

(13) Ausschuss für Gesundheit

und Soziale Sicherung

Ausschussdrucksache

0099

vom 03.04.03

15. Wahlperiode

Gemeinsame Stellungnahme

des AOK-Bundesverbandes,

des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen,

des IKK-Bundesverbandes,

des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen,

der Bundesknappschaft,

der See-Krankenkasse,

des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V.,

des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.

des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

**zum Gesetzesentwurf der Fraktion SPD und BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN
zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem
für Krankenhäuser (BT-Drs. 15/614)
(Fallpauschalenänderungsgesetz, FPÄndG)**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung begrüßen die grundsätzliche Bereitschaft des Gesetzgebers, notwendige Korrekturen im Rahmen der DRG-Einführung durch gesetzliche Änderungen in Angriff nehmen zu wollen.

Mit dem vorliegenden Fraktionsentwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes wird die „Tradition“ der letzten Monate, die Entmachtung der Selbstverwaltung durch das BMGS fortgeführt. Insbesondere die Vorschrift, dass das BMGS sich per Rechtsverordnung über Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner hinwegsetzen kann, ist inakzeptabel. Die Regelung, mit der das BMGS Leistungen und Einrichtungen als Ausnahmebereiche von der DRG-Systematik deklarieren kann (§ 17b Abs. 7 Nr. 3 KHG) wird sehr kritisch gesehen. Allerdings ist diese bundeseinheitliche Lösung einer Regelungskompetenz auf niedrigerer Ebene z.B. durch die Ministerien der Länder vorzuziehen, weil sonst die Intransparenz erhöht würde und die Pflege und Weiterentwicklung des einheitlichen Klassifikationsansatzes erheblich erschwert würde.

Es sind einseitige Veränderungen der Rahmenbedingungen zur DRG-Einführung und zur Selbstverwaltungsarbeit vorgesehen, die allein zu Lasten der Krankenkassen gehen. Die inhaltlichen Änderungen sind zudem nahezu deckungsgleich mit den Forderungen der Leistungserbringerseite.

Aufgrund der Erfahrungen, die im Rahmen der Ersatzvornahme zum Optionsmodell gewonnen werden konnten, gibt es sicherlich Gründe, die Handlungsmöglichkeiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zu stärken. Eine generelle Legitimation für das BMGS, sich über Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner hinwegsetzen zu können, darf es aber nicht geben. Oberstes Ziel muss es sein, Ersatzvornahmen durch die Förderung von Selbstverwaltungslösungen zu verhindern. Die Einigungsfähigkeit eines Selbstverwaltungspartners wird nicht dadurch gestärkt, dass seine Positionen zu grundsätzlichen Fragestellungen im Fallpauschalenänderungsgesetz eins zu eins übernommen werden. Zu den elementaren Aufgaben der Selbstverwaltungspartner in diesem Jahr gehört die Einigung über ein Regelwerk. Wie dem BMGS bekannt ist, liegt die Kontroverse in der Anrechnung komplementärer und substitutiver Entgelte – zu denen auch die Entgelte nach § 6 KHEntgG gehören – auf die Zahl der DRG-Fallgruppen. Diese soll sich entsprechend der Vereinbarung vom 27.06.2000 in einer Bandbreite von 600 bis 800 DRG bewegen. Die erweiterte Öffnungsklausel hinsichtlich der Entgelte nach § 6 KHEntgG dürfte jegliche Kompromissbereitschaft der DKG bei den Verhandlungen über das Regelwerk zu Nichte machen. Das Erklären des Scheitern ist in dieser Sache durch das FPÄndG vorprogrammiert.

Die nunmehr gesetzlich vorgesehene zeitlich und inhaltlich erweiterte Öffnungsregelung krankenhausesindividueller Entgelte gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG manifestiert das Mischsystem, welches eigentlich mit der DRG-Einführung beseitigt werden sollte. Erneut möchten die Kostenträger die Frage aufwerfen, weshalb ein derartiger DRG-Einführungsaufwand betrieben werden soll, wenn das Nebeneinander von krankenhausesindividuellen und –übergreifenden Entgelten beibehalten wird. Die sich nunmehr abzeichnende DRG-Entwicklung koppelt sich immer stärker von den Vorgaben des GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 ab. Mit der Ersatzvornahme einer KFPV zum Optionsmodell hat die Politik bewusst auf eine Anpassung des australischen Klassifikationsansatzes auf deutsche Verhältnisse verzichtet. Anstatt die Voraussetzungen für einen solchen Adaptionsprozess zu verbessern, wird nunmehr versucht, ein DRG-System in die Rahmenbedingungen der BpflV von 1995 zu pressen. Die Grundübel des heutigen Finanzierungssystems bekommen einen gesetzlichen Bestandsschutz. Die Vorgabe, ein komplettes durchgängiges DRG-System einführen zu wollen, findet keine

Beachtung mehr. Mit der DRG-Einführung wird nach außen die Weichenstellung in Richtung eines Preissystems proklamiert; in der Realität wird das Selbstkostendeckungsprinzip mit seiner historisch gewachsenen Intransparenz festgeschrieben.

