



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Berlin, 22.09.2004

Herrn
Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender des Ausschusses
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1

11011 Berlin

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(6)
vom 22.09.04

15. Wahlperiode**

**Anhörung zum Gesetzentwurf eines 2. FPÄndG
hier: Stellungnahme der DKG**

Ihr Schreiben vom 10.09.2004

Sehr geehrter Herr Kirschner,

anliegend übersenden wir für die öffentliche Anhörung am 29. September 2004 die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (BT-Drs. 15/3672).

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass die DKG-Stellungnahme auch den notwendigen Änderungsbedarf zu den ambulanten Öffnungstatbeständen des GMG beinhaltet. Da der Gesetzentwurf eines 2. FPÄndG auch Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorsieht, erachten wir dieses Gesetzgebungsverfahren insoweit als den geeigneten Rechtsrahmen für unsere Forderungen.

Mit freundlichen Grüßen
Der Hauptgeschäftsführer
In Vertretung:

Gez. Renzewitz
Leiterin Bereich Politik

Anlage

Stellungnahme
der
Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum
diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur
Änderung anderer Vorschriften
(2. Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)
- BT-Drs. 15/3672 -**

**Antrag der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Horst Seehofer,
Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU**

**„Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten durch
sachgerechte Fallpauschalen“
- BT-Drs. 15/3450 -**

Einleitung und Zusammenfassung der wesentlichen Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Ziele eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems sind Leistungstransparenz und leistungsgerechtere Vergütungen. Nach Jahren der Budgetdeckelung sind die Krankenhäuser an der Grenze ihrer finanziellen Belastbarkeit. Sie sind daher dringend auf leistungsgerechtere Vergütungen und verlässliche Rahmenbedingungen angewiesen. Mit der Implementierung eines neuen Vergütungssystems ist allerdings nicht die Frage gelöst, wie in Zukunft die allgemeine Finanzknappheit im Krankenhaussektor behoben werden soll. Durch das DRG-System werden lediglich die vorhandenen Finanzmittel innerhalb des Krankenhaussektors umverteilt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert:

- Fünf Konvergenzschritte
- Konvergenzstufen 10 %, 20 %, 20 %, 25 %, 25 %.
- Einführung einer Kappungsregelung für die Konvergenz
- Entfristung und Individualisierung der Öffnungsklauseln und Zuschlagsregelungen (schiedsstellenfähig)
- Änderung der Finanzierung der Ausbildungsstätten (§ 17a KHG) wie im Gesetzentwurf vorgesehen
- Vollständige Berücksichtigung der Veränderungsrate bei der Ermittlung des Ausgangswertes
- Legaldefinition für teilstationäre Leistungen im Rahmen von § 39 SGB V
- Gesetzliche Klarstellung in § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V, dass die Integrationsversorgung eine ambulante Zulassung kraft Vertragsabschluss ermöglicht
- Gesetzliche Klarstellung der Regelung zur Anschubfinanzierung (§ 140 d SGB V) hinsichtlich der Nachweis- und Meldepflicht der Krankenkassen bei Abschluss von Integrationsverträgen
- Gesetzlicher Zulassungsanspruch in der Systematik des § 115 b SGB V für die gesamten Tatbestände des § 116 b Abs. 2 SGB V
- Zulässigkeit der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums unter Einbeziehung von Freiberuflern sowie Zulässigkeit der Ausübung ärztlicher Tätigkeit eines im Krankenhaus angestellten Arztes auch im Medizinischen Versorgungszentrum (und umgekehrt)

- Berechtigung der Krankenhausapotheken zur Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause sowie zur Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten zur häuslichen Anwendung

I. Verlängerung der Konvergenzphase auf 5 Schritte

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Entscheidung der Bundesregierung, die bisherigen Regelungen zur Konvergenzphase anzupassen. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Verlängerung des Anpassungszeitraums um lediglich ein Jahr und die Absenkung des Einstiegswinkels im Startjahr 2005 auf 15 vom Hundert sind jedoch weder dem Reifegrad des Systems noch den mit der Konvergenzphase verbundenen strukturellen Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft angemessen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert

- eine Konvergenz in 5 Schritten
- mit Konvergenzstufen 10 %, 20 %, 20 %, 25 %, 25 %.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft betont an dieser Stelle ausdrücklich, dass die Einführung des G-DRG-Systems, explizit der Beginn der Konvergenzphase im Jahre 2005, von den Krankenhäusern nicht in Frage gestellt wird. Allerdings soll in Deutschland das G-DRG-System als Preissystem für Krankenhausleistungen entwickelt werden. An ein Preissystem müssen hohe Anforderungen gestellt werden, damit die politisch gewollte Grundlage für eine stärker wettbewerblich orientierte Steuerung der Krankenhausversorgung auch sach- und versorgungsgerecht ist. Dies erfordert einen ausreichenden Reifegrad des G-DRG-Systems, mit dem sich die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser und damit auf die Versorgung der Bevölkerung rechtfertigen lassen.

II. Kappingsregelung und Individualisierung der Öffnungsklauseln sowie Zuschlagsregelungen

Fest steht, dass auch im Jahr 2005 nicht alle Krankenhausleistungen sachgerecht ausschließlich über Fallpauschalen und Zusatzentgelte abgebildet werden können, auch wenn die gemeinsamen Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene deutliche Verbesserungen des DRG-Kataloges für das Jahr 2005 erzielt und vereinbart haben.

Es muss im Sinne der Ziele des Fallpauschalensystems vermieden werden, dass Verwerfungen ausgelöst werden, die die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen bedrohen und nicht mehr reversibel sind, wenn sich der Reifegrad des Fallpauschalensystems in den Folgejahren erhöht.

Angesichts des fehlenden Reifegrades des Systems besteht jedoch die Gefahr einer Umverteilung, die unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht gerechtfertigt werden und politisch letztlich nicht gewollt sein kann.

Eine Verlängerung der Konvergenzphase alleine reicht daher nicht aus, um mögliche fehlsteuernde Wirkungen eines noch nicht ausreichend an die Leistungsstrukturen angepassten Fallpauschalensystems hinreichend abzufedern.

Aus diesem Grund **ergänzt** die Deutsche Krankenhausgesellschaft ihre mit der vorläufigen Stellungnahme vom 24. Juni 2004 geltend gemachten Forderungen zur Ausgestaltung der Konvergenzphase wie folgt:

1. Einführung einer Kappungsregelung mit folgender Ausgestaltung

- a) Befristung der Kappungsregelung auf die Laufzeit der Konvergenzphase
- b) Festlegung eines Kappungswertes als Prozentsatz
- c) Festlegung des veränderten Ausgangswertes als Bezugsgröße
- d) Festlegung des Kappungswertes in Höhe von jährlich 10 % des jeweiligen Konvergenzschrittes
- e) Ausgleich des Finanzierungsvolumens über den Landesbasisfallwert.

Die Einführung einer Kappungsgrenze begrenzt die DRG - Erlösbudgetminderung durch die Konvergenz an den Landesbasisfallwert. Damit soll den betroffenen Krankenhäusern eine realistische Möglichkeit gegeben werden, die internen Kostenstrukturen an das neue Vergütungssystem anzupassen, während gleichzeitig durch die Systemweiterentwicklung im Zeitverlauf die Präzision der Leistungsabbildung und somit die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung verbessert wird. Die Kappungsgrenze wirkt letztlich als Härtefallregelung für die Krankenhäuser, die infolge der Konvergenz wirtschaftlich nicht verkraftbare Defizite treffen würden.

Bezugsgröße für einen Kappungswert ist das DRG - Erlösbudget des Krankenhauses. Dadurch orientiert sich der maximal zu verkraftende Erlösverlust an dem bisherigen DRG - Erlösbudget.

Anders als bei strukturabhängigen Vergütungselementen (siehe unten) setzt eine Kappungsregelung keine vorherige strukturabhängige Festlegung bzw. Eingruppierung der Krankenhäuser voraus. Die Kriterien und die Regelungen einer Kappung können durch den Gesetzgeber einheitlich für alle Krankenhäuser vorgegeben werden. Hinsichtlich der Durchsetzbarkeit vor Ort stellt eine einheitliche gesetzliche Regelung gegenüber einer Verhandlungslösung für die Ortsebene eine klare und eindeutige Anspruchsgrundlage dar.

Aus Systemsicht entspräche eine jährlich neu zu erfolgende Kappung einer Individualisierung der Konvergenz für die betroffenen Krankenhäuser. Die Konvergenz zum Landesbasisfallwert würde grundsätzlich erhalten bleiben.

Nachfolgendes Beispiel soll die Wirkung einer Kappungsgrenze für das Jahr 2005 verdeutlichen:

Krankenhaus A ermittelt für das Jahr 2005 einen Ausgangswert (abgeleitet aus dem Erlösbudget 2004) i.H.v. 2 Mio. €

Der Zielwert 2005 (Case-Mix x landesweiter Basisfallwert) ergibt 1,7 Mio. €. Folglich liegt das Krankenhaus mit seinem Ausgangswert 300.000 € über dem Zielwert 2005.

Konvergiert werden müssten für das Jahr 2005 folglich 300.000 € mit einem Prozentsatz von 10% (DKG-Forderung) = 30.000 € (= Angleichungsbetrag)

Da diese 30.000 € mehr als 1 % des Ausgangswertes (2 Mio. €) ausmachen, ist aufgrund der Kappungsgrenze der Angleichungsbetrag auf 1 % des Ausgangswerts beschränkt, also auf 20.000 €.

Das für 2005 zu vereinbarende Erlösbudget beträgt demnach 1,98 Mio. €

Mit der Entscheidung für eine Kappingsregelung spricht sich die DKG inzidenter gegen strukturbezogene Vergütungselemente wie einen differenzierten Landesbasisfallwert, differenzierte Relativgewichte oder Strukturzuschläge aus.

Grundsätzlich problematisch für sämtliche strukturbezogenen Vergütungselemente ist die Frage der sachgerechten Definition und Abgrenzung eines Strukturmerkmals zur Bildung homogener Gruppen sowie die Identifikation bzw. Abgrenzung von Krankenhäusern anhand eines Strukturmerkmals.

Ohne homogene Gruppen würde eine Differenzierung nach Strukturmerkmalen grundsätzlich nicht zu einer leistungsgerechteren Vergütung führen. Denn auch innerhalb von Strukturgruppen wären deutliche Kostenunterschiede zu erwarten. Eine Differenzierung nach Strukturmerkmalen könnte somit eine sachgerechte Finanzierung selbst innerhalb einer Gruppe nicht gewährleisten. Können auch Krankenhäuser aus einer geringer bewerteten Strukturgruppe die gleichen Leistungsmerkmale wie Häuser einer höher bewerteten Gruppe aufweisen, wäre die unterschiedliche Vergütungshöhe den geringer vergüteten Krankenhäusern kaum zu vermitteln.

2. Entfristung und Individualisierung der Öffnungsklauseln und Zuschlagsregelungen (schiedsstellenfähig)

Im Gesetz sind Möglichkeiten für die Vereinbarung von Entgelten außerhalb des DRG-Kataloges

- (1) für Leistungen, die mit den Katalogentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können (§ 6 KHEntgG),
- (2) für besondere Einrichtungen (§ 6 KHEntgG);
- (3) für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 KHEntgG)
- (4) als Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte (§ 17b KHG)

vorgesehen, um noch vorhandenen Abbildungsschwächen des Systems begegnen zu können. Angesichts des auch für das Jahr 2005 noch fehlenden Reifegrades des Systems sowie des Eintrittes in die budgetrelevante Konvergenzphase kann auf Öffnungsmöglichkeiten auch weiterhin nicht verzichtet werden. Allerdings ist festzustellen, dass die bisherige Ausgestaltung der Öffnungsmöglichkeiten nur schwer praktikabel ist:

Als „nicht sachgerecht vergütete Leistungen“ werden bisher die nicht kalkulierbaren Leistungen abschließend in den bundeseinheitlichen Entgeltkatalogen vorgegeben. Diese Regelung sollte jedoch auch auf individuelle Leistungen eines Krankenhauses erweitert werden, insofern nachgewiesen wird, dass über die Fallpauschalen und

Zusatzentgelte eine sachgerechte Vergütung nicht möglich ist. Diese Individualisierung neben den bundeseinheitlichen Regelungen erscheint insbesondere auch deshalb sinnvoll, weil auf der Bundesebene nicht sämtliche auf der Ortsebene vorhandenen Leistungsspezifika bekannt sind und berücksichtigt werden können.

Zu den „Besonderen Einrichtungen“ für 2005 konnte innerhalb der Selbstverwaltung aufgrund eines grundsätzlich unterschiedlichen Systemverständnisses erneut kein Konsens erzielt werden. Eine Umsetzung für 2005 kann auf der bestehenden Rechtslage nur noch durch eine Rechtsverordnung des BMGS erfolgen. Als Alternative zu wiederholten Ersatzvornahmen schlägt die DKG vor, die „Besonderen Einrichtungen“ im KHEntgG so zu regeln, dass eine individuelle und sachgerechte Umsetzung auf der Ortsebene möglich wird. Mit den Vorgaben für „Besondere Einrichtungen“ muss dabei gewährleistet werden, dass neben ganzen Krankenhäusern (z. B. bestimmte Fachkliniken) insbesondere auch organisatorische Einheiten eines Krankenhauses (z. B. bestimmte Spezialfächer/-abteilungen) aus dem Fallpauschalensystem ausgenommen werden können, wenn sie als Einrichtung insgesamt oder als Einheit insgesamt nicht mit dem Pauschalensystem sachgerecht vergütet werden. Die Schiedsstellenfähigkeit für den Konfliktfall muss dabei gegeben sein.

