



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0090  
vom 01.04.03  
15. Wahlperiode**

**Stellungnahme der  
Bundesärztekammer  
zum  
Gesetzentwurf  
der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
eines**

**Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten  
Fallpauschalensystem für Krankenhäuser  
Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG**

**Bundestagsdrucksache 15/614**

**vom 17. März 2003**

mitgetragen durch

die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften  
(AWMF),

den Bundesverband der Belegärzte (BDB),

den Marburger Bund sowie

den Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)

Köln, Düsseldorf und München, den 27.03.2003

## Vorbemerkung

Diese Stellungnahme ergeht zugleich im Namen

- der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf
- des Bundesverbandes der Belegärzte (BDB), München
- des Marburger Bundes, Köln sowie
- des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), Düsseldorf.

## Allgemeiner Teil

Unter Bezugnahme auf ihre Stellungnahmen zum Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (FPG) sowie zur Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser vom 19. September 2002 (KFPV) begrüßt die Bundesärztekammer die mit der Vorlage des Entwurfes eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) gezeigte Einsicht der Bundesregierung sowie der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in die Notwendigkeit der Nachbesserung des seit Jahresbeginn zunächst an freiwilligen Krankenhäusern eingeführten und ab 01.01.2004 für alle Krankenhäuser verbindlichen DRG-Fallpauschalensystems.

Aus Sicht der Ärzteschaft sind insbesondere die geplanten Regelungen des neu gefassten § 17b Absatz 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie die vorgesehenen Änderungen von § 6 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) hervorzuheben: Auf Grund der von der Bundesärztekammer immer wieder angemahnten und sich vielfach abzeichnenden Probleme der nur unzureichend genauen DRG-Abbildung besonderer Leistungen oder Leistungsbereiche wie

- Dermatologie,
- (Früh-)Rehabilitation,
- Geriatrie und Palliativmedizin,
- Intensivmedizin,
- Pädiatrie und Kinderchirurgie,
- Hämatologie, Onkologie und Strahlentherapie,
- Transplantationsmedizin,
- Unfallchirurgie,
- die Behandlung zusätzlicher Behinderungen und chronischer Erkrankungen insbesondere in der Rheumatologie und Neurologie sowie
- besonderer Therapiekonzepte und Schwerpunktbildungen

kann die mit dem Gesetzentwurf geplante

- Flexibilisierung der Möglichkeiten zur gesonderten Berücksichtigung von nicht DRG-gängigen Leistungen und Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 15 und § 17b Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 KHG
- Erweiterung von § 6 KHEntgG um die Möglichkeit der speziellen Berücksichtigung besonderer Einrichtungen (Absatz 1) sowie der Vereinbarung von Zusatzentgelten (Absätze 1 und 2)
- ausdrückliche Orientierung der Regelungen nach § 17b Absatz 1 Satz 15 KHG, § 17b Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 KHG und § 6 KHEntgG an der Sachgerechtigkeit der Vergütung sowie
- die der notwendigen vollständigen Entfristung näher kommende Fristverlängerung der Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG (§ 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG)

als beträchtlicher Schritt in die richtige Richtung begrüßt werden. Mit den geplanten Änderungen der Ausnahmeregelungen würde der Gesetzgeber wichtigen Forderungen der Bundesärztekammer entgegenkommen und einen wichtigen Mangel des bisherigen Ansatzes

angehen. Weil nach internationaler Erfahrung und angesichts des bisherigen Fortschritts der Arbeiten in Deutschland nicht damit gerechnet werden kann, dass alle Krankenhausleistungen bis zum Jahr 2007 sachgerecht durch DRG-Fallpauschalen abgebildet werden können, muss die Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG jedoch dauerhaft angelegt werden. Nur so kann eine systembedingte Sanktionierung von nicht adäquat über DRGs finanzierbaren Leistungen oder Einrichtungen auch über das Jahr 2006 hinaus wirksam vermieden werden. Damit einem speziellen regionalen Versorgungsbedarf flexibler entsprochen werden kann, sollte den Planungsbehörden der Länder in Ergänzung zu den geplanten Regelungen in § 17b Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 ebenfalls ausdrücklich die Möglichkeit dazu gegeben werden, besondere Einrichtungen direkt über Sicherstellungszuschläge zu fördern.

