KHEntgG bereits als erfüllt erklärt. Da viele Aufgaben der Selbstverwaltung aber nicht vom Institut, sondern von den Vertragsparteien gem. § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG selbst wahrgenommen werden, fehlt es dort an der Grundlage für entsprechende Berechnungen und Ausarbeitungen. Deutlich wird dies jetzt bei der Berechnung und Vereinbarung der Kosten je Ausbildungsplatz gem. § 17a Abs. 3 Satz 1 KHG. Die von den Krankenhäusern gelieferten Daten für 2002 weisen Differenzen auf, die einer besonderen Plausibilisierung bedürfen. Eine Prüfung auf Plausibilität ist nur bei den Selbstverwaltungsparteien (und nicht beim InEK) aufgrund der dort vorliegenden LKA-Daten möglich.

## Vorschlag

In § 21 Abs. 3 Satz 1, Satz 3 und Satz 7 KHEntgG werden die Wörter „**Die DRG-Datenstelle**“ durch die Wörter „**Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus –InEK**“ ersetzt.

§ 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

1. *krankenhausesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe a bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems und zu Zwecken der Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V an jede einzelne Vertragspartei nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,*

# **Abrechnungsverfahren nach § 117 SGB V; § 118 SGB V und § 119 SGB V**

## **Beabsichtigte Neuregelungen**

Das Abrechnungsverfahren für ambulant erbrachte Leistungen im Krankenhaus, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen direkt mit den Krankenkassen und ihren Verbänden abgerechnet werden, sollte kassenartenübergreifend standardisiert werden. D.h. Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die Struktur des elektronischen Datenaustausches der Leistungen von Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren sind durch die Spitzenverbände der Krankenkassen festzulegen. Bislang hat der Gesetzgeber für diese Leistungen das Verhandlungsmandat den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und den Leistungserbringern (Krankenhäuser, Hochschulkliniken etc.) überlassen, so dass diese gemeinsam und einheitlich Vereinbarungen zur Datenübermittlung in dem jeweiligen Bundesland festzulegen haben.

## **Begründung**

Für die Abrechnung der Leistungen nach § 117, § 118 und § 119 SGB V ist eine Regelung auf Spitzenverbandsebene der Krankenkassen sinnvoll. Die jetzige Kompetenzverlagerung auf die Landesebene hat zu keinem brauchbaren DTA-Verfahren geführt. De facto werden Millionen von Fällen per Hand oder gar nicht erfasst.

Für Leistungen gemäß § 116 b SGB V hat der Gesetzgeber bereits den Spitzenverbänden der Krankenkassen das Verhandlungsmandat überlassen, näheres über Form und Inhalt der Abrechnungsgrundlagen festzulegen. Aufgrund dessen ist für Leistungen gemäß § 117, § 118 und § 119 SGB V eine Regelung analog der des § 116 b SGB V i.V.m. § 295 Abs. 1b SGB V zu befürworten.

Hierdurch können zusätzlicher Verwaltungsaufwand und evtl. auftretende rechtliche Abgrenzungsprobleme bei länderübergreifenden Behandlungsfällen vermieden werden. (Bsp.: Versicherte aus Schleswig Holstein werden in Hamburg behandelt). Darüber hinaus lassen sich bei bestehender Rechtslage erhöhte Aufwendungen für softwaretechnische Entwicklungen nicht ausschließen, da mit unterschiedlichen Lösungsvorschlägen einzelner Bundesländer zu rechnen ist.

## **Vorschlag**

§ 120 Abs. 3 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart.“*

§ 295 Abs. 1b Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Ärzte, ärztlich geleitete Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur integrierten Versorgung (§140 a) oder zur hausarztzentrierten*

*Versorgung (§ 73 b Abs. 2) abgeschlossen haben, sowie Krankenhäuser, die mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen und zur Behandlung spezieller Erkrankungen (§ 116b Abs. 2) abgeschlossen haben, als auch Krankenhäuser die vom Zulassungsausschuss (§ 96) ermächtigt sind, Leistungen der Hochschulambulanzen (§ 117), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) zu erbringen, übermitteln die in Absatz 1 genannten Angaben, bei Krankenhäusern einschließlich ihres Institutskennzeichens, an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.“*

## **Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V**

### **Beabsichtigte Neuregelungen**

2005 ist erstmals der gesetzliche Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über das Jahr 2004 zu erstellen. Ab dann ist ein zweijähriger Berichtsrythmus vorgesehen. Es sollte aber stattdessen ein jährlich erscheinender Bericht vorgesehen werden.