Die gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung von „neuen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen“ mit Auskunftspflicht für die Selbstverwaltung bzw. das InEK sind in der Praxis kaum operationalisierbar und mit den zeitlichen Restriktionen der Budgetverhandlungsprozesse vor Ort nicht in Einklang zu bringen. Der Öffnungstatbestand müsste durch die Möglichkeit individueller Vergütungsvereinbarungen gangbar gemacht werden.

Eine Erweiterung der Öffnungstatbestände durch individualisierende Verhandlungsmöglichkeiten vor Ort zeichnet sich durch den Leistungsbezug dieser Lösung für eine sachgerechte Vergütung aus. Können die ausgenommenen Leistungen im Zuge der Systementwicklung einer sachgerechten Abbildung im System zugeführt werden, muss die Herausnahme in den folgenden Vereinbarungszeiträumen nicht länger in Anspruch genommen werden.

Die derzeitigen gesetzlichen Vorgaben zu den sonstigen Zuschlägen nach § 17b KHG stellen als „insbesondere Regelung“ auf die besonderen Aufgaben von Zentren- und Schwerpunkten ab. Grundsätzlich sind gemäß § 17b Absatz 1 Satz 4 KHG jedoch Zu- und Abschlagsregelungen für sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen, die nicht in die bundeseinheitlichen Entgelte einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäuser vorliegt, im System angelegt. Diese Regelung sollte auf die Möglichkeit individueller schiedsstellenfähiger Vereinbarungen vor Ort erweitert werden. Eine Individualisierung neben den bundeseinheitlichen Regelungen erscheint insbesondere deshalb sinnvoll, weil auf der Bundesebene nicht sämtliche auf der Ortsebene vorhandenen Leistungsspezifika bekannt sind und berücksichtigt werden können.

III. Finanzierung der Ausbildungsstätten (§ 17a KHG)

Die Neuformulierung des § 17a KHG trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Finanzierung von Ausbildungsstätten mittels empirisch gewonnener pauschaler Beträge je Ausbildungsplatz wegen einer unzureichenden Datenbasis verbunden mit überaus unterschiedlichen Kostenstrukturen und Organisationsformen von Ausbildungsstätten ohne die Inkaufnahme von erheblichen Unter- und Überfinanzierungen und daraus folgenden Verwerfungen in den vorgehaltenen Ausbildungskapazitäten nicht möglich ist. Aus demselben Grund hält die DKG jedoch auch die Ermittlung und Anwendung von Richtwerten in dem im Gesetzentwurf vorgesehenen Zeithorizont für bedenklich. Der in § 17a Abs. 3 KHG ermöglichte Abschluss von Strukturverträgen mit dem Ziel wirtschaftliche Ausbildungsstrukturen zu erreichen und die Berücksichtigung der Sicherstellung einer regional erforderlichen Vorhaltung von Ausbildungsplätzen bei ihrer Finanzierung werden von der DKG ausdrücklich begrüßt.

In Bezug auf den Aufbau der Ausgleichsfonds auf Landesebene sind ergänzende Regelungen zu treffen, die mit der jetzigen Ausgestaltung verbundene Liquiditätsprobleme bei den Krankenhäusern oder beim Ausgleichsfonds ausgleichen.

IV. Vollständige Berücksichtigung der Veränderungsrate

Die DKG spricht sich entschieden dagegen aus, dass im Krankenhaussektor die Veränderungsrate mit Einstieg in die Konvergenzphase nur noch zum Teil berücksichtigt werden soll. Für das Jahr 2005 würde dies bedeuten, dass von der festgelegten Veränderungsrate (0,38 %) nur 15 % (Konvergenzschritt entsprechend Gesetzentwurf) finanzwirksam werden. Das entspräche einer Budgeterhöhung um 0,057 %. Bereits die für das Jahr 2005 festgestellte Grundlohnsummensteigerung von 0,38% bedeutet, dass die Budgets der Krankenhäuser faktisch nicht steigen.

In der Vergangenheit reichte selbst die volle Berücksichtigung der Veränderungsrate nicht aus, um die realen Kostensteigerungen der Krankenhäuser aufzufangen. Allein die in 2004 zu verzeichnenden realen Kostensteigerungen zeigen dies deutlich:

Personalkostensteigerungen von 3,08 % (West) bzw. 4,80 % (Ost)

Sachkostensteigerungen von etwa 2,0 % sowie

gesteigerte Ausgaben bei der Zusatzversorgung des Krankenhauspersonals.

Die DKG fordert daher eine vollständige Berücksichtigung der Veränderungsrate, d. h. der Ausgangswert für die Ermittlung des Erlösbudgets ist zwingend um die Veränderungsrate zu erhöhen.

V. Legaldefinition für teilstationäre Leistungen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt fest, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Legaldefinition teilstationärer Leistungen im Gesetzentwurf nicht mehr enthalten ist.

Eine Legaldefinition teilstationärer Leistungen ist jedoch zwingend erforderlich, insbesondere um

- eine Abgrenzung zu den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus zu ermöglichen und
- die Integration von teilstationären Leistungen in das G-DRG-System zu fördern. Dazu zählt auch die Entwicklung von teilstationären DRG-Fallpauschalen durch das INEK.

Eine Definition der teilstationären Versorgung muss allerdings gewährleisten, dass die bisher durch krankenhausplanerische Maßnahmen oder im Einvernehmen der örtlichen Vertragspartner als sinnvoll und erforderlich erachteten Versorgungskonzepte bestehen bleiben.

Die DKG schlägt folgende Formulierung für eine Legaldefinition vor:

§ 39 Abs.1 SGB V

„Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere auf Grund ihrer Komplexität, bestehender Risiken oder der fachlichen Expertise, der personellen, apparativen oder sonstigen technischen Voraussetzungen in einem Krankenhaus erbracht wird, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzeptes in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten oder für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt.“

VI. Gesetzliche Nachbesserung der Ambulanz durch Krankenhäuser

Die Leistungsstrukturen der Krankenhäuser werden infolge des G-DRG-Systems gravierende Änderungen erfahren. Strukturveränderungen durch Instrumente des Wettbewerbs sind erklärter politischer Wille. Ziel ist eine Verbesserung von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Unter diesem Gesichtspunkt korreliert die Einführung eines neuen Vergütungssystems auch mit den durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) geschaffenen Möglichkeiten neuer Versorgungsformen für Krankenhäuser. Ein diagnose-orientiertes Fallpauschalensystem erfordert eine ganzheitliche Fallbetrachtung. Eine künstliche Trennung der Behandlung in ambulante, vor-, voll- und nachstationäre ist einem solchen System fremd. Insbesondere mit der im GMG vorgesehenen weitergehenden Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen sind daher notwendige Instrumente geschaffen worden, um einer ganzheitlichen Fallbetrachtung auch strukturell Rechnung tragen zu können.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft muss acht Monate nach Inkrafttreten des GMG allerdings feststellen, dass die Öffnungstatbestände

- in Teilen praktisch nicht umsetzbar sind;
- von den Krankenkassen nicht genutzt werden sowie
- an der Blockadehaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen scheitern.

1. § 95 SGB V: Medizinische Versorgungszentren

Die Stellung der Medizinischen Versorgungszentren innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zeigt derzeit noch einige Schwierigkeiten in der Umsetzung. Insbesondere ist unklar, ob und inwieweit angestellte Krankenhausärzte auch in Medizinischen Versorgungszentren angestellt tätig werden dürfen (bzw. umgekehrt). Die bisherige Rechtsprechung zur vertragsärztlichen Zulassung von Krankenhaus-Ärzten kann aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht auf Medizinische Versorgungszentren übertragen werden.

2. § 116 b Abs. 2 SGB V: Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen, Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf

Die Umsetzung des § 116 b Abs. 2 SGB V ist dadurch gekennzeichnet, dass die Krankenkassen sich flächendeckend weigern, Verträge über Tatbestände des § 116 Abs. 2 SGB V – sei es über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen, oder die Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf abzuschließen. Es ist uns derzeit kein Vertrag bekannt, in dem mit einem Krankenhaus derartige Leistungen vereinbart worden sind. Vorrangig wird von den Krankenkassen für ihre Ablehnung vorgebracht, dass sie mit der Gesamtvergütung für den vertragsärztlichen Bereich bereits die finanzielle Abgeltung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geleistet haben. Da die Leistungen im Rahmen des § 116 b Abs. 2 SGB V den Krankenhäusern von den Krankenkassen direkt vergütet werden, sehen die Krankenkassen hierin eine doppelte Finanzierung, da die vertragsärztliche Gesamtvergütung nicht in dem Maße bereinigt wird, wie entsprechende Verträge mit Krankenhäusern Leistungen vorsehen.

3. §§ 140a ff. SGB V: Integrierte Versorgungsformen

• § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V

Die Regelung des § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V behindert sinnvolle Integrationsverträge. Danach sollen in der Integrationsversorgung nur solche Leistungen vereinbart werden können, für die einer der Vertragspartner auch einen Zulassungsstatus hat. Die Vertragspartner sollen sich lediglich innerhalb eines Integrationsvertrages darüber verständigen können, wer welche der vereinbarten Leistungen erbringen soll. Soweit ein Krankenhaus nicht über einen ambulanten Leistungsberechtigung verfügt, muss als Voraussetzung für eine ambulante Tätigkeit einer der anderen Vertragspartner einen ambulanten Zulassungsstatus in die integrierte Versorgung einbringen. Es liegt auf der Hand, dass ein zugelassener Vertragsarzt im Rahmen eines Integrationsvertrages nicht zustimmen wird, dass seine Leistungen von einem anderen Vertragspartner, sprich von einem Krankenhaus erbracht werden.

- **§ 140 d SGB V**

Nach dem Gesetzeswortlaut des § 140 d SGB V darf zur Finanzierung von integrierten Versorgungsverträgen ein prozentualer Abzug bei der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und den Krankenhausrechnungen durch die Krankenkassen erst vorgenommen werden, wenn diese auch einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben und ein konkret benötigtes Finanzierungsvolumen bezifferbar ist (Äquivalenzprinzip).

Um das Verfahren der Nachweispflicht zu vereinfachen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Dezember 2003 eine Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle getroffen. Krankenkassen sind danach gehalten, den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, inklusive des Finanzierungsvolumens, der betroffenen Region und des Kürzungssatzes an diese Stelle zu melden.

Obleich mit Stand Mitte Juli 2004 ca. 100 Vertragsmeldungen von Krankenkassen bei der Registrierungsstelle eingegangen sind, sehen einige Krankenkassen den nach § 140 d Abs. 1 SGB V erforderlichen Nachweis abgeschlossener Verträge nicht als verpflichtend an. Angesichts zulässiger finanzieller Kürzungen von bis zu 1 % ist jedoch ein Mindestmaß an Transparenz erforderlich, um das Konfliktpotenzial zu reduzieren.

4. § 14 Abs. 4 Apothekengesetz (ApoG)

Die Regelung des § 14 Abs. 4 Apothekengesetz (ApoG) verhindert sinnvolle Konzepte neuer Versorgungsformen und steht damit einer umfassenden Patientenbehandlung entgegen. Aufgrund der Gesetzesformulierung ist Krankenhausapotheken weder die Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause noch die Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten zur häuslichen Anwendung erlaubt. Die durch das GMG geschaffenen neuen ambulanten Versorgungsformen der Krankenhäuser dürfen aber nicht nur die medizinische sondern müssen auch die vertragliche Gestaltung der pharmazeutischen Versorgung ermöglichen.

Angesichts der aufgezeigten gesetzestechnischen Mängel sowie der Blockadehaltung der Vertragspartner steht zu befürchten, dass zentrale Regelungen des GMG ins Leere laufen. Damit würde die Chance einer echten Durchbrechung der sektoralen Trennung der Leistungsbereiche vertan. Den Schaden hat letztlich der Patient.

Stellungnahme zu den Regelungen des Gesetzentwurfes im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

- **Zu Nummer 3 (§ 17a KHG)**

Finanzierung von Ausbildungsstätten

Im Gesetzentwurf sind wesentliche Änderungen in der Finanzierung der Ausbildungsstätten vorgesehen (§ 17a KHG). Bei Überlegungen, wie die neuen Regelungen auf Landesebene konkret umgesetzt werden könnten, ist deutlich geworden, dass das Zusammenspiel zwischen den Zahlungspflichtigen (ausbildende und nicht-ausbildende Krankenhäuser), dem Fonds (bei der Landeskrankenhausesellschaft errichtet) und den Zahlungsempfängern (ausbildende Krankenhäuser) genauer austariert werden muss.