Mit der geplanten Änderung der Entscheidungsabläufe zur Anpassung und Weiterentwicklung des neuen Fallpauschalensystems zieht die Bundesregierung offensichtlich die Konsequenz aus dem aufgrund des engen Zeitrahmens unvermeidlichen letztjährigen Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltung zum Optionsmodell 2003 und will sich hinsichtlich eigenständiger Verordnungsregelungen eine bedeutend größere administrative Handlungsfreiheit einräumen. Der seit dem Jahr 2001 zunehmende Einigungsstillstand der ohne Beteiligung der Ärzteschaft angelegten bisherigen Konstruktion der Vertragspartnerschaft der Selbstverwaltung aus Krankenhausträgern und Kostenträgern konnte unter dem gegebenen Zeitdruck die Erwartungen an eine den Erfordernissen einer patienten- und anwenderfreundlichen, praxisbezogenen, validen, repräsentativen und transparenten Umsetzung eines Projektes von dieser Bedeutung in weiten Teilen nicht erfüllen. Die Bundesärztekammer sieht die im Gesetzentwurf vorgesehene weitere Verstaatlichung der Entscheidungsabläufe insbesondere auch in Anbetracht der erheblichen qualitativen Mängel des im Rahmen der letztjährigen Ersatzvornahme unter höchstem Zeitdruck entstandenen G-DRG-1.0-Fallpauschalensystems allerdings keineswegs unkritisch. Die Bundesärztekammer kann sich jedweder Festlegung der Entscheidungsstrukturen eines diagnosen- und leistungsbezogenen Vergütungssystems für Krankenhäuser nur dann anschließen, wenn eine ausreichende Einbindung und Beteiligung der Ärzteschaft gewährleistet ist. Eine solche muss auch im Falle einer zur Selbstverwaltungslösung parallelen Entscheidungsfindung durch das Bundesministerium gesetzlich verankert werden.

Abgesehen von dem genannten positiven Ansatz im Bereich der geplanten ergänzenden Regelungen für durch das neue Fallpauschalensystem nicht oder noch nicht sachgerecht abbildbare Leistungen oder besondere Einrichtungen bleiben in dem Gesetzentwurf jedoch wesentliche von der Bundesärztekammer wiederholt benannte Problemfelder wie

- der unangemessene Zeitrahmen für die Anpassung und Einführung des neuen DRG-Vergütungssystems bis zu dessen budgetwirksamer Anwendung,
- der mit der angespannten Arbeitssituation an den Krankenhäusern kaum vereinbare hohe Dokumentationsaufwand der neuen Fallpauschalen,
- die fehlende Gegenfinanzierung der zahllosen unbezahlten Überstunden und die nicht umgesetzte Bewertung ärztlicher Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit statt als Ruhezeit,
- die fehlende Berücksichtigung der ärztlichen Weiterbildung unter DRG-Bedingungen als Sonderfinanzierungstatbestand,
- die in entscheidenden Details praxis- und betroffenenferne Regelungen zur Fallprüfung nach § 17c KHG,
- die zu weit reichende, kaum DRG-konform umsetzbare und daher kontraproduktive Mindestmengenregelung nach § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V wie auch
- die fehlende Gegenfinanzierung von Leistungsverlagerungen zwischen dem stationären und anderen Versorgungsbereichen

nach wie vor unberücksichtigt. Die Bundesärztekammer unterbreitet daher in Anknüpfung an ihre bisherigen Äußerungen zum neuen Krankenhausfinanzierungssystem nach § 17b KHG im nachfolgenden speziellen Teil dieser Stellungnahme konkrete Vorschläge zur Behebung

weiterer wesentlicher Schwachstellen des gegenwärtigen Ansatzes.