In der Begründung zum FPÄndG wird offen die Schutzfunktion gegenüber den Krankenhäusern erwähnt. Die Krankenkassen haben bereits mehrfach vor den Gefahren für die Beitragssatzstabilität gewarnt, die mit der DRG-Einführung verbunden sind. Im Optionsjahr wurde ein für deutsche Verhältnisse unausgereifter Klassifikationsansatz übernommen. Dieser Klassifikationsansatz begünstigt neben einem statistischen Fallzahlenanstieg einen systembezogenen Anstieg der Fallzahlen. So unterscheiden z. B. die australischen DRG-Fallgruppen unzureichend zwischen ein- und beidseitigen Operationen. Die Folge wird ein Fallzahlenanstieg sein, der nicht auf eine Zunahme von Patienten zurückgeht. Die daraus resultierenden Mehrkosten werden für die Kostenträger ausgabenwirksam. Die Ausgleichsmechanismen berücksichtigen dieses Problem nicht, da eine Unterscheidung zwischen Fällen und Patienten nicht vorgesehen ist. In der Praxis könnte dieses Problem z. B. einfach dadurch gelöst werden, dass das Mehrerlösvolumen zunächst durch die **Wiederaufnahmequote** (Fallzahl/Patienten) geteilt wird. Das Ergebnis wird dann der gesetzlich geregelten Ausgleichsberechnung unterzogen.

Die prospektive Schätzung der DRG-Fallzahlen ist Aufgabe der örtlichen Vertragsparteien. Somit kann zwar das Fallzahlrisiko von den Kostenträgern beeinflusst werden. Die Grundlagen, die für eine sachgerechte Fallzahlschätzung vorliegen müssten, fehlen aber. Mehrfach ist darauf hingewiesen worden, dass die Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (Anlage 1 des KHEntgG) diese Aufgabe nicht erfüllen kann. Die Krankenkassen haben ein Formular E1Plus entworfen und die gesetzliche Grundlage hierfür gefordert. Dieses Formular umfasst u. a. die Belegungstage und Fälle für Grenzverweildauerüber- und -unterschreitungen sowie für Aufnahme- und Entlassungsverlegungen. Ohne diese Angabe ist eine adäquate Fallzahlschätzung nicht möglich. Der Hinweis auf den Verwaltungsaufwand der Krankenhäuser ist völlig verfehlt, da die erforderlichen Daten aus den Abrechnungsdaten gemäß § 301 SGB V hervorgehen. Darüber hinaus haben bereits marktführende KIS-Hersteller gegenüber den Krankenkassen erklärt, die Einbindung in die DV-Verfahren problemlos sicherstellen zu können.

Die maschinelle Übermittlung der Verhandlungsunterlagen wird zwar ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehenen Unterlagen sind jedoch nahezu wertlos und bedürfen – wie oben bereits ausgeführt – einer grundlegenden Änderung. Die Konfliktlösung durch die Schiedsstelle wird ausdrücklich befürwortet, sie sollte sich allerdings nicht nur auf den Aufbau, sondern auch auf den Inhalt der Daten beziehen. Der Auftrag an die Selbstverwaltung in § 9 Nr. 6 KHEntgG muss deshalb auch auf die inhaltliche Ausgestaltung der Verhandlungsunterlagen (AEB) erweitert werden und ein Konfliktlösungsmechanismus für den Fall der Nichteinigung geschaffen werden, sofern keine gesetzliche Neuregelung (E1 plus) vorgesehen ist.

Die Verschiebung der Umstellung der Ausbildungsfinanzierung vom 1. Januar 2004 auf den 1. Januar 2005 wird begrüßt.

Ausdrücklich möchten wir darauf hinweisen, dass das InEK nur auf Weisung der Gesellschafter aktiv werden kann. Eine in der Begründung vorgesehene Regelung zu § 6 Abs. 2 KHEntgG greift in das Gesellschafterrecht des InEK ein. Ebenso wird das Haftungsrecht der Gesellschafter durch die Einfügung des Satzes 5 in § 17 b Abs. 2 KHG tangiert. Derartige Rahmenbedingungen dürften Überlegungen unter den Selbstver-

waltungspartnern hinsichtlich der Kündigung des Gesellschaftsvertrages nach sich ziehen.

Die folgende Stellungnahme beschränkt sich auf jene Gesetzespassagen, bei denen die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine explizit abweichende Meinung haben. Ergänzend werden einige Vorschläge zu den oben als regelungsbedürftig aufgeführten Bereichen gemacht.

Unabhängig von den konkreten Überlegungen zum Fallpauschalenänderungsgesetz haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine grundsätzliche Übereinstimmung hinsichtlich der Frage der künftigen Finanzierung von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gefunden.

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2c (§ 17b Abs. 7)

A. Beabsichtige Neuregelung

In der Neufassung des § 17b Absatz 7 wird unter Nummer 1 sichergestellt, dass das BMGS im Fall der Erklärung des Scheiterns durch eine der Vertragsparteien zustimmungsfreie Rechtsverordnungen erlassen kann. Dies entspricht dem bisherigen Inhalt des Absatzes.