Bei der Ausgestaltung des Ausgleichsfonds besteht letztlich ein „dreifaches Liquiditätsproblem“:

- Die ausbildenden Häuser müssen liquide bleiben: Diesem Zweck dient die in § 17a Abs. 5 Satz 5 KHG enthaltene Vorschrift zur monatlichen Zahlung des Ausgleichsfonds an die ausbildenden Krankenhäuser.
- Die nicht-ausbildenden Häuser (d. h. die Zahlungspflichtigen oder Einzahler in den Fonds) müssen liquide bleiben: Dies bedeutet, dass der Ausgleichsfonds erst dann Zahlungen von den Einzelnen fordern kann, wenn diese ihrerseits auch die entsprechenden Beträge von den Krankenkassen erhalten haben. Konkret werden die Häuser die für die Behandlungsfälle im Januar in Rechnung gestellten Zuschläge frühestens Anfang März auch vereinnahmt haben. Ein früherer Zahlungstermin würde dazu führen, dass die Häuser Gelder an den Fonds überweisen müssen, die ihnen noch gar nicht zugeflossen sind. Damit droht ein Konflikt mit der Regelung zum „Strafzins“ bei Zahlungsverzug (§ 17a Abs. 5 KHG – siehe auch die Begründung hierzu: „Dabei sind für den Fall, dass Krankenhäuser die eingenommenen Zuschläge nicht zeitnah an den Ausgleichsfonds abführen, Zinszahlungen ... vorgesehen“).
- Schließlich muss auch der Fonds liquide bleiben. Eine Kreditaufnahme ist ebenso wenig vorgesehen wie eine „Anschubfinanzierung“ durch die Krankenkassen. Daher müssen zu den vom Gesetz vorgeschriebenen Zahlungsterminen entsprechende Mittel verfügbar sein. Wenn der Fonds nur tatsächlich vereinnahmte Zuschläge einfordert, ist bei realistischer Betrachtung eine Auszahlung der Zuschläge für die im Januar behandelten Patienten nicht vor Mitte März möglich.

Als Konsequenz der aktuellen Formulierung von § 17a KHG droht die Gefahr, dass die ausbildenden Krankenhäuser die im Gesetz vorgesehenen Abschlagszahlungen auf ihr Ausbildungsbudget aus dem Ausgleichsfonds nur anteilig und/oder stark verspätet erhalten und die daraus entstehenden Zwischenfinanzierungskosten zu

ihren Lasten gehen. Die DKG spricht sich daher für eine Klarstellung im Gesetzestext wie folgt aus:

Lösungsvorschlag:

- Streichung der Vorschrift zu monatlichen Auszahlungen in § 17a Abs. 5 KHG (Dies würde im übrigen auch eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung für die Landeskrankengesellschaften bedeuten).
- Ausdrückliche Erwähnung in § 17a Abs. 4 KHG, dass auch Zwischenfinanzierungskosten in das individuelle Ausbildungsbudget eingerechnet werden können.

Damit wird es den Landeskrankengesellschaften als Verwaltern des Ausgleichsfonds ermöglicht, die Zuschläge von den „Einzelnen“ erst dann anzufordern, wenn diese die Zahlungen auch tatsächlich erhalten haben. Die ausbildenden Häuser erhalten die Zahlungen aus dem Fonds mit entsprechendem Zeitverzug. Dies wird aber durch eine um die Zwischenfinanzierungskosten erhöhte Auszahlung kompensiert.

- **Zu Nummer 3a (§ 17a KHG):**

Richtwerte für die Kosten je Ausbildungsplatz und Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (§ 17a Abs. 2 KHG)

Die DKG hält die in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf formulierten Bedenken gegen die Möglichkeit der Ermittlung valider Richtwerte auf Basis der von den Krankenhäusern gelieferten Daten in dem vorgesehenen Zeithorizont weiter aufrecht. Richtwerte sind ausgehend von empirischen Durchschnittskosten wegen der unzureichenden Datenbasis, den bestehenden erheblich variierenden individuellen Kostenstrukturen der Ausbildungsstätten und ihrer zu berücksichtigenden Vielzahl von spezifischen Rahmenbedingungen und Organisationsformen in absehbarer Zeit nicht mit der notwendigen Evidenz zu ermitteln. Die DKG hält deshalb weiterhin eine Vereinbarung von Richtwerten frühestens nach Ablauf der Konvergenzphase für vertretbar.

Vereinbarung des Ausbildungsbudgets (§ 17a Abs. 3 KHG)

Die DKG hält die Formulierung in dem gegenüber dem Referentenentwurf neu eingefügten Satz 2, in dem bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Ausbildungsbudgets auf die Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze abgestellt wird, für äußerst problematisch. Die Kosten der Ausbildungsstätten werden überwiegend durch die im Rahmen krankenhausesplanerischer Maßnahmen geregelten Ausbildungskapazitäten, an denen sich ihre personelle und sachliche Ausstattung orientiert, verursacht. Mit der im Gesetzentwurf gefundenen Formulierung besteht die Gefahr, dass wegen einer vorübergehenden Minderbelegung die vorgehaltenen Ausbildungsplätze nicht mehr refinanziert werden können und somit eine negative Anpassung von Ausbildungskapazitäten an kurzfristige Schwankungen ihrer Belegung erfolgt. Die DKG plädiert deshalb für die Streichung des neu eingefügten Satzes.

Die DKG hält wegen der von ihr zu Absatz 2 vorgebrachten Bedenken gegenüber der Möglichkeit einer zeitnahen Ermittlung von sachgerechten landesweiten Richtwerten deren Berücksichtigung bereits in den Vereinbarungen im Jahre 2006 für nicht praktikabel.

Die DKG sieht die im Gesetzentwurf vorgenommene Ergänzung der von ihr begrüßten Ermöglichung des Abschlusses von Strukturverträgen zu den Ausbildungsstätten zwischen den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG, die dazu das Anstreben des Einvernehmens mit der zuständigen Landesbehörde vorsieht, als positiv an, da damit die Verantwortung der Länder für eine ausreichende Vorhaltung von Ausbildungsplätzen gestärkt wird.

Ermittlung des Ausbildungsbudgets für das Jahr 2005 (§ 17a Abs. 4 KHG)

Die DKG hält die durch Aufnahme des Satzes 4 in den Gesetzentwurf aufgenommene Möglichkeit der nachträglichen Korrektur einer Fehlschätzung bei der erstmaligen Ermittlung des Ausbildungsbudgets für das Jahr 2005 über einen bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 zu berücksichtigenden Ausgleich für eine sachgerechte Lösung.

Vereinbarung eines Ausgleichsfonds auf Landesebene (§ 17a Abs. 5 KHG)

Die DKG begrüßt die in den Gesetzentwurf aufgenommene Klarstellung, dass die Vereinbarung eines Ausgleichsfonds auf Landesebene erstmals für das Jahr 2006 möglich ist.

Schiedsstellenfähigkeit und Genehmigungspflicht der Vereinbarung eines Ausbildungsbudgets (§ 17a Abs. 8 KHG)

Die zusätzlich aufgenommene Erwähnung der Genehmigungspflicht einer Vereinbarung oder einer Schiedsstellenfestsetzung zu einem Ausbildungsbudget gemäß den Absätzen 3 und 4 wird befürwortet.

- **Zu Nummer 4 (§ 17b KHG)**

Individualisierung der Zuschlagsregelungen erforderlich

Für allgemeine Krankenhausleistungen, die nicht in die bundeseinheitlichen Entgelte einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, können gemäß § 17b Absatz 1 Satz 4 KHG bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge durch die Selbstverwaltung auf der Bundesebene vereinbart werden. Die Verhandlungen innerhalb der Selbstverwaltung über Zuschläge für die „besonderen Aufgaben“ von Zentren und Schwerpunkten nach § 17b Absatz 1 Satz 4 KHG in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG haben allerdings beispielhaft gezeigt, dass auf Kassenseite keinerlei Interesse an Regelungen für krankenhausesindividuelle Zuschläge besteht. Am 16.09.2004 wurde einvernehmlich das Scheitern der Verhandlungen festgestellt.

Um eine Umsetzung der im Gesetz bereits angelegten Systemelemente auf der Ortsebene zu ermöglichen, fordert die DKG, zusätzlich zu den Vorgaben für die

Selbstverwaltung, eine Verhandlungsmöglichkeit über individuelle, zuschlagsfähige Tatbestände für die Vertragspartner vor Ort mit Schiedsstellenfähigkeit in das KHEntgG aufzunehmen.

Die zuschlagsfähigen Tatbestände dürfen sich dabei nicht nur auf die „besonderen Aufgaben“ von Zentren und Schwerpunkten beschränken, sondern müssen auch weitere, krankenhausesindividuelle Aufgaben und medizinische Leistungen von Krankenhäusern zulassen, deren „Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt“. Dies betrifft z. B. krankenhausesübergreifende oder krankenhausesinterne medizinische und gesundheitssystembezogene Aufgaben, die mangels eines direkten Patienten- bzw. Fallbezugs nicht von den anderen Öffnungstatbeständen erfasst werden und daher sinnvoll über Zuschläge finanziert werden können.

- **Zu Buchstabe a**

Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Mit der unter bb) eingeräumten Möglichkeit der regionalen Differenzierung bei der Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte und der neu aufgenommenen Forderung an diese, ihre Leistungen zu benennen und kalkulatorisch zu bewerten und diese Unterlagen den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG im voraus zu übermitteln, wird die Variabilität der Aufgaben und besonderen Leistungen der Zentren und Schwerpunkte in den Ländern berücksichtigt. Der Gesetzentwurf sollte an dieser Stelle jedoch konsequent sein und eine explizite Öffnungsklausel für Vereinbarungen auf Landes- und Ortsebene über die Feststellung des Tatbestandes von Zentren und Schwerpunkten sowie die Höhe der Zuschläge und die Ausgestaltung der Zuschlagszahlungen aufnehmen, wie es in dem neu eingefügten Abs. 3 des § 5 KHEntgG als Auffanglösung bei Nichtzustandekommen einer bundesweiten Regelung vorgesehen ist.

- **Zu Buchstaben b und c**

Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe, Unterstützung der Kalkulationskrankenhäuser

Die DKG sieht weiterhin in der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Datenlieferung für die Kalkulation der G-DRG-Bewertungsrelationen den in absehbarer Zeit zielführenden Weg, um eine qualitativ hochwertige Datenbasis zu erhalten, auch wenn dabei von statistischen Kriterien zur Erlangung von Repräsentativität abgesehen wird. Im Gesetzentwurf wird dies durch die Ersetzung des Begriffs "Stichprobe" durch "sachgerechte Auswahl" in § 17b Abs. 3 Satz 3 KHG berücksichtigt.

Die Bindung von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation zur Refinanzierung des damit verbundenen hohen Aufwandes in diesen Krankenhäusern an die Qualität der gelieferten Daten wird ausdrücklich als ein angemessenes Verfahren angesehen. Der Anspruch auf Berücksichtigung der Daten eines Krankenhauses in der Kalkulation und die damit verbundene Honorierung sollte aber ausschließlich von der Ergebnisqualität der Datenlieferung abhängen. Dem widerspricht eine prospektive Entscheidung der Vertragsparteien über die Teilnahme einzelner Krankenhäuser. Der gegenüber dem Referentenentwurf im

Gesetzentwurf neu aufgenommene Satz 3 in § 17b Abs. 5 KHG sollte deshalb gestrichen werden.

Zu Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

- **Zu Nummer 1 (§ 3 KHEntgG)**

Klarstellung bezüglich der Erlösausgleiche

Im Rahmen der Klarstellung, dass der Erlösausgleich nach § 3 Abs. 6 nur für das Erlösbudget gilt, ist neben der beabsichtigten Änderung außerdem der Begriff „Gesamtbetrag“ durch „Erlösbudget“ zu ersetzen.

- **Zu Nummer 2 (§ 4 KHEntgG)**
- **Zu Buchstabe e**

Ermittlung des Ausgangswerts bei Leistungsveränderungen

Die DKG begrüßt die Klarstellung, dass wegfallende Leistungen nur dann absenkend berücksichtigt werden, wenn nicht bereits eine Verminderung nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG erfolgt. Eine doppelte Absenkung wird damit vermieden.

Im Zusammenhang mit der Ermittlung des Ausgangswerts hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft mehrfach die Berücksichtigung der Veränderungsrate gefordert. Bei der nunmehr vorgesehenen Systematik wird die Veränderungsrate im Jahr 2005 lediglich zu 15 % über den Zielwert berücksichtigt. Bei einer angenommenen Veränderungsrate in Höhe von 1 % kommt dies einer Erhöhung des Erlösbudgets um lediglich 0,15 % gleich. 85 % der bei Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V berechtigten Budgetanpassung werden automatisch dem System entzogen. Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen der Krankenhäuser wird damit noch stärker auseinander klaffen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher mit Nachdruck eine Ergänzung des § 4 Abs. 4 Satz 1 durch die Einfügung einer neuen Nr. 3, wonach auch der Ausgangswert um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erhöhen ist. Eine entsprechende Ergänzung des Abschnitts B2 der AEB ist ebenfalls vorzunehmen.