Damit nicht schon in Kürze ein weiteres Änderungsgesetz eingebracht werden muss, sollten Bundestag und Bundesrat das weitere Gesetzgebungsverfahren nutzen, um die Krankenhausvergütung auch in diesen Punkten an die Arbeitswirklichkeit in den Krankenhäusern anzupassen. Die Bundesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesverband der Belegärzte, der Marburger Bund sowie der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands sind zu einer konstruktiven Mitwirkung im weiteren Gesetzgebungsverfahren bereit und stehen zur weiterführenden Erörterung gern zur Verfügung.

## Spezieller Teil

Konkretisierend zum allgemeinen Teil ihrer Stellungnahme zum Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die GRÜNEN vom 17. März 2003 und in Anknüpfung an ihre bisherigen Äußerungen zum Vergütungssystem nach § 17b KHG fordert die Bundesärztekammer die Umsetzung der nachfolgenden Änderungsvorschläge:

### Anpassung der budgetneutralen Einführungsphase

In Anbetracht der in der gegenwärtigen Situation bereits ebenfalls absehbar problematischen Revision des G-DRG 1.0-Fallpauschalensystems für das Jahr 2004 wird die Verschiebung der zunächst für das Jahr 2004 vorgesehenen Ausgliederung der Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe auf das Jahr 2005 allein nicht ausreichen, um eine solide Anpassung des Systems bis zur ab 2005 geplanten Konvergenzphase sicher zu stellen. Damit es nicht zu für die Patientenversorgung nachteiligen Fehlschlüssen aus dem die Versorgungswirklichkeit nicht korrekt darstellenden G-DRG-Fallpauschalenkatalog kommt, muss die budgetneutrale Einführungsphase zu den für das Jahr 2003 geltenden Ausgleichsregelungen bis einschließlich 2005 verlängert werden. Auch die Ausgestaltung der Konvergenzphase und eine Neujustierung der darin vorgesehenen Umverteilung und Budgetbemessung wird auf der Grundlage der bis Ende 2004 gesammelten Erfahrungen neu zu diskutieren sein.

Die weiteren Änderungsvorschläge sind in entsprechender Zuordnung zu den Artikeln des FPÄndG-Entwurfs durch unterstrichenen Kursivdruck kenntlich gemacht.

## Zu Artikel 1 FPÄndG

### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

#### § 17b Absatz 7 Satz 4 KHG des Gesetzentwurfs ist wie folgt zu modifizieren:

Das Bundesministerium kann lässt sich im Vorlauf seiner Entscheidungen nach Satz 1 von der Bundesärztekammer, den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, einem Vertreter der Berufsorganisationen der Pflege sowie nach Bedarf von unabhängigen Sachverständigen beraten und veröffentlicht die Gründe und Grundlage seiner Entscheidung allgemein zugänglich in einem Ergebnisbericht.

*Begründung: Die Bundesärztekammer sieht die im Gesetzentwurf vorgesehene weitere Verstaatlichung der Entscheidungsabläufe insbesondere auch in Anbetracht der erheblichen qualitativen Mängel des im Rahmen der letztjährigen Ersatzvornahme unter höchstem Zeitdruck entstandenen G-DRG-1.0-Fallpauschalensystems keineswegs unkritisch. Die Bundesärztekammer kann sich daher jedweder Festlegung der Entscheidungsstrukturen eines diagnosen- und leistungsbezogenen Vergütungssystems für Krankenhäuser nur dann anschließen, wenn eine ausreichende Einbindung und Beteiligung der Ärzteschaft gewährleistet ist. Zudem müssen die Entscheidungsgründe, -grundlagen und -wege im Interesse einer größtmöglichen Akzeptanz des Verfahrens z. B. als Ergebnisbericht auf der Homepage des Ministeriums für jedermann nachvollziehbar transparent gemacht werden.*