In Nummer 2 wird festgelegt, dass das BMGS auch ohne Erklärung des Scheiterns tätig werden kann, wenn die Vertragspartner nach § 17b KHG zu den vom BMGS vorgegebenen Fristen keine Entscheidung herbeigeführt haben.

Das BMGS kann nach Nummer 3 per Rechtsverordnung sowohl bestimmte Leistungen als auch Einrichtungen festlegen, die aus dem Geltungsbereich der DRG-Vergütung ausgenommen werden.

Nach Satz 2 ist das BMGS befugt, Regelungen zu treffen, die von den Vereinbarungen der Selbstverwaltung abweichen.

B. Stellungnahme

Nr.1 des neuen Absatzes 7 ist redaktionell und umfasst die bisherige Regelungskompetenz.

In Nr. 2 werden die Möglichkeiten des BMGS, einzelne Verfahrensschritte zügig durchzuführen oder über vorgelegte Entwürfe zu entscheiden, stark beschleunigt. Vor dem Hintergrund des DRG-Anpassungsprozesses im Jahr 2002 und der Tatsache, dass das formelle Erklären des Scheiterns mehrere Wochen beanspruchen kann, ist diese Verfahrensweise zielorientiert und zu begrüßen. Sie nimmt den Vertragspartnern nach § 17b KHG die Möglichkeit durch taktische Maßnahmen unnötige Verzögerungen herbeizuführen.

Nr. 3 eröffnet dem BMGS die Möglichkeit, Leistungsbereiche oder sogar ganze Einrichtungen aus dem G-DRG System herauszunehmen. Dies gefährdet die Akzeptanz des gesamten Systems, ohne dass hierdurch die Situation der betroffenen Einrichtungen verbessert wird, da eine Vergütung dieser Leistungen mit tagesgleichen Pflegesätzen bei der bereits 1993 festgeschriebenen Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip noch weniger den besonderen Belangen der Patienten gerecht wird. Im Zusammenhang mit den Änderungen in § 6 Abs. 1 KHEntgG ist festzustellen, dass durch diese Änderungen der politische Einfluss medizinischer Interessensvertreter erheblich an Gewicht gewinnen. Fachgesellschaften und Interessenvertreter der Leistungserbringer wurden über das InEK aufgerufen, aktiv mitzuwirken und Vorschläge zu unterbreiten, um möglichst bald alle Krankenhausleistungen im DRG-System sachgerecht abzubilden. Mit der Neuregelung geht der Anreiz zur konstruktiven Mitarbeit am neuen Entgeltsystem verloren. Vielmehr werden die Fachgesellschaften ihre Anstrengungen darauf konzentrieren, dass das BMGS möglichst viele Bereiche und Einrichtungen als „Ausnahmebereiche“ deklariert, damit der Zustand der Kosten- und Leistungsintransparenz aufrecht erhalten bleibt. Dies würde der ordnungspolitischen Ausrichtung des G-

DRG-Systems widersprechen. Eine Erschließung von Kostensenkungspotenzialen ist auf diese Weise nicht möglich. Allerdings ist die bundeseinheitliche Vorgehensweise durch das BMGS einer dezentralen Festlegung z.B. seitens der zuständigen Landesministerien vorzuziehen, weil ansonsten zusätzlich die Einheitlichkeit des DRG-Systems gefährdet würde und die sachgerechte Pflege des Klassifikationsansatzes auf Bundesebene nicht mehr gewährleistet wäre.

Ein Hinwegsetzen seitens des BMGS über bereits getroffene Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner ist kontraproduktiv für die Arbeit und Einigungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Diese Möglichkeit sollte daher gestrichen werden.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Satz 1 Nr. 3 und Satz 2 streichen

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4a) (§ 6 Abs. 1)

A. Beabsichtige Neuregelung

Unter Nr. 4 a) wird die Geltungsdauer des § 6 Abs. 1 KHEntgG von 2004 auf 2006 verlängert und es wird der Bezug zwischen § 6 Abs.1 KHEntgG und den Möglichkeiten der Rechtsverordnungen in § 17b Abs. 7 KHG hergestellt. Außerdem wird die Möglichkeit eröffnet, krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren.

B. Stellungnahme

Die Verlängerung der Befristung der Regelung des § 6 Abs. 1 KHEntgG bis zum Jahr 2006 entbehrt jeder sachlichen Grundlage, da der § 6 Abs. 2 KHEntgG a.F. die zu dieser Zeit möglichen Probleme löst. Anstatt die Voraussetzungen zu schaffen, eine schnelle und adäquate Anpassung des Klassifikationsansatzes zu gewährleisten, werden weitere Ausnahmeregelungen geschaffen, die das System unterlaufen. Die Bereitschaft der Krankenhäuser, insbesondere der Universitätskliniken, sich am Kalkulationsverfahren zu beteiligen, wird gänzlich zerstört. Durch die budgetneutrale Ausgestaltung der DRG-Einführung entsteht den Krankenhäusern kein wirtschaftlicher Nachteil.