- **Zu Buchstabe g**

Konvergenzphase

1. Konvergenz in 5 Schritten erforderlich

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt grundsätzlich die Entscheidung des BMGS, die bisherigen Regelungen zur Konvergenzphase anzupassen. Die Korrektur ist mit einer Verlängerung des Anpassungszeitraums um lediglich ein Jahr und der

Absenkung des Einstiegswinkels im Startjahr 2005 von einem Drittel auf 15 vom Hundert jedoch unzureichend.

Nachdem für 2004 das erste an die deutsche Behandlungswirklichkeit angepasste G-DRG-System zur Verfügung steht, wird der Reifegrad des Systems in 2005 noch nicht in dem Maße entwickelt sein, dass sich die aus der Höhe des ersten Konvergenzschrittes resultierenden wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser rechtfertigen lassen. Im G-DRG-System 2004 sind weiterhin noch eine Reihe von Abbildungsschwächen wie bspw. eine unzureichende Differenzierung der Relativgewichte enthalten. Diese können aller Voraussicht nach auch im Fallpauschalenkatalog für 2005 noch nicht behoben werden.

Zudem stehen ergänzende Vergütungselemente (insbesondere Zusatzentgelte) auf Grund der noch unzureichenden Kalkulationsdaten noch nicht in dem Maße zur Verfügung, wie es für einen Ausgleich der ungenügenden Differenzierungen der Fallpauschalen erforderlich wäre.

Die Krankenhäuser, die gegenüber dem landesweiten Zielwert einen zu hohen individuellen Basisfallwert haben, benötigen ausreichend Zeit, um ihre Kosten- und Leistungsstrukturen an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen. Wird den Krankenhäusern diese Chance verweigert, droht Gefahr für die Sicherstellung der Versorgung. Nur bei einer angemessen langen Konvergenzphase mit flachem Einstiegswinkel können ungewollte Fehlsteuerungen durch das G-DRG-System rechtzeitig erkannt und vermieden werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert deshalb erneut, die Konvergenzphase bis 2009 zu verlängern, den Einstiegswinkel in 2005 auf 10 Prozent zu reduzieren und die Konvergenzschritte in den Folgejahren mit 20, 20, 25 und 25 Prozent vorzugeben.

2. Einführung einer Kappungsregelung erforderlich

Die DKG fordert die Einführung einer Kappungsregelung mit folgender Ausgestaltung:

- (1) Befristung der Kappungsregelung auf die Laufzeit der Konvergenzphase**
- (2) Festlegung eines Kappungswertes als Prozentsatz**
- (3) Festlegung des veränderten Ausgangswertes als Bezugsgröße**
- (4) Festlegung des Kappungswertes in Höhe von jährlich 10 % des jeweiligen Konvergenzschrittes**
- (5) Ausgleich des Finanzierungsvolumens über den Landesbasisfallwert**

Zu (1): Befristung der Kappungsregelung auf die Laufzeit der Konvergenzphase

Die Rahmenbedingungen für das G-DRG-System werden mit dem Krankenhausentgeltgesetz nur bis zum Abschluss der Konvergenzphase geregelt. Daher wird auch die Kappungsregelung auf die Dauer der Konvergenzphase begrenzt. Die Kappungsregelung steht in einem engen Zusammenhang mit dem noch fehlenden Reifegrad des Systems. Sofern ein ausreichender Reifegrad des

DRG-Systems erreicht wird, könnte diese entfallen. Da von einer jährlichen Systemverbesserung auszugehen ist, sieht der DKG-Vorschlag eine dynamische Kappungsgrenze vor, die mit der Höhe des Konvergenzschrittes proportional steigt. Entsprechend dem Vorschlag der DKG zur Verlängerung der Konvergenzphase würde die Kappungsgrenze daher letztmalig mit dem letzten Angleichungsschritt im Jahr 2009 in Höhe von 2,5 % Anwendung finden.

Zu (2): Festlegung eines Kappungswertes als Prozentsatz

Zur Umsetzung einer Kappungsregelung ist ein Kappungswert als Prozentsatz festzulegen. Je höher dieser Prozentsatz liegt, desto höher ist auch die mögliche Erlösbudgetminderung durch den Angleichungsprozess.

Zu (3): Festlegung des veränderten Ausgangswertes als Bezugsgröße

Neben dem Kappungswert (Prozentsatz) ist dessen Bezugsgröße festzulegen. Die DKG spricht sich für den veränderten Ausgangswert des jeweiligen Vereinbarungszeitraumes als Bezugsgröße aus (Ifd. Nr. 13 des Abschnitts B2 der AEB in der Fassung des Referentenentwurfes zum 2. FPÄndG). Diese Position des Abschnitts B2 entspricht dem DRG-Erlösbudget des letzten Vereinbarungszeitraumes unter Berücksichtigung der nach § 4 KHEntgG zu verhandelnden Anpassungen für den Vereinbarungszeitraum.

Für die technische Umsetzung im Rahmen der Budgetverhandlung eines Krankenhauses ist zunächst der Angleichungsbetrag entsprechend der derzeitigen Rechtslage aus Zielwert, verändertem Ausgangswert und der Höhe des Konvergenzschrittes zu ermitteln. Anschließend wird die Kappungsgrenze (Absolutbetrag) berechnet, indem der veränderte Ausgangswert mit dem Kappungswert (Prozentbetrag) multipliziert wird. Übersteigt der Angleichungsbetrag die berechnete Kappungsgrenze, ist der Angleichungsbetrag auf die Höhe der Kappungsgrenze zu reduzieren. Aus technischer Sicht ist somit lediglich eine Ergänzung des Abschnitts B2 um diese Vergleichsrechnung erforderlich.

Zu 4: Festlegung des Kappungswertes in Höhe von jährlich 10 % des jeweiligen Konvergenzschrittes

Die DKG spricht sich für einen dynamischen Kappungswert aus, der an die Höhe der Konvergenzschritte gekoppelt ist. Dies erscheint insofern sinnvoll, da in der Konvergenzphase mit einer jährlichen Systemverbesserung zu rechnen ist. Je besser das System die Krankenhausleistungen abbildet, desto höher kann auch der Kappungswert sein. Der Angleichungsbetrag eines Krankenhauses würde somit im Jahr 2005 maximal 1,0 % des Ausgangswertes betragen.

Insgesamt stellt sich die Entwicklung des Kappungswertes wie folgt dar:

Jahr	Konvergenzschrift	Kappungswert
2005	10 %	1,0 %
2006	20 %	2,0 %
2007	20 %	2,0 %
2008	25 %	2,5 %
2009	25 %	2,5 %

Zu 5: Ausgleich des Finanzierungsvolumens über den Landesbasisfallwert

Die Einführung einer Kappungsregelung führt dazu, dass die Absenkung der Erlösbudgets nicht bei allen Krankenhäusern in Höhe des jeweils geltenden Konvergenzschriftes erfolgt. Die Kappungsregelung greift jedoch nicht bei einer Erhöhung des Erlösbudgets durch den Konvergenzmechanismus. Im Hinblick auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der gemäß § 10 Abs. 2 KHEntgG bei der Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts zu beachten ist, sind die auf die Kappungsregelung zurückzuführenden Mittel absenkend beim landesweiten Basisfallwert zu berücksichtigen.

Das zu berücksichtigende Finanzierungsvolumen entspräche der Differenz zwischen rechnerischem Angleichungsbetrag ohne Kappungsregelung und dem resultierenden Angleichungsbetrag mit Kappungsregelung. Fehlschätzungen auf Grund der Einführung einer Kappungsregelung müssen gemäß dem mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen § 10 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes für das Folgejahr berichtigt werden können.

- **Zu Buchstabe c**

Erhöhung des Ausgangswerts um entfallende Zuschläge

Nach der derzeitigen Rechtslage wird bei der Ermittlung des Ausgangswerts das Erlösbudget des Vorjahres um die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände vermindert. Die Ausgliederung ist sachgerecht, da die über Zuschläge finanzierten Tatbestände dann nicht gleichzeitig über das Erlösbudget finanziert werden dürfen.

Es ist abzusehen, dass ab dem Jahr 2006 im Vorjahr vereinbarte Zuschläge nicht automatisch in die Vereinbarung für das kommende Jahr aufgenommen werden müssen. In diesem Fall hat im Gegenzug zu der o.g. Regelung eine Erhöhung des Ausgangswerts zu erfolgen. Eine derartige Möglichkeit zur Erhöhung des Ausgangswerts, wie sie auch für krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in § 4 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG bzw. § 6 Abs. 4 KHEntgG vorgesehen ist, fehlt bisher. Eine entsprechende Anpassung in § 4 Abs. 2 KHEntgG ist daher dringend notwendig.

- **Zu Buchstabe k (§ 4 Absätze 13 und 14 KHEntgG)**

Die in § 4 Abs. 13 und 14 KHEntgG vorgeschriebene Berechnung des Zuschlags anhand eines Vomhundertsatzes für jede einzelne DRG-Fallpauschale, Zusatzentgelt und Entgelt nach § 6 Abs. 1 führt zu einer individuellen Berechnung jeweils bei Rechnungsstellung. Aus Vereinfachungsgründen sollte der Zuschlag als für das Krankenhaus einheitlicher Betrag ausgestaltet werden, der fallbezogen in Rechnung gestellt werden kann.

Formulierungsvorschlag:

In § 4 Abs. 13 werden die Sätze 5 und 6 wie folgt geändert::

„Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 1 bis 4 insgesamt zustehende Betrag wird außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist zu ermitteln, indem der für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen insgesamt vereinbarte Betrag durch die vereinbarte Fallzahl für DRG-Fallpauschalen und Entgelte nach § 6 dividiert wird; der Zuschlagsbetrag ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren.

§ 4 Abs. 14 werden die Sätze 1 und 2 wie folgt geändert:

„Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 durch einen Zuschlag für jeden voll- und teilstationären Krankenhausfall finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist zu ermitteln, indem die Mehrkosten durch die vereinbarte Fallzahl für DRG-Fallpauschalen und Entgelte nach § 6 dividiert werden; der Zuschlagsbetrag ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren.

- **Zu Nummer 3 (§ 5 KHEntgG)**

Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich, dass mit dem neu angefügten Absatz 3 explizit die Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten über Zuschläge ermöglicht wird, auch wenn keine Regelungen bzw. Vorgaben auf der Bundesebene getroffen werden sollten.

Eine vor kurzem durchgeführte Umfrage der Deutsche Krankenhausgesellschaft hat gezeigt, dass die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkte im Sinne des § 2 KHEntgG formal nicht definiert sind. Nur in wenigen Fällen werden Zentren und Schwerpunkte durch krankenhauplanerische Maßnahmen der Landesbehörden geregelt, wobei auch in diesen Fällen nicht auf die besonderen Aufgaben im Sinne des § 2 KHEntgG abgestellt wird. Ebenso wie die Formaldefinition variieren die Aufgaben der Zentren und Schwerpunkte sehr zwischen den Bundesländern oder auch zwischen den Einrichtungen selbst.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bejaht ausdrücklich die Verpflichtung der Selbstverwaltung, gemäß § 17b KHG auf der Bundesebene Regelungen für Zu- und Abschläge explizit auch für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu vereinbaren (Artikel 1 Nummer 3 a). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt jedoch die Überzeugung, dass die konkrete Umsetzung aufgrund der vielfältigen Konstellationen nur auf der Landes- und Ortsebene erfolgen kann.

- **Zu Nummer 4 (§ 6 KHEntgG)**

§ 6 Absatz 1 und 2:

Individualisierung der Öffnungsklauseln erforderlich

Die im KHEntgG bereits implementierten Öffnungsklauseln für Entgelte nach § 6 KHEntgG sowie die Möglichkeit von Zuschlägen werden bisher sehr restriktiv geregelt. In der Phase der budgetneutralen Systemeinführung mag dies noch zu rechtfertigen gewesen sein. Mit der Scharfschaltung des Systems durch Eintritt in die Konvergenzphase sind jedoch praktikable Vorgaben zwingend erforderlich, um noch vorhandenen Abbildungsschwächen des Systems zu begegnen.

Befristet für das Jahr 2004 wurde mit der FPVBE 2004 lediglich eine rigide Öffnung für „Besondere Einrichtungen“ eingeführt. Für das Jahr 2005 sollen gemäß § 6 KHEntgG folgende Öffnungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen:

- Öffnung für Leistungen, die mit den Katalogentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können,
- Öffnung für besondere Einrichtungen und
- Öffnung für neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen.

Für Krankenhausleistungen, deren Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind Zu- oder Abschläge im System vorgesehen. In der derzeitigen Ausgestaltung sind diese Öffnungsmöglichkeiten und Zuschlagsregelungen vor Ort jedoch kaum umsetzbar. Die DKG fordert daher – ergänzend zu den Aufgaben der Selbstverwaltung – eine Verhandlungsmöglichkeit über individuelle Tatbestände für die Vertragspartner vor Ort mit Schiedsstellenfähigkeit im KHEntgG aufzunehmen. Auch eine Individualisierung der Öffnungsklauseln und Zuschläge ist durch ihren Leistungsbezug gekennzeichnet und somit systemkonform. Eine Individualisierung der für bundeseinheitliche Pauschalen problematischen Bereiche und Leistungen ist zur Verbesserung der Sachgerechtigkeit des Systems zwingend erforderlich.