## **Zu Artikel 1 FPÄndG bringt die Bundesärztekammer ergänzend folgende Forderungen ein:**

### **§ 17b Absatz 1 Satz 7 und Satz 8 KHG ist wie folgt zu ergänzen.**

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 und Satz 15 erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten und besonderen Einrichtungen, die Sicherstellung der durch die Regelungen in § 17 a nicht berührten Belange der für die Versorgung erforderlichen Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen und der Ärzte sowie die benötigte präklinische Notfallversorgung zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Höhe der abzurechnenden Zuschläge.“

*Begründung: Während die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe ab 2005 als gesonderter Vergütungstatbestand geregelt wird, soll die ärztliche Aus- und Weiterbildung nach den bisherigen Vorgaben maßgeblich aus dem Volumen der DRG-Vergütungen heraus finanziert werden. In anderen Staaten, die DRG-Fallpauschalen zum Hauptelement ihrer Krankenhausfinanzierung gemacht haben, ist die ärztliche Weiterbildung ein eigenständiger Finanzierungstatbestand. Damit sich aus einer budgetwirksamen Umsetzung des neuen DRG-Vergütungssystems keine Nachteile für Krankenhäuser, die sich der Aufgabe stellen, ärztliche Weiterbildung zu ermöglichen, ergeben, muss im Rahmen der Sicherstellungszuschläge ermöglicht werden, entsprechend der regionalen Notwendigkeiten Anreize für die Weiterbildung von Ärzten zu schaffen. Dies muss geschehen, damit neben dem bereits manifesten Ärztemangel ein zusätzlicher Spezialisierungsmangel vermieden werden kann. Damit dem speziellen regionalen Versorgungsbedarf flexibler entsprochen werden kann, sollte den Planungsbehörden der Länder in Ergänzung zu den geplanten Regelungen in § 17b Absatz 7 Satz 1 Nr. 4 ebenfalls ausdrücklich die Möglichkeit dazu gegeben werden, besondere Einrichtungen direkt über Sicherstellungszuschläge zu fördern. Damit die Vergütungstatbestände der Sicherstellungszuschläge auch entsprechend der landesindividuellen Bedürfnisse vorgehalten werden können, darf die Höhe der hierfür abzurechnenden Zuschläge nicht an der zuständigen Landesbehörde vorbei festgelegt werden.*

### **§ 17b Absatz 1 Satz 12 KHG ist wie folgt zu ändern:**

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können sollen die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere zum Beispiel für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist.

*Begründung: Die Möglichkeit der Vereinbarung von Zusatzentgelten muss sich an den Notwendigkeiten der medizinischen Versorgung orientieren und darf nicht der Restriktion des Begriffs des „eng begrenzten Ausnahmefalls“ unterliegen. Durch die gesetzlich vorgegebene Priorisierung der Fallpauschalen sowie den Vereinbarungsprozess der Vertragsparteien ist bereits ausreichend sichergestellt, dass Zusatzentgelte nur in begründeten Fällen vereinbart werden.*

### **§ 17c Absatz 3 Satz 4 KHG ist wie folgt abzuwandeln:**

Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen sowie damit zusammenhängende, auf Grundlage der Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung bestimmte Erlösbestandteile grob fahrlässig vorsätzlich zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.

*Begründung: Nach den Vorgaben des DRG-Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 KFPV wird im Zusammenhang mit der Zuordnung der Fallpauschale nicht nur deren Bewertungsrelation, sondern auch die anteilig mit dieser Bewertungsrelation zu verrechnenden Zu- und Abschläge für Kurzlieger, Langlieger und Verlegungsfälle ermittelt. Während die Abschläge für Kurzlieger und Verlegungsfälle rechtlich als indirekte Bestandteile der Fallpauschale gewertet werden können, gilt das Entgelt für den Fall der Überschreitung der Grenzverweildauer nach § 8 Absatz 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG als von der Fallpauschale unabhängige eigenständige Entität. Da zum Zeitpunkt der Konzeption des Fallpauschalengesetzes vom 23. April 2002 noch nicht absehbar war, dass diese Entgelte wie gegenwärtig geregelt in Abhängigkeit von der jeweiligen DRG-Fallpauschale variieren, müssen auch diese mit in den Ausgleichs- und Sanktionsmechanismus mit einbezogen werden. Weil internationale Studien belegen, dass im Rahmen des für alle Beteiligten in der Einführungsphase von DRG-Systemen zu bewältigenden Lernprozesses mit einer zum Teil deutlich im zweistelligen Prozentbereich liegenden Fehlerrate bei der DRG-Abrechnung zu rechnen ist, sollte der bereits im Gesetzgebungsverfahren des FPG heftig umstrittene Begriff der groben Fahrlässigkeit nicht zuletzt auch zur Entlastung der Sozialgerichte durch den Tatbestand der vorsätzlichen Fehlabrechnung ersetzt werden.*