Zusatzentgelte können eine Berechtigung finden, wenn sie bundeseinheitlich definiert und bewertet werden. Krankenhausindividuelle Definitionen und Kalkulationen – auch wenn beabsichtigt ist, diese auf eng begrenzte Ausnahmen zu beschränken - führen zu einer massiven Intransparenz, da die entscheidenden Vergleichsparameter des DRG-Systems (Fallwert und CMI) verwässert werden. Die Umsetzung von sachgerechten Budgetverhandlungen wird dadurch nahezu unmöglich.

Ab dem Jahre 2005 ist es jedoch grundsätzlich sinnvoll, einzelne Leistungen, die im G-DRG-Katalog nicht adäquat abgebildet sind, über Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG abzurechnen. Hierbei muss jedoch sichergestellt werden, dass kein ökonomischer Anreiz entsteht, Leistungen aus dem G-DRG-Katalog auszugliedern, weil nach Auffassung der Krankenseite immer dann Leistungen nicht "sachgerecht" abgebildet sind, wenn die Erlöse die Kosten nicht decken. Der Ausnahmereich ist darüber hinaus insgesamt zu begrenzen. Um dies sicherzustellen, sind entsprechende Regelungen in die Verordnung aufzunehmen. So wird z. B. eine Regelung benötigt, die das Leistungsvolumen der Entgelte nach § 6 auf 2% des Gesamtbudgets begrenzt. Im § 10 Abs.3 ist sicherzustellen, dass die Entgelte nach § 6 sowohl im krankenhausesindividuellen Konvergenzprozess als auch bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts einbezogen werden. Die Entgelte für Leistungen nach § 6 müssen deshalb an die Entwicklung des Basisfallwerts gekoppelt werden. Ansonsten würde sich die paradoxe Situation ergeben, dass der Basisfallwert für die im System verbliebenen Leistungen mit jeder Leistung, die nach § 6 vergütet wird, sinkt. Der somit entstehende ökonomische Anreiz, seine eigenen Leistungen möglichst aus dem G-DRG-System auszugliedern, würde letztendlich das gesamte G-DRG-System zerstören.

Neben der inhaltlichen Begrenzung muss eine zeitliche Befristung der lokalen Vereinbarungen auf eine Laufzeit von maximal zwei Jahren vorgesehen werden, damit ein Anreiz besteht, Lücken in der DRG-Klassifikation zeitnah zu schließen. Ebenso ist die

Kalkulation lokal definierter Entgelte zwingend an bundesweite Vorgaben (Kalkulationshandbuch) zu binden.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Regelung Nr. 4a) streichen.

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4b) (§ 6 Abs. 2)

A. Beabsichtige Neuregelung

Unter Nr. 4b wird den Vertragsparteien nach § 11 die Möglichkeit eingeräumt, Entgelte nach § 6 Abs. 2 (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) auch über Zusatzentgelte zu vergüten. Ferner wird die Frist, in der das Krankenhaus sich hinsichtlich der Vergütung von fraglichen Leistungen nach § 6 Abs. 2 zu informieren hat, vom 30. September auf den 31. Oktober eines Jahres verlegt.

B. Stellungnahme

Die Fristverlängerung in diesem Absatz findet die volle Zustimmung.

Die Frage, ob innerhalb des G-DRG-Katalogs eine entsprechende Leistung sachgerecht vergütet wird, lässt sich durch die Vertragsparteien nach § 9 nicht mit einem einfachen „ja“ oder „nein“ beantworten. Hierfür sind umfangreiche Informationen über die Art der Leistung und die Unterschiede in Kosten und Nutzen zu bisherigen Methoden notwendig. Eine entsprechende Prüfung kann folglich nicht geleistet werden. Die bisherige Formulierung sollte deshalb beibehalten werden.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Regelung Nr. 4b)

In Satz 1 werden die Wörter „oder Zusatzentgelte“ gestrichen. In Satz 3 wird das Wort "sachgerecht" gestrichen.

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4c) (§ 6 Abs. 3)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 6 Abs. 3 stellt klar, dass für die besonderen Einrichtungen, die von der DRG-Systematik ausgenommen sind, die Regelungen der BPfIV anzuwenden sind.

B. Stellungnahme

Diese Regelung wird ausdrücklich begrüßt, weil damit eine rechtlich Grundlage für die Budgetverhandlungen festgelegt wird, die die besonderen Einrichtungen nicht besser stellt als die Einrichtungen, die von vornherein von der DRG-Systematik ausgenommen sind.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Keiner

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5 (§ 7 Satz 1)

A. Beabsichtige Neuregelung

Nr. 5 a): Der Zuschlag für Ausbildungsstätten fällt als Entgeltart unter § 7 KHEntgG erst ab dem Jahr 2005 an.

Nr. 5b) streicht den nicht mehr gültigen Bezug auf die Jahre 2003 und 2004 im Zusammenhang mit den Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

B. Stellungnahme

Die Änderung Nr. 5 a) ist redaktionell erforderlich.

Nr. 5b) bezieht sich auf die Änderung von § 6 Abs. 1 KHEntgG und ist in Verbindung mit den Änderungsvorschlägen zu Artikel 2 Nr. 4b) bb zu streichen.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

Regelung Nr. 5b) streichen.