Individualisierung der Öffnung für nicht sachgerecht vergütete Leistungen

Die „nicht sachgerecht vergüteten Leistungen“ werden bisher abschließend in den Entgeltkatalogen vorgegeben. Es handelt sich ausschließlich um DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte, für die keine Bewertungsrelation (Relativgewicht) ausgewiesen werden konnte. Die Definition der Leistungen ist bundeseinheitlich und verbindlich. Auf der Bundesebene sind jedoch nicht sämtliche auf der Ortsebene vorhandenen Leistungsspezifika bekannt oder in der DRG-Kalkulationsstichprobe enthalten und können somit auch nicht bei der Erstellung der Kataloge berücksichtigt

werden. Die DKG fordert daher, eine verbindliche und schiedsstellenfähige Regelung in das KHEntgG aufzunehmen, mit der auch noch nicht im System sachgerecht vergütete Leistungen eines Krankenhauses vor Ort verhandelt und vereinbart werden können, die nicht in den Katalogen ausgewiesen werden. Der Nachweis, dass zusätzliche, problematische Leistungen nicht über die Fallpauschalen und Zusatzentgelte sachgerecht vergütet werden, kann nur vor Ort geführt werden.

Individualisierung der Öffnung für besondere Einrichtungen

Zu den „Besonderen Einrichtungen“ für 2005 konnte innerhalb der Selbstverwaltung aufgrund der konträren Positionen erneut kein Konsens erzielt werden. Am 16.09.2005 wurde einvernehmlich das Scheitern der Verhandlungen festgestellt. Eine Umsetzung für 2005 kann auf der bestehenden Rechtslage nur noch durch eine Rechtsverordnung des BMGS erfolgen. Als Alternative zu wiederholten Ersatzvornahmen schlägt die DKG vor, die „Besonderen Einrichtungen“ im KHEntgG so zu regeln, dass eine individuelle und sachgerechte Umsetzung auf der Ortsebene möglich wird. Mit den Vorgaben für „Besondere Einrichtungen“ muss dabei gewährleistet werden, dass neben ganzen Krankenhäusern (z. B. bestimmte Fachkliniken) insbesondere auch organisatorische Einheiten eines Krankenhauses (z. B. bestimmte Spezialfächer/-abteilungen) aus dem Fallpauschalensystem ausgenommen werden können, wenn sie als Einrichtung insgesamt oder als Einheit insgesamt nicht mit dem Pauschalensystem sachgerecht vergütet werden. Die Schiedsstellenfähigkeit für den Konfliktfall muss dabei gegeben sein.

Individualisierung der Öffnung für neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen.

Der § 6 Abs. 2 KHEntgG soll wie folgt neu gefasst werden:

Für die Vergütung von den Vertragsparteien nach § 11 als neu bewertete Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137 c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren. Nach Vereinbarung eines Entgeltes melden die Vertragsparteien unverzüglich Art und Höhe des Entgeltes an das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner. Dieses überprüft die sachgerechte Abrechenbarkeit der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 im Folgejahr. Sofern die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 nach Anpassung des Systems sachgerecht vergütet werden kann, erhalten die Vertragsparteien nach § 11 vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner eine Information darüber, dass die weitere Vereinbarung des sonstigen Entgeltes nach § 6 Abs. 2 KHEntgG nicht mehr erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei.

Die Bewertung, ob es sich bei der Methode für ein sonstiges Entgelt um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt, ist von den Vertragsparteien nach § 11 vorzunehmen. Bei der Prüfung der sachgerechten Abrechenbarkeit im Folgejahr durch InEK ist dieser Tatbestand dann ohnehin zu vernachlässigen, da die mögliche Integration der Leistung in das System lediglich der Prüfung der sachgerechten Vergütung bedarf. Unabhängig davon, ob die Leistung neu oder alt ist, wäre sie bei mangelhafter Berücksichtigung in der DRG-Klassifikation über ein Zusatzentgelt nach § 17 b KHG oder § 6 Abs. 1 KHEntgG abzubilden. Die Prüfung, ob eine Leistung grundsätzlich als neu bezeichnet werden kann, liegt nicht in dem Aufgabenspektrum des InEK und der Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG.

Die Regelung entbindet InEK bzw. die Selbstverwaltungspartner nach § 9 KHEntgG von der Verpflichtung, Stellungnahme zu Fragestellungen beziehen zu müssen, die in den meisten Fällen nicht zu beantworten sind. Dies verhindert, den Ruf des InEK durch unlösbare Aufgabenstellungen unnötig zu beschädigen. Von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbarte sonstige Entgelte sollen unmittelbar an das InEK weitergeleitet werden. Hierdurch soll die Möglichkeit eröffnet werden, im Folgejahr die notwendigen Kalkulationserfordernisse frühzeitig anzustoßen und, sofern möglich und sinnvoll, die Übernahme der Leistung in die Fallpauschalen- oder Zusatzentgeltkataloge vorzunehmen. Hierdurch wird einer missbräuchlichen Anwendung der gesetzlichen Regelung entgegenwirkt. Solange es jedoch nicht möglich ist, die Leistung sachgerecht im System zu berücksichtigen, können die sonstigen Entgelte weiter gelten. Die Regelung zur Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Ausschuss Krankenhaus kann darüber entfallen, da ohnehin jede Vertragspartei jederzeit einen offiziellen Antrag zur Überprüfung einer Leistung im Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 137 c veranlassen kann. Insofern erscheint die bisherige Regelung überflüssig.

Als Folgeänderung ist der entsprechende Verweis in § 6 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz zu streichen. Krankenhäusern, die am Kalkulationsverfahren nicht teilnehmen bzw. in Abhängigkeit des Auswahlverfahrens in Zukunft nicht beteiligt werden, ist es unmöglich zumutbar, ihre komplette Kosten- und Leistungsrechnung lediglich für Zwecke der Ermittlung von wenigen NUB-Leistungen entsprechend den umfangreichen Anforderungen des Kalkulationshandbuches auszugestalten. Eine monetäre Unterstützung für die Kalkulationsaufwendungen, wie sie für die an der Kalkulation teilnehmenden Häuser zurecht vorgesehen ist, wird hier nicht gegeben.

Nach den methodischen Vorschriften des Kalkulationshandbuches, müssen die DRG-relevanten Kosten aus den Gesamtkosten eines Krankenhauses abgegrenzt und diese dann vollständig den Kostenträgern (sämtliche Behandlungsfälle) zugerechnet werden. Die Umsetzung einer derart komplexen Kostenträgerrechnung dauert – wie die Erfahrungen aus den ersten beiden Kalkulationsrunden des InEK bestätigt haben – mehrere Jahre. Zudem wäre der Aufwand einer Kalkulation der Fallkosten für sämtliche Fälle für die Kostenermittlung von Zusatzentgelten in keiner Weise zu begründen.

Die verbindliche Übertragung und Durchführung dieser methodisch anspruchsvollen und personal- bzw. kostenintensiven Kostenträgerrechnung auf NUB-Leistungen würde faktisch dazu führen, dass NUB-Leistungen vor Ort nicht umgesetzt werden können. Um der sehr unterschiedlichen Ausgestaltung der Kosten- und Leistungs-

rechnung in den Krankenhäusern Rechnung zu tragen, muss die Frage der sachgerechten Kalkulation von NUB-Leistungen in Abhängigkeit von deren Leistungsinhalten alleine auf der Ortsebene schiedsstellenfähig geregelt werden.

§ 6 Abs. 3 KHEntgG:

Vorlage einer LKA zur Vereinbarung von Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG

Werden krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart, sieht § 6 Abs. 3 KHEntgG die Vorlage einer LKA vor. Dies gilt selbst dann, wenn nur ein einziges fall- oder tagesbezogenes Entgelt vereinbart wird. Die meisten Angaben zur LKA können bei der Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte nicht sinnvoll getroffen werden (vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Artikel 2, Nummer 10, Buchstabe a). Dies gilt sowohl für die Angabe von Leistungsdaten in den „L-Abschnitten“ als auch bei der Kalkulation von Budget und Pflegesätzen nach den „K-Abschnitten“. Die verpflichtende Vorlage des Abschnitts E3 der AEB gemäß § 11 Abs. 4 KHEntgG ist ausreichend. Eine entsprechende Anpassung des § 6 Abs. 3 KHEntgG ist vorzunehmen.

- **Zu Nummer 6**

§ 8 KHEntgG – neuer Absatz 9

Kostenträgerwechsel bei stationärer Krankenhausbehandlung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt vor, im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes eine gesetzliche Regelung zur Kostentragung bei Kostenträgerwechsel (z.B. in § 8 KHEntgG als neu einzufügender Absatz) aufzunehmen.

Formulierungsvorschlag:

§ 8 Abs. 9:

„Im Falle eines Kostenträgerwechsels während des stationären Aufenthaltes ist die gesamte Krankenhausleistung gegenüber dem Kostenträger abzurechnen, bei dem der Versicherte zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme Mitglied war bzw. der für diesen Patienten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme als Sozialleistungsträger zuständig war.“

Durch die Einführung des DRG-Systems ergeben sich bei Kostenträgerwechsel eines Patienten im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung hinsichtlich der Aufteilung der Fallpauschalen zunehmend Unstimmigkeiten. Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass das Krankenhaus bei einem Kostenträgerwechsel des Patienten während der stationären Krankenhausbehandlung nicht verpflichtet ist, den Vergütungsanspruch anteilmäßig auf die beteiligten Kostenträger aufzuteilen. Im Rahmen dieser Krankenhausbehandlung sind damit alle gemäß § 7 KHEntgG abzurechnenden Entgelte gegenüber nur einem Kostenträger abzurechnen.

Das Bundessozialgericht hatte sich bereits im Urteil vom 20.11.2001 (Az B 1 KR 26/00 R) mit der Thematik der Kostenübernahme bei einem Kassenwechsel während einer stationären Behandlung befasst und zur Teilbarkeit von Fallpauschalen nach

der BPfIV Stellung genommen. Insoweit ist jedenfalls die Unteilbarkeit von Fallpauschalen – auch im DRG-System – höchstrichterlich entschieden.

Darüber hinaus ist jedoch noch nicht abschließend geklärt, welcher Zeitpunkt im Rahmen der Krankenhausbehandlung für die einheitliche Kostentragung entscheidend ist. Wegen der Unteilbarkeit einer Fallpauschale, muss konsequenter Weise auf den Zeitpunkt der ersten Leistung im Krankenhaus abgestellt werden. Der einzig praktikable – weil einheitlich und zweifelsfrei festzustellende Zeitpunkt – kann dann nur die Aufnahme im Krankenhaus sein.

Eine Aufteilung der anteilmäßigen Kosten bei Wechsel der Mitgliedschaft bzw. Zuständigkeit während des Krankenhausaufenthaltes betrifft ausschließlich die Kostenträger. Eine diesbezügliche Verrechnung haben dann die betroffenen Kostenträger untereinander zu regeln. Auch die Einbeziehung anderer Kostenträger (z.B. Berufsgenossenschaft oder Sozialämter) liegt im Sinne der allgemeinen Feststellungen des BSG. Der Grundsatz, dass eine Fallpauschale nicht aufteilbar ist, muss sich konsequenterweise auch auf andere Kostenträger beziehen.

- **Zu Nummer 7 (§ 10 KHEntgG)**
- **Zu Buchstabe a (§ 10 KHEntgG Absatz 1)**

Korrekturmöglichkeit des Landesbasisfallwertes bei Fehleinschätzungen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, den Abs. 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Sie vereinbaren, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen Fehlschätzungen des Basisfallwertes bei der Vereinbarung für das Folgejahr berichtigt werden. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.“

Der Gesetzentwurf hat zu Recht erkannt, dass die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes aufgrund unterschiedlichster Tatbestände mit erheblichen Risiken behaftet ist. Die Ausformulierung im Gesetzentwurf als Kann-Regelung führt jedoch dazu, dass zwingend ein Einverständnis des anderen Vertragspartners vorliegen muss, um die als notwendig erachtete Berichtigung zu vereinbaren und ist somit vor der Schiedsstelle nicht durchsetzbar. Damit ist einer Verweigerungshaltung einer Vertragspartei – auch bei objektiv vorliegenden Kriterien – Tür und Tor geöffnet. Es bedarf hier vielmehr einer möglichen Verobjektivierung des Entscheidungsprozesses über die Schiedsstelle nach § 10 Abs. 6. Dies wird dadurch erreicht, dass aus der Kann-Regelung ein überprüfbarer Pflichttatbestand der Vereinbarung nach § 10 Abs. 1 KHEntgG wird, wenn eine der Vertragsparteien ein entsprechendes Berichtigungsverlangen für bestimmte Tatbestände vorträgt und keine Einigung über das „Ob“ oder das „Wie“ erzielt werden kann. Im Übrigen ist gegenüber dem Referentenentwurf der dort vorgesehene Satz 4 (= Satz 2 des obigen Textvorschlags) entfallen, nach dem Fehlschätzungen nicht nur für die Zukunft, sondern auch für die Vergangenheit zu korrigieren wären. Diese Regelung ist sachgerecht und muss daher wieder aufgenommen werden.