### **§ 17c Absatz 4 KHG ist wie folgt zu ändern:**

Soweit sich die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 über die Prüfergebnisse nach Absatz 2 und 3 und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankenhausesgesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen und die Landeskrankenhausesgesellschaft sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten. Der Schlichtungsausschuss teilt seine Entscheidungen unverzüglich den Parteien nach § 17 b Absatz 2 Satz 1 und Satz 4 mit, welche die Zusammenstellung aller getroffenen und anhängigen Entscheidungen sämtlicher Schlichtungsausschüsse an geeigneter Stelle im Internet veröffentlichen und fortlaufend aktualisieren. Hat ein Schlichtungsausschuss insbesondere bei Abrechnungsprüfungen hinsichtlich der Beachtung der bundeseinheitlichen Kodierrichtlinien über einen Prüfsachverhalt zu entscheiden, welcher bereits Gegenstand eines vorherigen Beschlusses eines anderen Schlichtungsausschusses war, so ist dieser in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen; im Falle einer davon abweichenden Entscheidung ist diese zu begründen. Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 entsprechend

der Vorgaben nach Satz 12 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Bundesärztekammer gemeinsam vereinbaren bundeseinheitliche Vorgaben geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten auch unabhängig von bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. Kommen Empfehlungen Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. Januar 2003 nicht zustande, bestimmt die um die Hälfte der Zahl der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft verminderte und um Vertreter der Bundesärztekammer in gleicher Zahl ergänzte Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer gemeinsam das Nähere zum Prüfverfahren.

*Begründung: Da bei Abrechnungsprüfungen insbesondere die Beachtung der bundesweit einheitlich anzuwendenden Deutschen Kodierrichtlinien zum Prüfgegenstand werden wird, muss durch eine ergänzende Regelung vermieden werden, dass Schlichtungsausschüsse verschiedener Länder bei identischen Prüfsachverhalten unbegründet zu voneinander abweichenden Schiedsregelungen kommen. Ebenso schwer wäre es vermittelbar, wenn eine bestimmte Fallkonstellation im einen Bundesland als Fehlbelegung bzw. vorzeitige Entlassung/Verlegung eingestuft wird, im anderen Bundesland hingegen nicht. Zur Vermeidung unbegründet widersprüchlicher Einschätzungen unterschiedlicher Schlichtungsausschüsse und der absehbar daraus resultierenden Belastungen der Sozialgerichte ist ein bundeseinheitliches Prüfverfahren sowie ein kontinuierlicher wechselseitiger Austausch der Schlichtungsausschüsse über eine zentrale und öffentlich zugängliche Sammlung aller getroffenen und anhängiger Entscheidungen sämtlicher Schlichtungsausschüsse zwingend vonnöten. Durch die stetig aktualisierte Veröffentlichung aller Entscheidungsstände im Internet kann darüber hinaus die Belastung der Schlichtungsausschüsse von Doppelanfragen in gleicher Sache schon im Voraus deutlich reduziert werden. Weil die ärztliche Indikationsstellung bei Aufnahme-, Entlassungs- und Verlegungsprüfungen zum zentralen Prüfgegenstand wird und daraus entstehende Kontroversen auf ärztlich-gutachterlicher Ebene ausgetragen werden, ist in keiner Weise nachvollziehbar, dass das Nähere zum Prüfverfahren nach den gegenwärtigen Bestimmungen unter Ausschluss der Ärzteschaft festgelegt werden. Weil die bisher mit der Abgabe einer Empfehlung zum Prüfverfahren beauftragten Parteien auch nach Ablauf der gesetzlichen Frist noch keine Vereinbarung zustande bringen konnten, sollte der Gesetzgeber die Gelegenheit nutzen, diesem der Akzeptanz des Verfahrens abträglichen Mangel endlich abzuhelpfen.*