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 6 a u. b (§ 9 Abs. 1 u. 2)

A. Beabsichtige Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten den Auftrag, eine Vereinbarung zum Aufbau und zur Übermittlung der Daten für die Budgetverhandlungen zu treffen. Bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle.

B. Stellungnahme

Die Neuregelung ist zu begrüßen, geht aber nicht weit genug. Die gesetzlich vorgegebenen Formulare (AEB) sind inhaltlich unzureichend. Auf dieser Grundlage lassen sich keine sachgerechten leistungsbezogenen Verhandlungen führen. Deshalb sollte der Auftrag an die Selbstverwaltung erweitert werden, so dass auch der Inhalt der Datensätze vereinbart werden kann. Für den Fall der Nichteinigung muss auch hier die Schiedsstellenlösung greifen. Die Vereinbarungskompetenz ist nur dann notwendig, wenn der Gesetzgeber die Vorschläge der Kostenträger zur AEB (E1plus) nicht übernimmt.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 sollte daher wie folgt formuliert werden:

a) "bis zum 31. August 2003 den einheitlichen Inhalt und Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1."

Artikel 2

Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 7 (§ 11 Abs. 4 Nr. 1)

A. Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in Nr. 7a) bb reduziert die Übermittlungsverpflichtungen der Krankenhäuser in den Jahren 2003 und 2004 auf die Formulare E1, E2 und B1 sowie die LKA für das Jahr, in dem das Krankenhaus auf G-DRG umsteigt. Ausgenommen werden aus der LKA die Abschnitte V2 Spalten 3 bis 6 und aus den Abschnitt V3 Spalten 3 bis 8 sowie die Formulare K6 und K7.

Nr. 7b) stellt die Pflicht der Krankenhäuser klar, die entsprechenden Unterlagen in maschinenlesbarer Form zu übermitteln.

B. Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich abzulehnen, da sie nicht dazu geeignet ist, die für die Budgetverhandlungen notwendige Transparenz herzustellen. Die gesetzlichen Formulare der AEB sind völlig unzureichend. So ist es den Vertragsparteien nach § 11 auf der Basis der gesetzlichen Formulare nicht möglich die Berechnung des Basisfallwerts nachzuvollziehen. Informationen zu den Entgelten nach § 6 sind in der AEB ebenfalls nicht vorgesehen. Die Kostenträger haben deshalb bereits für den Pflegesatzzeitraum 2003 ein ergänzendes Formular „E1plus“ erarbeitet und vielfach erfolgreich mit den Krankenhäusern vereinbart. Nach uns vorliegenden Informationen haben bereits mehrere große Anbieter von Krankenhausinformationssystemen das Formular „E1plus“ in ihre Systeme eingebunden. Die Bereitstellung der zusätzlichen Angaben ist daher für die Krankenhäuser problemlos möglich.

Der Verzicht auf die Vorlage einer vollständigen LKA für das Jahr 2004 für Optionskrankenhäuser ist ebenfalls nicht nachvollziehbar. Gemäß § 3 Abs. 3 KHEntgG ist das Budget auch für Optionskrankenhäuser auf der Basis von § 6 Abs.1 BPfIV zu vereinbaren. Dies bedingt, dass die LKA einen wesentlichen Bestandteil der Pflegesatzvereinbarung bildet.

Die Verhandlungsdaten wurden bisher von den Krankenkassen manuell erfasst. Der hierdurch entstandene Erfassungsaufwand ist nicht zeitgemäß und kann durch die Lieferung der Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern an die jeweiligen Spitzenverbände der Krankenkassen und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft minimiert werden. Die Lieferung stellt außerdem eine weitere wichtige Datengrundlage für die Vertragsparteien nach § 17 b KHG mit Blick auf die Weiterentwicklung des DRG-Systems dar.

Für die Vereinbarung zur Übermittlung der Verhandlungsgrundlagen muss ein stringenter Konfliktlösungsmechanismus vorgesehen werden. Dies ist erforderlich, um den zu erwartenden und bereits eingetretenen Problemen vor Ort zeitnah zu begegnen und damit eine zügigere Umsetzung der DRG-Einführung sicherzustellen.

C. Textvorschlag für Änderungsformulierung

In Satz 1 werden nach dem Wort „Beteiligten“ ein Komma und die Angabe „den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1“ eingefügt.

Anlage 1 wird um die Formulare „E1plus“ und E3 (Entgelte nach § 6) ergänzt.

Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

- „1. für die Jahre 2003 und 2004 die LKA nach den Anlagen 1 und 2 der BPfIV, mit Ausnahme der Bundeswehrkrankenhäuser, die Abschnitte E1 [in Form von E1plus], E2, E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes.“

In Artikel 1 wird nach Nr. 2 eingefügt

§§ 17 c und 18 a KHG

3. § 17 c Abs. 2 KHG wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1: Statt „Krankenkassen gemeinsam“ wird eingefügt: „die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen“.
- b) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt: „Die aggregierten Prüfergebnisse sind den Auftraggebern zur Verfügung zu stellen.“

4. § 17 c Abs. 3 KHG wird wie folgt geändert:

Satz 1: Statt „Krankenkassen“ wird eingefügt: „die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 oder eine jeweilige betroffene Krankenkasse“.