Hinzu kommt eine Folgeänderung in § 10 Abs. 6 letzter Satz KHEntgG:

*„Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert **sowie die Tatbestände und Voraussetzungen einer Berichtigung im Folgejahr auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.**“*

Zusätzlich fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Abs. 1 wie folgt zu ergänzen:

„Dabei darf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschritten werden. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Die Klarstellung ist erforderlich, damit auch Korrekturen berücksichtigt werden können, falls der landesweite Basisfallwert des Vorjahres zu niedrig ermittelt wurde.

- **Zu Buchstabe b (§ 10 KHEntgG Absätze 3 bis 5)**

Anpassung der Vorgaben für die Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts

Der künftig erheblich ansteigende Bedarf an medizinischen Leistungen infolge der demographischen Entwicklung, der Veränderungen des Morbiditätsspektrums und des medizinischen Fortschritts muss im Rahmen des G-DRG-Fallpauschalensystems berücksichtigt werden. Die Abkehr von der bisherigen strikten Budgetierung ist für die Deutsche Krankenhausgesellschaft unverzichtbare Geschäftsgrundlage für die Anwendung des neuen Vergütungssystems. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bekennt sich gleichwohl dazu, die Beitragssatzstabilität soweit möglich als eine der Zielgrößen eines deutschen DRG-Systems umzusetzen.

Der nach § 10 KHEntgG zu ermittelnde landesweite Basisfallwert ist das Kernelement des G-DRG-Fallpauschalensystems für Krankenhäuser, mit dem das Preisniveau der stationären Leistungen bestimmt wird. Die Festlegung des Basisfallwertes darf daher nicht an Bedingungen gekoppelt werden, die im Ergebnis zu einer Gesamtbudgetierung führen. In Verbindung mit dem zu erwartenden steigenden Versorgungsbedarf würde das G-DRG-System als reines Verteilungsinstrument missbraucht. Wesentliche Kriterien, wie bspw. die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt, müssen bei der Vereinbarung des Basisfallwertes adäquat berücksichtigt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher nachdrücklich, § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität) und in Folge § 10 Abs. 4 KHEntgG entsprechend anzupassen.

Die Formulierung, bei der Ermittlung des Basisfallwertes „die Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ zu berücksichtigen, ist nicht sachgerecht. Hier handelt es sich um eine unbestimmte Begrifflichkeit, die eine rein theoretische oder willkürliche Argumentation auf Landesebene zulassen würde, ohne dass eine konkrete Realisierung nachgewiesen werden kann. Wenn überhaupt, können ausschließlich tatsächlich eingetretene und objektiv nachweisbare Wirtschaftlichkeitseffekte Berücksichtigung finden. In § 10 Abs. 3 KHEntgG ist Nr. 3 anzupassen.

Eine „allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen“ existiert nicht. So treten Fallzahlsteigerungen bspw. aufgrund der demographischen Entwicklung nicht bei allen DRG-Fallgruppen gleichermaßen auf. Wenn bei konkreten G-DRG-Fallpauschalen Kostendegressionen nachzuweisen sind, können diese bereits gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 11 KHG bei der Vereinbarung der Relativgewichte durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene berücksichtigt werden. Eine Kollektivhaftung aller Krankenhäuser über alle Krankenhausleistungen muss ausgeschlossen werden.

Wenn Fallzahlsteigerungen festzustellen sind, könnte bei der Vereinbarung des Basisfallwertes akzeptiert werden, dass durch zusätzliche Fälle die Ausgaben der GKV insgesamt grundsätzlich nur in Höhe der variablen Kostenanteile belastet werden dürfen. In § 10 Abs. 3 KHEntgG ist Nr. 4 anzupassen.

Gänzlich fehlt bisher die Berücksichtigung der Tatsache, dass durch die Anpassung und Weiterentwicklung des Patientenklassifikationssystems und des Vergütungssystems technisch bedingte Reaktionen des Basisfallwertes auftreten. Diese technisch bedingten Reaktionen dürfen nicht zu Mehr- oder Mindereinnahmen der Krankenhäuser führen. In den USA wird beispielsweise durch die MEDPAC (Medicare Payment Advisory Commission) sichergestellt, dass die jährliche Überarbeitung des DRG-Systems budgetneutral erfolgt. Eine ähnliche Regelung sollte in Deutschland auf der Landesebene etabliert werden, um technisch bedingte Reaktionen des Basisfallwertes auszugleichen. Veränderungen des Basisfallwertes durch rein technische Reaktionen stehen in keinerlei Zusammenhang mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Eine Verknüpfung der technisch bedingten Veränderung des Basisfallwertes mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität stellt somit einen gravierenden Systemfehler dar. § 10 Abs. 4 KHEntgG ist entsprechend anzupassen und zu ergänzen.

Ein weiterer Systemfehler wird durch die erneute Berücksichtigung der Kodiereffekte in § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG induziert. Mehrerlöse in Folge einer veränderten Kodierung werden bereits entsprechend § 4 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG auf der Ebene des Krankenhauses ausgeglichen und somit bereits aus der Gesamtfinanzierung herausgerechnet. Die Erlösausgleiche einschließlich des vollständigen Ausgleiches der Mehrerlöse durch „Kodiereffekte“ sind somit bereits in dem vor Ort zu vereinbarenden Basisfallwert enthalten, d.h. die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte wurden bereits um die „Kodiereffekte“ abgesenkt. Die Vertragsparteien auf der Landesebene sollen sich gemäß § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG an diesen vereinbarten (und bereits abgesenkten) Basisfallwerten orientieren und dann nochmals gemäß § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG mit der gleichen Begründung absenken. Eine zweimalige Absenkung des Basisfallwertes auf der Orts- und auf der Landesebene ist sachlich nicht nachvollziehbar und führt zu einem willkürlichen Entzug von Finanzierungsmitteln. Die Ausführung in § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG zu „Kodiereffekten“ ist zu streichen. Alternativ könnte ggf. durch eine Ergänzung i.S. einer Klarstellung in § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG durch die Formulierung *„Die Vertragsparteien haben sich ... oder an den der Vereinbarungen für das Jahr 2004 zugrunde liegenden, gewichteten Basisfallwerten ohne Ausgleichs und Berichtigungen der Krankenhäuser im Lande zu orientieren“* erfolgen.

Die Vorschrift in § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG, gemäß der die Vertragsparteien auf der Bundesebene den Vertragsparteien auf der Landesebene Vorgaben für die Verein-

barung des Basisfallwertes machen sollen, ist fachlich fragwürdig. Alle Tatbestände, die durch die Bundesebene berücksichtigt werden können, werden durch die jährliche Weiterentwicklung der DRG-Fallgruppen mit der Kalkulation der Relativgewichte, der Anpassung der Kodierrichtlinien und der Abrechnungsregelungen umgesetzt. Die für die Landesebene relevanten Informationen für die Vereinbarung des Basisfallwertes werden gemäß § 21 Abs. 3 KHEntgG an die Vertragsparteien auf Landesebene übermittelt. Weitere Vorgaben durch die Bundesebene sind daher nicht erforderlich. In § 10 Abs. 3 KHEntgG ist Nr. 1 und in § 9 Abs. 1 Satz 2 ersatzlos zu streichen.

Die Basisfallwerte in den neuen Bundesländern sind nach den Vorgaben der Absätze 2 bis 4 zu vereinbaren. Damit ist bereits die spezifische Kostenentwicklung sowohl der Sach- als auch der Personalkosten in den neuen Bundesländern berücksichtigt. Wenn sich durch eine BAT-Ost-West-Angleichung in einem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Bundesland ein höherer Basisfallwert als in einem Bundesland des übrigen Bundesgebietes ergeben sollte, ist dieser entsprechend zu vereinbaren. Die Regelung in § 10 Abs. 5 KHEntgG würde zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung der neuen Bundesländer führen, wenn die BAT-Ost-West-Angleichung auf Grund dieses Absatzes nicht vollständig berücksichtigt werden kann.

Formulierungsvorschlag:
§ 10 Abs. 3 bis 5 KHEntgG:

„(3) In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung insbesondere zu berücksichtigen:

- 1. (ist ersatzlos zu streichen)*
- 2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,*
- 3. erschlossene Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,*
- 4. Fallzahlsteigerungen,*
- 5. (unverändert)*

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt grundsätzlich nur in Höhe der variablen Kostenanteile belasten und dies bei der Vereinbarung des Basisfallwertes berücksichtigt wird.

- (4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwertes darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwertes überschreiten, wenn dies für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Bei Systemanpassungen ist der Ausgangswert um die durch die Anpassung und Weiterentwicklung der Klassifikation und des Vergütungssystems nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 bedingten (rein technischen) Effekte zu bereinigen.*

(5) *In den in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrags genannten Ländern ist die Auswirkung einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestellentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe in vollem Umfang bei der Vereinbarung des Basisfallwertes zu berücksichtigen.*

- **Zu Buchstabe c**

Genehmigungspflicht des Landesbasisfallwertes

Die DKG begrüßt, dass in der Nr. 7 Buchstabe c) die von ihr und von Dritter Seite geübte Kritik an dem im Referentenentwurf vorgesehenen Ausschluss der Klagemöglichkeit Berücksichtigung gefunden hat. Unberücksichtigt geblieben ist dagegen die Forderung nach einer Genehmigungsbedürftigkeit bei der Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwertes. Neben der Streichung der entsprechenden Regelungen fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Nachdruck eine gesetzliche Bestimmung in § 14 KHEntgG zur Genehmigungspflicht durch die Landesbehörden bei der Festsetzung des Basisfallwertes.

Formulierungsvorschlag:

Abs. 1

*„Die Genehmigung der vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten **landesweit geltenden Basisfallwerte nach § 10** sowie die **krankenhausindividuellen Basisfallwerte, der Entgelte nach § 6** und **Zuschläge nach § 5** ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“*

Die Regelung, dass eine Schiedsstellenentscheidung nicht der Genehmigung bedarf, widerspricht zum einen dem Regelungsgehalt des § 18 Abs. 3 bis 5 KHG und bietet darüber hinaus nicht mehr die notwendige Rechtssicherheit. Nach Auffassungen in der Kommentarliteratur zum KHG bzw. Krankenhausentgeltgesetz ergibt sich die Notwendigkeit einer Genehmigung zwar nicht direkt aus § 14 Krankenhausentgeltgesetz aber aus § 18 Abs. 5 KHG. Zwar könne § 14 KHEntgG nicht dahingehend interpretiert werden, dass der Gesetzgeber in einem redaktionellen Versehen vergessen habe, die Vorschrift des § 10 im § 14 KHEntgG heranzuziehen. Aus dem Zusammenspiel der Regelungen des § 18 Abs. 3 bis 5 KHG ergebe sich jedoch, dass weiterhin die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Landesebene der Genehmigung bedürfe. Nach § 18 Abs. 4 KHG könne bei Scheitern einer Vereinbarung über die Pflegesätze oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3 (Höhe der Fallpauschalen) die Schiedsstelle angerufen werden. Nach § 18 Abs. 5 KHG werden „die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze von der zuständigen Landesbehörde genehmigt“. Damit würden unterschiedslos alle nach Absatz 3 vereinbarten oder nach Absatz 4 festgesetzten Pflegesätze erfasst, also auch die vereinbarten Fallpauschalen im obigen Sinne. Darüber hinaus ist eine Genehmigung und der damit vorgegebene Rechtsschutz aus praktischen Gesichtspunkten zwingend notwendig, da nur hierdurch eine einheitliche Bewertung (in einem Verfahren) auf dem Verwaltungsrechtsweg gewährleistet wird.

Solange es eine Verantwortlichkeit der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung gibt und eine Genehmigung der örtlichen Budgetvereinbarungen vorgesehen ist, muss als notwendiges Bindeglied auch die entsprechende Landesvereinbarung zum Basisfallwert durch die zuständige Landesbehörde geprüft und genehmigt werden. An der ursprünglichen Ausgangssituation, die zur Etablierung einer Genehmigungsnotwendigkeit unter Geltung der alten Rechtslage (Landespunktwerte) geführt hat, hat sich auch unter Geltung des Krankenhausentgeltgesetzes nichts geändert.

- **Anpassung der AEB (Artikel 2 Nr. 10 des Referentenentwurfes – Anlage 1 zum KHEntgG)**

Im Gegensatz zum Referentenentwurf sieht der Gesetzentwurf keine Anpassung der AEB mehr vor. Der Wegfall der geplanten Anpassungen an der AEB kann nur damit erklärt werden, dass der konkrete Anpassungsbedarf noch nicht abschließend abzusehen war. Im Hinblick auf die veränderten gesetzlichen Vorgaben in § 4 KHEntgG ist eine Anpassung der AEB, insbesondere des Abschnitts B2, unverzichtbar. Zu einem bereits vom BMGS angekündigten Änderungsantrag wird ggf. gesondert Stellung genommen.