## Zu Artikel 2 FPÄndG Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

### § 6 Absatz 1 und 2 KHEntgG des Gesetzentwurfes ist wie folgt zu modifizieren:

(1) Für die Vergütung von Leistungen oder von besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die noch nicht sachgerecht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten vergütet werden können und nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in begründeten Fällen Zusatzentgelte. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten.

(2) Für die Vergütung neuer 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 § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis zum 30. November von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen sachgerecht abgerechnet werden kann. Nach Vereinbarung eines Entgelts melden die Vertragsparteien Art und Höhe an die Vertragsparteien nach § 9. Diese können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Ausschusses Krankenhaus nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden. Die Frist nach § 13 Absatz 2 bleibt hiervon unberührt.

*Begründung: Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Verlängerung der Befristung der Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG bis einschließlich 2006 ist zu begrüßen. Sie wird jedoch keinesfalls ausreichen. Bisher nur unzureichend durch DRG-Systeme erschlossene Leistungsbereiche wie z. B. die in der Begründung des Gesetzentwurfes aufgeführten Versorgungsbereiche werden auch darüber hinaus noch gesonderter Vergütungslösungen bedürfen. Daher muss die Befristung dieser Entgelte gänzlich entfallen und die Selbstverwaltung in die Lage versetzt werden, anhand bedarfsorientierter Kriterien von Jahr zu Jahr neu über die Notwendigkeit dieser Vergütungslösung für die jeweilige Leistung zu entscheiden. Die Möglichkeit der Vereinbarung von Zusatzentgelten muss sich auch hier an den Notwendigkeiten der medizinischen Versorgung orientieren und darf nicht der Restriktion des Begriffs des „eng begrenzten Ausnahmefalls“ unterliegen. Durch die gesetzlich vorgegebene Priorisierung der Fallpauschalen sowie den Vereinbarungsprozess der Vertragsparteien ist bereits ausreichend sichergestellt, dass Zusatzentgelte nur in begründeten Fällen vereinbart werden. Damit es in der Praxis nicht zu weiteren Verunsicherungen und Fehlschlüssen hinsichtlich der Relevanz des DRG-Fallpauschalen-Katalogs für nicht sachgerecht abgebildete Leistungen und Einrichtungen kommt, muss - wie schon im Referentenentwurf des FPÄndG vorgesehen - an einer sowohl für die Phase der Budgetneutralität als auch für den sich anschließenden Zeitraum einheitlichen Bindung des § 6 Absatz 1 KHEntgG an die Frage der sachgerechten Vergütung der betroffenen Leistungen und Einrichtungen durch die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte festgehalten werden. Im Zusammenhang mit der Innova-*

tionsvergütung nach § 6 Absatz 2 KHEntgG darf die Einholung einer Stellungnahme des Ausschusses Krankenhaus nach § 137 c SGB V während eines Schiedsstellenverfahrens nicht zu Verzögerungen führen. Daher ist klarzustellen, dass die Frist nach § 13 Absatz 2 KHEntgG hiervon unberührt bleibt.

**Zu Artikel 2 FPÄndG bringt die Bundesärztekammer ergänzend folgende Forderungen ein:**

**§ 3 Absatz 3 Satz 4 KHEntgG ist wie folgt zu ändern:**

Der für das Jahr 2004 vereinbarte Gesamtbetrag ist sachgerecht aufzuteilen auf

1. die Fallpauschalen, die Entgelte, die bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschalen abgerechnet werden können (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3), und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Erlösbudget) einschließlich der noch nicht ausgliederten sonstigen Zu- und Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,
2. ~~die Entgelte, die bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschalen abgerechnet werden können (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3)~~,
- 3.2. die voll- und teilstationären Leistungen, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet, jedoch noch nicht von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1).