Begründung

Die Ergänzungen dienen der Klarstellung über die zuständigen Akteure.

In Artikel 1 wird nach Nr. 4 neu eingefügt

Schlichtungsausschüsse der Länder nach § 17 c Abs. 4 KHG.

5. §§ 17c Abs. 4 und 18 a Abs. 2 und 6 KHG werden wie folgt geändert:

a) „Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 über die Prüfungsergebnisse nach den Absätzen 2 und 3 und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse die Schiedsstelle nach § 18 a KHG anrufen.“

b) Streichung der Sätze 2 bis 7 in Absatz 4.

c) § 17 c Abs. 4 Satz 8 wird redaktionell angepasst:

„Im übrigen vereinbart die Schiedsstelle nach § 18 a KHG...“

d) In § 18 a Abs. 2 KHG wird ein neue Satz 3 eingefügt:

„Bei der Schlichtung von Streitfällen aus Prüfungen nach § 17 c KHG wird der Vertreter des Verbandes der privaten Krankenanstalten durch einen Vertreter des MDK ersetzt.“

e) In § 18 a Abs. 6 KHG wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„Bei der Schlichtung von Streitfällen aus Prüfungen nach § 17 c KHG wird der Vertreter des Verbandes der privaten Krankenanstalten durch einen Vertreter des MDK ersetzt.“

Begründung

Zur Vermeidung von Intransparenz und unnötigen Doppelstrukturen sollten die separaten Schlichtungsausschüsse der Länder für die Abrechnungsprüfungen nach § 17 c KHG gestrichen und die entsprechenden Schlichtungsaufgaben bei den Schiedsstellen nach § 18 a KHG mit angesiedelt werden.

Zielsetzung von § 17c KHG ist ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren über das Erlösbudget des Folgejahres. Die Ergebnisse der Prüfungen aus § 17c KHG fließen direkt in die Pflegesatzverhandlungen und entsprechend in die Verfahren nach § 18 a KHG ein. Die Schlichtungsausschüsse für die Abrechnungsprüfungen nach § 17 c KHG stehen somit in ihrem Aufgabenbereich in sehr engem Sachzusammenhang zu den Pflegesatzverfahren und den Schlichtungen nach § 18 a KHG. Daher besteht nicht nur keine Notwendigkeit, Parallelstrukturen und Doppelungen von Schlichtungsstellen aufzubauen, vielmehr schafft dies sogar Intransparenz und unnötigen finanziellen Aufwand.

In Artikel 2 wird nach Nr. 8 eingefügt

Änderung der Ausgleichsberechnungen

9. § 3 Abs. 6 Satz 6 und § 4 Abs. 9 Satz 6 werden wie folgt ergänzt:

„1. Wiederaufnahmequotient, der sich ermittelt, in dem die Anzahl der stationär behandelten Patienten durch die Anzahl der Krankenhausfälle dividiert wird,“

Die fortlaufenden Nummern werden um den Wert eins erhöht.

Begründung:

Der noch nicht vollständig auf deutsche Verhältnisse angepasste Klassifikationsansatz führt zu einem statistischen und systemimmanenten Fallzahlenanstieg, der nicht auf eine medizinische Leistungsveränderung zurückgeht. Dies führt zu erheblichen und medizinisch nicht gerechtfertigten Mehrausgaben der Kostenträger, die in den Ausgleichsberechnungen berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus ist mit den Abrechnungsbestimmungen in der Krankenhausfallpauschalenverordnung der finanzielle Anreiz für die Krankenhäuser geschaffen worden, Patienten verstärkt unter Erlösgesichtspunkten wiederaufzunehmen (Fallsplitt).

In Artikel 2 wird nach Nr. 9 eingefügt

Datenlieferung der Krankenhäuser

10. § 11 Abs. 4 Satz 1 wird um Nummer 3 ergänzt:

- „3. die Ist-Quartalsdaten der Vorperioden in Form der Anlage 1 „E1plus“ jeweils zum 30.4, 31.7, 31.10 sowie zum 31.01. Werden die Daten nicht fristgerecht an die Vertragsparteien übermittelt, sind die Vertragsparteien berechtigt, bis zum Eingang der Datenlieferung, den Basisfallwert um 1% abzusenken.“*

Begründung:

In der Einführungsphase bis 2007 ist eine exakte Vereinbarung des Leistungsgerüsts für alle Vertragsparteien nur schwer möglich. Diese ist jedoch notwendig, um sicherzustellen, dass die Krankenhausaufgaben nicht durch ungenaue Prognosen und Vereinbarungen ansteigen und somit die Beitragssatzstabilität gefährden.