Zu Artikel 5: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht weiteren Anpassungsbedarf zu den derzeitigen gesetzlichen Regelungen, die im Gesetzentwurf nicht berücksichtigt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, die folgenden Regelungen in dieses Gesetzgebungsverfahren aufzunehmen.

§ 39 SGB V: Definition der teilstationären Versorgung

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt fest, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Legaldefinition teilstationärer Leistungen im Gesetzentwurf nicht mehr enthalten ist.

Eine Legaldefinition teilstationärer Leistungen ist jedoch zwingend erforderlich, insbesondere um eine Abgrenzung zu den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus zu ermöglichen und die Integration von teilstationären Leistungen in das G-DRG-System zu erleichtern.

Eine Definition der teilstationären Versorgung muss allerdings gewährleisten, dass die bisher durch krankenhauplanerische Maßnahmen oder im Einvernehmen der örtlichen Vertragspartner als sinnvoll und erforderlich erachteten Versorgungskonzepte bestehen bleiben.

Formulierungsvorschlag:

§ 39 Abs.1 SGB V

„Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere auf Grund ihrer Komplexität, bestehender Risiken oder der fachlichen Expertise, der personellen, apparativen oder sonstigen technischen Voraussetzungen in einem Krankenhaus erbracht wird, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzeptes in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten oder für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt.“

§ 95 SGB V: Medizinische Versorgungszentren

Klarstellung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren

Der Gesetzentwurf für ein 2. FPÄndG sollte um folgende Bestimmung ergänzt werden, die eine für die Praxis erforderliche Klarstellung bezüglich der durch das GMG zum 1. Januar 2004 eingeführten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) enthält:

Formulierungsvorschlag:

In Artikel 5 (Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch) sollte unter Ziffer 2. -neu- folgende Änderung aufgenommen werden:

„In § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz, werden vor dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „den“ durch das Wort „allen“ ersetzt und vor dem Wort „gegründet“ die Worte „einzeln oder gemeinsam“ eingefügt.“

Soweit ersichtlich ist in Bezug auf das MVZ bisher nicht streitig, dass ein MVZ sowohl von einem einzelnen, im GKV-System bereits tätigen Leistungserbringer gegründet werden kann als auch durch mehrere Leistungserbringer gemeinsam, die dabei nicht alle demselben Versorgungssektor angehören müssen. Bezweifelt wird aber, dass ein einzelner Vertragsarzt, der diesen Status beibehält und seine Vertragsarztzulassung nicht auf das MVZ überträgt, durch Gesellschaftsvertrag zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen bzw. bilden kann. Dies soll beispielsweise nach der Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur dann möglich sein, wenn mehrere Freiberufler ihrerseits zunächst eine Gesellschaft gründen bzw. bilden, um dann gemeinsam mit einer juristischen Person ein MVZ zu gründen. Das würde die Gründung eines MVZ unter Einbeziehung von Freiberuflern allerdings unnötig schwerfällig machen. Deshalb sollte durch die vorgeschlagene gesetzliche Ergänzung und eine entsprechende Begründung klargestellt werden, dass auch ein einzelner, zugelassen bleibender Vertragsarzt zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen kann, welches – zur Erfüllung des Merkmals „fachübergreifend“ – sodann einen weiteren Arzt anstellen müsste.

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte erforderlich

Klarstellung zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus

Der Gesetzentwurf für ein 2. FPÄndG sollte um folgende Bestimmung ergänzt werden, die eine für die Praxis erforderliche Klarstellung bezüglich der durch das GMG zum 1. Januar 2004 eingeführten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) enthält:

Formulierungsvorschlag:

„Artikel (neu):

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch die 8. Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2343), wird wie folgt geändert:

In § 20 Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Ausübung ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus bildet keinen Hinderungsgrund nach den Absätzen 1 oder 2 für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V.“

Nach der Begründung zum Fraktionsentwurf für das GMG (BT-Drucks. 15/1525, S. 74) war die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ein wesentliches Ziel der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG. Eine der Maßnahmen des GMG zum Erreichen dieses Zieles bestand in der Einführung des medizinischen Versorgungszentrums in § 95 SGB V. Die dem Gesetzgeber insoweit nicht nur erwünschte, sondern von ihm zielgerichtet verfolgte Verzahnung insbesondere ambulanter und stationärer Heilbehandlung kann aber nicht nur durch institutionelle Öffnungen und Verknüpfungen erreicht werden. Vielmehr erscheint es zielführender und daher geboten, eine solche sektorenübergreifende Versorgung auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers zu ermöglichen. Seit langem anerkannte Beispiele dafür sind der Belegarzt und der ermächtigte Arzt, die mit unterschiedlichen Schwerpunkten beide sowohl ambulant als auch stationär Behandlungsleistungen erbringen.

Mit Blick auf diese Beispiele, die Zielsetzung des Gesetzgebers und die ihr entsprechende Zulassung von Krankenhäusern zur Gründung medizinischer Versorgungszentren erscheint es nahe liegend, dass im Krankenhaus angestellte Ärzte auch in medizinischen Versorgungszentren tätig werden können (und umgekehrt). Dem scheinen allerdings die Bestimmungen des § 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV und die dazu ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Zulassung von Krankenhausärzten als Vertragsärzte entgegenzustehen. Nach diesen Bestimmungen ist für die vertragsärztliche Tätigkeit ungeeignet, wer dafür nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht (Abs. 1) bzw. wer eine ihrem Wesen nach mit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht zu vereinbarende Tätigkeit ausübt (Abs. 2). Das Bundessozialgericht hat diese Anforderungen in verschiedenen Entscheidungen (s. insbes. Urteile vom

30.01.2002, B 6 KA 20/01 R – Diplompsychologin – und vom 05.11.1997, 6 R KA 52/97 – Pathologe –) dahingehend konkretisiert, dass

- (1) der Vertragsarzt höchstens ca. 13 Wochenstunden anderweitig tätig sein dürfe,
- (2) er auch während seiner anderweitigen Tätigkeit für seine Patienten erreichbar sein müsse,
- (3) es ihm möglich sein müsse, Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst zu bestimmen,
- (4) die Vermischung vertragsärztlicher und anderweitiger ärztlicher Tätigkeit nicht zu einer Beschränkung des Patientenrechts auf freie Arztwahl führen dürfe und dass
- (5) eine Leistungsverlagerung zum Nachteil der Kostenträger aus nicht sachgerechten Gründen von einem zum anderen Bereich vermieden werden müsse.

Diese Konkretisierungen des § 20 Ärzte-ZV durch die Rechtsprechung lassen sich jedoch nicht auf das zum 1. Januar 2004 neu in die vertragsärztliche Versorgung eingeführte MVZ und die dort tätigen Ärzte übertragen.

Zu (1)

Das gilt zunächst für die vom BSG bei ca. 13 Stunden angesetzte Obergrenze für den zeitlichen Umfang einer anderweitigen Tätigkeit außerhalb der Vertragsarztpraxis. Dies zielt auf den zugelassenen Vertragsarzt, der zur Sicherstellung der Versorgung einen Vertragsarztsitz innehält und damit bedarfsplanungsrechtlich meist andere Bewerber von diesem Sitz ausschließt. Demgegenüber kann die Vertragsarztzulassung im MVZ u.a. durch mehrere angestellte Ärzte ausgeübt werden. Nach § 32 b Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV gilt die mindestens halbtägige Beschäftigung eines angestellten Arztes sowie die Begrenzung der Zahl der Anstellungsverhältnisse auf zwei ausdrücklich nicht. Dementsprechend kann der Vertragsarztsitz im MVZ durch eine größere Zahl in geringerem zeitlichem Umfang beschäftigter Ärzte voll ausgeübt werden. Daher kann die Anforderung der Rechtsprechung, zumindest 2/3 der üblichen Wochenstundenzahl in der Vertragsarztpraxis tätig zu sein, nicht für das MVZ gelten.

zu (2)

Auch die Erreichbarkeit des Arztes für den Patienten lässt sich im MVZ anders gewährleisten als für den einzelnen Vertragsarzt. Sofern man – wie offenbar das BSG – von dem bisher häufigeren Fall des einzeln praktizierenden Vertragsarztes ausgeht, besteht zunächst der Unterschied, dass dieser während der Zeit seiner anderweitigen Tätigkeit in der Praxis nicht verfügbar bzw. die Praxis ganz geschlossen ist. Demgegenüber werden im MVZ bei Aufteilung einer Vertragsarztstelle von mehreren in Teilzeit angestellten Ärzten immer ein wenn nicht mehrere andere Ärzte verfügbar sein. Hinzu kommt, dass das Krankenhaus als Gesellschafter des MVZ notfalls sogar gewährleisten kann, dass ein bestimmter, im MVZ tätiger Arzt während der Zeit seiner Tätigkeit im Krankenhaus für MVZ-Patienten erreichbar ist, zumal die Praxis sicherlich eine räumliche Nähe zwischen Krankenhaus und MVZ anstreben wird.

zu (3)

Soweit es dem Leitbild des niedergelassenen Vertragsarztes entspricht, dass er den Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen kann, lässt sich auch das nicht auf den im MVZ tätigen angestellten Arzt übertragen. Insoweit ist nämlich zu berücksichtigen, dass das MVZ eine Mehrzahl von Ärzten anstellen, aber nur einen ärztlichen Leiter haben muss bzw. kann. Bereits daraus ergibt sich, dass die im MVZ angestellten, nicht leitenden Ärzte ohnehin nicht in einer dem Vertragsarzt vergleichbaren Weise selbst über ihre Tätigkeit und ihren Mitteleinsatz bestimmen können. Dies ist aber vom Gesetzgeber gewollt und kann dementsprechend nicht als Argument gegen die gleichzeitige Tätigkeit eines Arztes in Krankenhaus und MVZ herangezogen werden. Im Übrigen unterscheidet sich der hier diskutierte Fall auch dadurch von den von der Rechtsprechung entschiedenen, dass neben dem Arzt hier auch das Krankenhaus auf beiden Seiten in der (Träger-) Verantwortung steht und damit organisatorisch gewährleisten muss, dass der Arzt die ihm obliegenden Pflichten im Krankenhaus und im MVZ erfüllen kann.

zu (4)

In Bezug auf die von der Rechtsprechung geforderte Wahrung des Patientenrechts auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V) ist zu konstatieren, dass sich aus der gleichzeitigen Tätigkeit eines Arztes im stationären und im ambulanten Bereich tatsächlich faktische Beschränkungen für die Arztwahlfreiheit des Patienten ergeben können. Es ist nämlich nahe liegend, dass der ambulant behandelnde Arzt erwägen bzw. empfehlen wird, einen erforderlich werdenden stationären Eingriff selbst vorzunehmen (und umgekehrt), bzw. dass der Patient einen gewissen Druck verspüren wird, dieser Empfehlung zu folgen, um eventuelle Belastungen des Verhältnisses zum Arzt zu vermeiden. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber mit dem Belegarzt und dem ermächtigten Arzt nicht nur Positionen geschaffen hat, die die Arztwahlfreiheit des Patienten in gleicher Weise tangieren. Vielmehr ergeben sich bereits aus § 76 Abs. 2 und 3 SGB V (Beschränkung auf den nächsterreichbaren Arzt und der Arztwechselfähigkeit, Hausarztwahlpflicht) sowie aus der jüngst in § 28 SGB V eingeführten Praxisgebühr gesetzliche Beschränkungen der Arztwahlfreiheit des Patienten. Danach handelt es sich bei dem Recht auf freie Arztwahl keineswegs um ein unbeschränkt gewährtes Recht. Vielmehr muss sich dieses Recht offensichtlich immer wieder anderen gesetzgeberischen Zielsetzungen unterordnen. Das ist auch vorliegend der Fall, wenn der Gesetzgeber einen Abbau der Sektorengrenzen anstrebt, um Informationsverluste bei deren Überwindung zu vermeiden und dadurch die Behandlung der Patienten zu optimieren und Kosten für das Gesundheitssystem insgesamt einzusparen.

zu (5)

Schließlich muss bezweifelt werden, dass in nennenswertem Umfang Leistungsverlagerungen zum Nachteil der Kostenträger zu befürchten sind. Sie dürften allenfalls dann auftreten, wenn ambulant erbringbare Leistungen in den zusätzlich mit Unterbringungs- und Verpflegungskosten behafteten stationären Bereich verlagert werden. Dort drohen allerdings Fehlbelegungsprüfungen nach § 275 Abs. 1 SGB V und entsprechende Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG, deren Ergebnisse ggf. im Erlösbudget oder den Fallpauschalen des kommenden Jahres zu berücksichtigen sind. Dies dürfte einer willkürlichen Leistungsverlagerung entgegenstehen, wobei ein verbleibendes Risiko wie beim Belegarzt und beim ermächtigten Arzt hinzunehmen

ist. Die Vorschrift des § 17c ist erst durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002 in das KHG eingefügt worden und konnte daher in der Rechtsprechung des BSG noch keine Berücksichtigung finden.