### **Begründung**

Ziel des Qualitätsberichts ist die Erhöhung der Transparenz und Qualität der stationären Versorgung. Den Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und ihren Verbänden hat der Gesetzgeber den Auftrag erteilt, die Vertragsärzte und die Versicherten auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen (§ 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V).

Auf der Basis eines zweijährigen Berichtsrythmus kann dieser Auftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kostenträgern nicht erfüllt werden. Es widerspricht dem Transparenzgedanken und dem Anliegen der datenbasierten vergleichenden Versichertenberatung, dies nur über den Stand der geraden Jahre tun zu können. Angesichts des erwarteten massiven Strukturveränderungsprozesses (DRG-induzierte Spezialisierung) müssten Versicherte auf zwei Jahre alte Daten zurückgreifen.

Da der Bericht weitgehend standardisiert ist, hält sich der Zusatzaufwand für einen jährlichen Bericht in engen Grenzen.

Auf Grund dieser Erwägungen ist der Berichtsrythmus einjährig festzulegen.

### **Vorschlag**

§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Inhalt und Umfang eines im jährlichen Abstand zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, ...“*

# **Gemeinsame Änderungsvorschläge**

**seitens des**

**Deutschen Pflegerates**

**sowie**

des AOK-Bundesverbandes,

des BKK Bundesverbandes

des IKK-Bundesverbandes,

des Bundesverbandes der landw. Krankenkassen,

der Bundesknappschaft,

der See-Krankenkasse,

des AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V.,

des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.,

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

*bezüglich*

**§ 17a und b KHG**

*sowie*

**§ 4 Absatz 2 und 3 KHEntgG**

**- jeweils in der derzeit geltenden Fassung -**

## Änderungsvorschlag zu § 17a KHG

1. In Absatz 3 wird ein neuer Satz 2 eingefügt „Auswirkungen aufgrund des neuen Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze sind zu berücksichtigen; hierzu sind die Berufsorganisationen der Krankenpflege zu beteiligen.“ Satz 2 wird Satz 3.
2. Nach Absatz 3 wird ein neuer Absatz 4 eingefügt: „(4) Die Berufsverbände für die Berufe nach § 2 KHG erarbeiten gemeinsam mit den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 Empfehlungen für Qualitätsindikatoren.“ Ab Absatz 4 werden die anschließenden Absätze neu nummeriert.
3. In Absatz 5 (neu) werden im Satz 1 unter 2. nach dem Wort „anzuwenden“ die Wörter „und ab dem Jahr 2006 die Empfehlungen nach Absatz 4 angemessen zu berücksichtigen“ eingefügt.
4. Im Absatz 6 (neu) werden die Wörter „Absatz 4“ durch „Absatz 5“ ersetzt. Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: Sie hat über die Verwendung der Mittel den Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Rechenschaft abzulegen.
5. Im Absatz 7(neu) werden die Wörter „Absatz 5“ durch die Wörter „Absatz 6“ ersetzt.
6. Nach Absatz 7 (neu) wird ein neuer Absatz 8 eingefügt: „Eine Fehlschätzung der nach Absatz 3 auszugliedernden Kosten ist bei den Budgetvereinbarungen für die Jahre 2006 und 2007 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 mit entsprechenden Ausgleichszahlungen zu berücksichtigen.“.
7. Absatz 7 wird gestrichen.
8. In Absatz 9 (neu) werden die Wörter „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 5“ ersetzt.
9. Absatz 9 wird Absatz 10.

## Änderungsvorschlag zu § 17b KHG

Die im Gesetzentwurf 2. FPÄndG vorgeschlagene Streichung in Absatz 1 Satz 4 entfällt („für die nach Maßgabe dieses Gesetzes zu finanzierenden Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen“).

### Änderungsvorschlag zu § 4 KHEntgG

1. In **Absatz 2 Nr. 1 g)** werden im dritten Halbsatz die Wörter „ für das Jahr 2006“ durch die Wörter „für die Jahre 2006 und 2007“ ersetzt. Nach dem Wort „Ausgleichszahlung“ werden die Wörter „für das Jahr 2005“ durch die Wörter „für die Jahre 2005 und 2006“ ersetzt.
2. **Absatz 3** ist um folgende Nr. 3 zu ergänzen: „3. verändert, um den Berichtigungsbetrag zu Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe g).“