Um eine genauere Einschätzung der Entwicklung des Leistungsvolumens vornehmen zu können, ist es notwendig, dass die Vertragsparteien über die gleichen Informationen wie das Krankenhaus verfügen. Um dieses Ziel zu erreichen ist es erforderlich, dass die Ist-Quartalsdaten gemäß der Anlage „E1plus“ an die Vertragsparteien übermittelt werden. Im Formular „E1plus“ werden alle relevanten Leistungsdaten ausgewiesen, damit mit dem Krankenhaus ein leistungsgerechtes Budget vereinbart werden kann. Krankenhäuser, die ihrer Verpflichtung zur Datenlieferung nicht nachkommen, werden bis zum Eingang der Daten mit einem Abschlag in Höhe von 1% des Basisfallwertes sanktioniert.

In Artikel 2 wird nach Nr. 10 eingefügt

11. § 15 Laufzeit

Abrechnung eines technischen Basisfallwerts ab dem 01.01 2004

§ 15 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz wird ersetzt durch:

„für Krankenhäuser die zum 01.01.2004 in den Geltungsbereich des KHEntgG wechseln, wird zur Abrechnung der G-DRG ein vorläufiger technischer Basisfallwert angesetzt, falls bis zum 15. Dezember 2003 kein genehmigter Basisfallwert vorliegt. Die Festlegung erfolgt entsprechend § 10 Absatz 1, 2 und 6 Krankenhausentgeltgesetz. Der technische Basisfallwert hat keine präjudizierende Wirkung für die Budgetvereinbarung 2004.“

Begründung:

Die Erfahrungen vergangener Jahre zeigen, dass für einen Großteil der Krankenhäuser die Pflegesatzverhandlungen nicht prospektiv, sondern erst im Laufe des jeweiligen Jahres abgeschlossen werden. Die Ursachen für diese Verzögerungen lassen sich nur zu einem geringen Teil mit der verspäteten Aufnahme der Budgetverhandlungen erklären. Für den Pflegesatzzeitraum 2004 bedeutet dies, dass die vom Gesetz gewollte flächendeckende Einführung des G-DRG-Systems zum 01.01.2004 nicht stattfinden wird. In einigen Ländern muss sogar damit gerechnet werden, dass Krankenhäuser erst in den Jahren 2005 oder 2006 auf G-DRG umsteigen. Hieraus entstehen sowohl für die Kostenträger als auch für die betroffenen Krankenhäuser erhebliche Probleme.

Für Krankenhäuser, die in 2004 unterjährig auf die G-DRG umsteigen, führt die Abrechnung von klassischen BPfIV-Entgelten (Abteilungspflegesätze, Basispflegesatz, Fallpauschalen und Sonderentgelte) und G-DRG innerhalb eines Pflegesatzzeitraumes zu gravierenden Problemen. Die Erfahrungen, die bereits heute mit den Spätumsteigern in 2003 bestehen, belegen dies.

Daher schlagen wir vor, dass Krankenhäuser die zum 15. Dezember 2003 keine Budgetvereinbarung abgeschlossen haben einen „vorläufigen technischen Basisfallwert“ abrechnen. Hierdurch wird sichergestellt, dass die flächendeckende Einführung der G-DRG nicht durch verzögerte Budgetverhandlungen blockiert wird. Außerdem ist diese Vereinbarung ein Testlauf für die Ermittlung der landeseinheitlichen Basisfallwerte, die erstmals für 2005 vorgenommen werden soll.

Dieser technische Basisfallwert sollte auch als Orientierungsgröße für die Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Berufgenossenschaften herangezogen werden. Auf diese Weise könnte die Verhandlungen mit diesen vergütungstechnischen Sonderfällen erheblich vereinfacht werden.

Nach Artikel 2 wird eingefügt

Artikel 3 neu

1 Änderung des § 60 SGB V

Fahrkosten bei Verlegungen;

§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

“Bei Leistungen, die stationär erbracht werden – mit Ausnahme von Notfällen und einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein Wohnort nahes Krankenhaus – gilt dies bei Abrechnung von Fallpauschalen nicht für eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus.”

Begründung

Zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen sollte klar gestellt werden, dass bei Abrechnung von Fallpauschalen Verlegungsfahrten in andere Krankenhäuser nicht separat von der Krankenkasse übernommen werden.

Die zum 30.04.2002 neu in das SGB V aufgenommene Fahrkostenregelung bei Fallpauschalen muss an die mittlerweile differenzierte Abrechnungsmöglichkeit der Krankenhäuser angepasst werden. Um zu vermeiden, dass bei Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern zusätzliche Fahrkosten gegenüber den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden, ist klarzustellen, dass bei Fahrten von einem Krankenhaus zu einem anderen Krankenhaus die Kosten nur bei Notfällen oder bei Verlegungen mit Zustimmung der Krankenkassen übernommen werden.

Artikel 3 neu

2) Änderung § 301 SGB V Krankenhäuser

Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- „3. den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, **die Beatmungsstunden**, bei Neugeborenen unter einem Aufnahmealter von 29 Tagen das Geburtsgewicht,“

Begründung

Im § 301 SGB V ist geregelt welche Angaben das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse abzugeben hat. Weiter ist durch diese Rechtsgrundlage geregelt, in welcher Form dies zu geschehen hat.

Der § 301 SGB V (i.d.F des Gesetzes vom 21.12.92; in Kraft seit 01.01.93) differenziert zwischen Angaben die in maschinenlesbarer Form zu erbringen sind, und solchen, deren Übermittlung in nicht-maschinenlesbarer Form zulässig sind.