Die Regelung des § 20 Ärzte-ZV steht der gleichzeitigen Tätigkeit eines Arztes im Krankenhaus und MVZ zwar nicht entgegen. Da in der Literatur zum MVZ aber bereits das Gegenteil vertreten wird und auch KBV und KVen die letztere Auffassung vertreten, ist eine gesetzliche Klarstellung geboten, weil dadurch nicht nur dem Interesse des Krankenhauses an einem wirtschaftlichen Personaleinsatz, sondern auch dem Interesse des Gesetzgebers und des Patienten an einer sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung getragen wird.

§ 116 b Abs. 2 ff. SGB V: Hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf

Die Umsetzung des § 116 b Abs. 2 SGB V ist dadurch gekennzeichnet, dass die Krankenkassen sich flächendeckend weigern, Verträge über Tatbestände des § 116 Abs. 2 SGB V – sei es über die Erbringung hochspezialisierter Leistungen, oder die Diagnostik und Behandlung von seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf abzuschließen. Es ist uns derzeit kein Vertrag bekannt, in dem mit einem Krankenhaus derartige Leistungen vereinbart worden sind. Vorrangig wird von den Krankenkassen für ihre Ablehnung vorgebracht, dass sie mit der Gesamtvergütung für den vertragsärztlichen Bereich bereits die finanzielle Abgeltung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung geleistet haben. Da die Leistungen im Rahmen des § 116 b Abs. 2 SGB V den Krankenhäusern von den Krankenkassen direkt vergütet werden, sehen die Krankenkassen hierin eine doppelte Finanzierung, da die vertragsärztliche Gesamtvergütung nicht in dem Maße bereinigt wird, wie entsprechende Verträge mit Krankenhäusern Leistungen vorsehen.

Lösungsvorschlag:

Um die Zulassung der Krankenhäuser für die ambulante Leistungserbringung in den Segmenten des § 116 b Abs. 2 SGB V zu ermöglichen, hält es die DKG für zielführend, die gesamten Tatbestände des § 116 b Abs. 2 SGB V, das heißt, sowohl die hochspezialisierten Leistungen als auch die seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in die Systematik des § 115 b SGB V zu überführen.

Im Bereich des § 115 b SGB V gibt es ein bewährtes Regelungssystem, das sowohl die Zulassung als auch die Leistungserbringung der Krankenhäuser für den Bereich der ambulanten Operationen und stationärer Leistungen vorgibt. Es gibt klare Regelungen sowie keine Blockademöglichkeit einer der Vertragsparteien, da Konfliktlösungsmechanismen gesetzlich vorgegeben sind (erweitertes Bundesschiedsamt).

Aufgrund der dreiseitigen Regelungsnotwendigkeit – ähnlich der bisherigen Ausgestaltung über die Richtlinien des GBA – bleibt es auch bei der bewährten Balance zwischen den einzelnen Bereichen. Der vertragsärztliche Bereich, der

mittelbar von den Regelungen tangiert ist, bekommt ein gleichberechtigtes Mitspracherecht, so wie er auch im GBA an der Ausgestaltung dieser Tatbestände beteiligt ist. Nähere Einzelheiten hätten die drei Vertragspartner in ausfüllenden Verträgen zu regeln, dies gilt insbesondere für die Fragen der Vergütung, des Zugangs der Patienten, der Qualitätssicherung etc.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass auch das ambulante Operieren gemäß § 115 b SGB V, das bereits im Jahre 1993 eingeführt worden ist und einen wesentlich größeren Leistungskatalog umfasst als der des § 116 Abs. 2 SGB V, von Beginn an den Krankenhäusern direkt von den Krankenkassen vergütet wird. Verwerfungen zwischen Krankenhausbereich und vertragsärztlichem Bereich haben sich hierdurch nicht ergeben. Vielmehr ist die vom Gesetzgeber gewünschte Wettbewerbssituation eingetreten.

§ 140 a ff. SGB V: Integrierte Versorgung

§ 140 b Absatz 4 Satz 3 SGB V:

Vertraglicher Zulassungsanspruch erforderlich

Das BMGS hat der DKG mit Schreiben vom 4.02.2004 seine Auffassung mitgeteilt, dass es sich bei der Integrationsversorgung um ein Wettbewerbsinstrument bezogen auf den Abschluss von Einzelverträgen handele. Die Integrationsversorgung sei jedoch – im Gegensatz zu § 116 b SGB V - keine Regelung, die den Krankenhäusern eine weitergehende ambulante Öffnung kraft Vertragsabschluss ermögliche.

Als Argument führt das BMGS an, dass auch für die Integrationsversorgung der Grundsatz der vertragsärztlichen Zulassung und der vertragsärztlichen Bedarfsplanung gelte. Begründend verweist das BMGS auf die Regelung des § 140 b Abs. 4 Satz 3, wonach sich die Vertragspartner **innerhalb eines Integrationsvertrages** verständigen können, wer welche der vereinbarten Leistungen erbringen soll. Diese Auslegung des BMGS führt letztlich dazu, dass in der Integrationsversorgung nur solche Leistungen vereinbart werden können, für die einer der Vertragspartner auch einen Zulassungsstatus hat.

Den ambulanten Zulassungsstatus könnten Krankenhäuser danach lediglich wie folgt in die Integrationsversorgung einbringen:

- Ermächtigung
- Vertragliche Zulassung (§ 116 b SGB V)
- Zulassung kraft Gesetz (§ 115 b SGB V; § 311 SGB V).

Liegt kein entsprechender Zulassungsstatus bei einem Krankenhaus vor, muss aus Sicht des BMGS einer der übrigen Vertragspartner des Integrationsvertrages diesen als Voraussetzung für eine ambulante Leistungserbringung einbringen.

Die Auffassung des BMGS ist unrealistisch in der Umsetzung und behindert sinnvolle Integrationsverträge. Es fragt sich, welcher zugelassene Vertragsarzt zum Abschluss eines Integrationsvertrages in der Kenntnis bereit ist, dass seine Leistungen von einem anderen Vertragspartner, sprich einem Krankenhaus erbracht werden sollen?

Die DKG sowie auch einige GKV-Spitzenverbände vertreten die Auffassung, dass mit Krankenhäusern in der integrierten Versorgung unabhängig von der Einbeziehung eines entsprechenden ambulanten Zulassungsstatus auch ambulante Leistungen vereinbart werden können und das Krankenhaus dann kraft Vertrag zur ambulanten Leistungserbringung in der integrierten Versorgung berechtigt ist (Grenze: Die Erbringung ambulanter Leistungen erfordert, dass das Krankenhaus den entsprechenden Facharzt vorhält).

Lösungsvorschlag:

Die DKG fordert eine gesetzliche Klarstellung in § 140 b Abs. 4 Satz 3 SGB V, dass die Integrationsversorgung eine ambulante Zulassung kraft Vertragsabschluss ermöglicht.

§ 140 d SGB V: Anschubfinanzierung

Ein Konfliktpunkt bei den GMG Regelungen zur integrierten Versorgung ist die Anschubfinanzierung.

Um die Umsetzung der integrierten Versorgung zu fördern, ist mit § 140 d SGB V eine Anschubfinanzierung gesetzlich eingeführt worden. Danach hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1% von den an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Finanzierung von geschlossenen Integrationsverträgen erforderlich sind. Dabei fließen ausschließlich Finanzmittel aus dem vertragsärztlichen und aus dem Krankenhausbereich in den „Sondertopf“. Andere Leistungsbereiche zahlen nicht ein, partizipieren allerdings an der Anschubfinanzierung, soweit sie Vertragspartner eines Integrationsvertrages sind.

Mit der Anschubfinanzierung werden für die Integrationsversorgung folglich nicht zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, vielmehr werden vorhandene Mittel zur Finanzierung umverteilt. Die DKG möchte an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, dass diese zusätzlichen finanziellen Einbußen der Krankenhäuser angesichts der ohnehin schon schwierigen Finanzlage eine große Belastung darstellen. Das gilt um so mehr, als Krankenhäuser nicht zwingend Vertragspartner eines Integrationsvertrages sein müssen. Um so wichtiger ist es, dass die Umsetzung der Anschubfinanzierung hinreichend transparent erfolgt.

Nach dem Gesetzeswortlaut darf ein Abzug durch die Krankenkassen erst vorgenommen werden, wenn diese einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen haben und ein konkret benötigtes Finanzierungsvolumen bezifferbar ist (Äquivalenzprinzip).

Um das Verfahren der Nachweispflicht zu vereinfachen, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Dezember 2003 eine Vereinbarung über die Errichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle getroffen. Krankenkassen sind danach gehalten, den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, inklusive des Finanzierungsvolumens, der betroffenen Region und des Kürzungssatzes an diese Stelle zu melden. Diese sammelt die Daten und hält die Informationen, welche

Krankenkasse in welcher Region zu welcher Kürzung von Gesamtvergütungen und Krankenhausrechnungen berechtigt ist, vor.

Das Melde- und Auskunftsverfahren der Registrierungsstelle soll den Krankenkassen gegenüber den von Zahlungskürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern ein einfaches Nachweisverfahren ermöglichen. Es dient der Plausibilisierung durchgeführter Kürzungen und soll das Konfliktpotential bei Kürzungen minimieren. Leistungserbringern, die von einer Rechnungskürzung nach § 140 d SGB V betroffen sind, wird somit ein Mindestmaß an Transparenz gewährleistet.

Mit der Registrierungsstelle ist die BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) beauftragt worden. Die Registrierungsstelle nimmt seit Anfang April 2004 Meldungen der Krankenkassen über Vertragsabschlüsse entgegen. Ein Auskunftersuchen der von Kürzungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser ist seit Anfang Mai 2004 möglich. Erläuterungen zum Verfahren, das Meldeformular, das Formular zum Auskunftersuchen sowie Ausfüllhinweise sind auf der eigens für die Registrierungsstelle von der BQS eingerichteten Homepage unter <http://www.bqs-register140d.de> veröffentlicht.

Obgleich mit Stand Mitte Juli 2004 ca. 100 Vertragsmeldungen von Krankenkassen bei der Registrierungsstelle eingegangen sind, sehen einige Krankenkassen den nach § 140 d Abs. 1 SGB V erforderlichen Nachweis abgeschlossener Verträge nicht als verpflichtend an.

Lösungsvorschlag:

Die DKG erachtet eine gesetzliche Klarstellung der Regelung zur Anschubfinanzierung (§ 140 d SGB V) dergestalt für hilfreich, dass die Krankenkassen eine Nachweispflicht trifft und/oder die Meldung abgeschlossener Integrationsverträge bei der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene eingerichteten Registrierungsstelle verpflichtend ist.

Artikel (neu): Änderung des Apothekengesetzes

§ 14 Absatz 4 Apothekengesetz:

Arzneimittelversorgung durch Krankenhausapotheken

Die Regelung des § 14 Abs. 4 Apothekengesetz (ApoG) verhindert sinnvolle Konzepte neuer Versorgungsformen und steht damit einer umfassenden Patientenbehandlung entgegen.

Aufgrund der Gesetzesformulierung "zur unmittelbaren Anwendung" ist Krankenhausapotheken weder die Arzneimittelversorgung des ambulanten Patienten zu Hause noch die Abgabe von Arzneimitteln an ambulante Patienten zur häuslichen Anwendung erlaubt.

Die durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz geschaffenen neuen ambulanten Versorgungsformen der Krankenhäuser dürfen aber nicht nur die medizinische sondern müssen auch die vertragliche Gestaltung der pharmazeutische Versorgung ermöglichen. Nur so kommt dem Patienten eine umfassende Versorgung aus einem Guss zugute.

Die DKG fordert eine Streichung der Formulierung "zur unmittelbaren Anwendung" in § 14 Abs. 4 ApoG.

Diese gesetzliche Änderung würde zu allererst und unmittelbar den Patienten zugute kommen: Zusätzliche Wege zur Erlangung der Arzneimittel werden dem Patienten erspart und die optimale Abstimmung von Arzt und Apotheker ist gewährleistet. Bei der Zielgruppe handelt es sich insbesondere um chronisch und schwer Erkrankte (z.B. onkologische Patienten).

Systembedingt sind niedrigere Kosten für die Krankenversicherungen zu erwarten.

Schließlich würde eine entsprechende Gesetzesänderung bestehende Wettbewerbsverzerrungen im Verhältnis zu Offizinapotheken beseitigen. Im Gegensatz zu Krankenhausapotheken ist krankenhausesorgenden Offizinapotheken eine umfassende ambulante pharmazeutische Versorgung erlaubt.

§ 11 Abs. 3 ApoG

Zugleich sollte § 11 Abs. 3 ApoG geändert werden. Die Formulierung "anwendungsfertige Zytostatika" ist zu ersetzen durch "Parenterale Lösungen".

Auf diese Weise würden auch antibiotika- und virustatikahaltige Lösungen, parenterale Ernährungslösungen sowie Schmerz- und sonstige Lösungen subsumiert und für den Patienten ohne zusätzlichen Aufwand erhältlich. Auch hier gilt es, eine individuell zugeschnittene Versorgung aus einer Hand gesetzlich zu ermöglichen.