Ein Großteil der Krankenhäuser übermittelt die Daten noch immer nicht in der seit 01.01.93 vorgesehenen Form. In Zahlen ausgedrückt stellt sich die Situation so dar, dass von ca. 2.200 Krankenhäusern in Deutschland 743 Häusern am produktiven Austauschverfahren teilnehmen. 287 Häuser befinden sich derzeit im Zulassungsverfahren (Stand: 03.02.2003)

Die nicht gesetzeskonforme Übermittlung der Fall- und Rechnungsdaten erschwert die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenversicherung und verursacht zusätzliche Kosten.

Änderung der Anlage 1 zum KHEntgG

Das Formular E1 wird ersetzt durch das Formular „E1 plus“

EXCEL

Änderung der Anlage 1 zum KHEntgG

Die Anlage 1 wird ergänzt um das Formular „E3 (Entgelte nach § 6)“

EXCEL

In Artikel 1 wird nach Nr. 2 eingefügt

Änderungsbedarf für die Qualitätssicherung:

1. § 17 b Abs. 1 Satz 5 KHG wird gestrichen.
2. In § 17 b KHG wird folgender Absatz 9 angefügt:

„Zur Finanzierung der Aufgaben gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr.1, 1. Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2

1. *einen Zuschlag für jede DRG-Fallpauschale, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege sowie die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr.1, 1. Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch finanziert werden (Qualitätssicherungszuschlag – Bund). Der Zuschlag dient insofern der Finanzierung der auf Bundesebene notwendigen Entwicklungs- und Auswertungsaufgaben, der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes Institut (BQS) wahrnehmen lassen sowie der Finanzierung des Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern,*
2. *das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien.*

Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 6 KHG. Der Satz 2 gilt entsprechend für die Finanzierung der Infrastruktur auf Landesebene. Kommt eine Vereinbarung auf Landesebene nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18 a Abs. 1.

3. § 7 Nr. 7 Krankenhausentgeltgesetz wird wie folgt geändert
- „7. den Qualitätssicherungszuschlägen nach § 17 b Abs. 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie ...“*

Begründung

Durch diese Änderung wird es ermöglicht, die notwendigen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr.1, 1. Halbsatz Fünftes Buch Sozialgesetzbuch in Analogie zum Systemzuschlag (Finanzierung der Kosten zur Entwicklung und Pflege der DRG-Fallpauschalen) zu finanzieren. Mit dieser Finanzierung wird Bürokratie in den Krankenhäusern und in der Selbstverwaltung abgebaut und damit die Akzeptanz des Verfahrens durch die administrative Vereinfachung erheblich verbessert. Die Finanzierung der Infrastruktur auf Bundes- und Landesebene erfolgt unabhängig von den einbezogenen Maßnahmen. Damit kann flexibler auf notwendige Veränderungen bei den einbezogenen Leistungen reagiert werden und es können auch Stichprobenerhebungen anstelle von Vollerhebungen durchgeführt werden. Der Zuschlag setzt sich wie bisher aus drei Komponenten zusammen. Neben der Finanzierung der Infrastrukturkosten auf Bundes- und Landesebene ist auch eine symbolische Finanzierung des Dokumentationsaufwandes in den Krankenhäusern enthalten.

Die Vertragsparteien beabsichtigen keine Erhöhung des Finanzvolumens durchzuführen, sondern die bisher zur Verfügung stehenden Mittel lediglich anders aufzubringen.

Krankenhaus:

E3 Aufstellung der sonstigen Entgelte für das Krankenhaus

Ist-Leistungen im abgel. PZR	
Vereinbarung lfd. PZR	
Forderung PZR	
Vereinbarungszeitraum PZR	

Fallpreise

§6 Entgelt	UGVD 1 Tg mit Abschlag	Mittlere VWD	OGVD 1 Tg mit Zuschlag	Fälle insgesamt			davon Normallieger				davon Kurzlieger				davon Aufnahme-Verlegungen				davon Entlassungs-Verlegungen				davon Langlieger			
				Bruttoanzahl	Σ BR ohne Zu und Abschläge	Σ effektive BR	Anzahl Fälle	Anzahl Tage Normlieger	BR Normlieger	Σ BR Normlieger	Anzahl Fälle Kurzlieger	Anzahl Tage mit Abschlag für Kurzlieger	BR Abschlag	Σ BR Abschläge	Anzahl Fälle Verlegung aus	Anzahl Tage mit Abschlag Verlegung Aufnahme	BR Abschlag	Σ BR Abschläge	Anzahl Fälle Verlegung aus	Anzahl Tage mit Abschlag Verlegung Entlassung	BR Abschlag	Σ BR Abschläge	Anzahl Fälle OVWD	Anzahl Tage mit Zuschläge Langlieger	BR Zuschlag	Σ BR Zuschläge
1				2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
SUMME																										

Tagespreise

§6 Entgelt	Fälle	Tage	Preis	davon		Erlös Summe
				Basisanteil	Abteilungsanteil	
1	2	3	4	5	6	7
SUMME						