*Begründung: Die Notwendigkeit dieser im Ergebnis redaktionellen Änderung ergibt sich aus dem technischen Umstand, dass die Entgelte für den Fall der Überschreitung der Grenzverweildauer durch die KFPV als Zuschläge auf die Bewertungsrelation der jeweiligen DRG-Fallpauschale ausgestaltet wurden. Durch die mittels des zuvor in Kraft gesetzten FPG vorgenommene Ausnahme dieser Entgelte aus dem Erlösbudget nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG kann der krankenhausesindividuelle Basisfallwert nach § 3 Absatz 4 KHEntgG nur behelfsweise ermittelt werden. Das Formular B1 der AEB ist entsprechend zu modifizieren.*

**Zu § 3 Absatz 6 und § 4 Absatz 9 KHEntgG:**

**Satz 7 ist jeweils folgendermaßen zu ändern:**

Soweit das Krankenhaus oder eine andere Vertragspartei nachweist, dass die sonstigen Mehrerlöse nach Satz 4 in Folge von Veränderungen der Leistungsstruktur oder des behandelten Fallspektrums mit der vereinfachten Ermittlung nach Satz 6 zu niedrig oder zu hoch bemessen sind, ist der Betrag der sonstigen Mehrerlöse entsprechend anzupassen.

Nach Satz 7 sind jeweils folgende Sätze neu aufzunehmen: Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. August 2003 das Verfahren für die dem Nachweis nach Satz 7 zu Grunde zu legende differenzierte Ermittlung der sonstigen Mehrerlöse. Kommt eine Vereinbarung bis zum 31. August 2003 nicht zustande, bestimmt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Verfahren.

*Begründung: Die vereinfachte Ermittlung der sonstigen Mehrerlöse differenziert nicht zwischen fallzahlnutralen Mehrerlösen auf Grund eines tatsächlichen Mehraufwandes und fall-*

*zahlneutralen Mehrerlösen auf der Basis einer rein dokumentarisch bedingten Steigerung des Casemixes. Dadurch werden insbesondere Krankenhäuser der höheren Versorgungsstufen benachteiligt, welche mit einer anwachsenden Zahl von Komplexfällen konfrontiert werden. Das Gesetz sieht zwar die Möglichkeit abweichender Ausgleichsregelungen vor. Damit diese bei Bedarf vor Ort wirksam umgesetzt werden können, bedarf es jedoch dringend einer einheitlichen Methodik der differenzierten Mehrerlösausgleichsermittlung.*

#### **§ 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG ist wie folgt zu ergänzen:**

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde.

*Begründung: Die Notwendigkeit dieser Änderung ergibt sich aus dem Vorschlag der Bundesärztekammer zur Modifikation von § 17b Absatz 1 Satz 8 KHG (s. o.).*

#### **§ 7 Satz 1 Nr. 5 KHEntgG ist wie folgt zu ergänzen:**

Entgelte für Leistungen und besonderen Einrichtungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),

*Begründung: Die Notwendigkeit dieser Ergänzung ergibt sich aus der Modifikation von § 17b Absatz 7 KHG sowie von § 6 Absatz 1 KHEntgG durch den Gesetzentwurf.*

#### **Hinter § 8 Absatz 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG ist nachfolgende Nr. 5 einzufügen:**

5. zusätzliche Fallpauschalen und / oder diesbezügliche Zu- und Abschläge für komplexe oder multidisziplinäre Fälle, soweit nach den Abrechnungsbestimmungen gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 zulässig

*Begründung: Damit Krankenhäuser, die Patienten mit zwei oder mehreren voneinander unabhängigen Hauptdiagnosen multidisziplinär im Rahmen eines zusammenhängenden stationären Aufenthaltes z.B. mit interner Verlegung zwischen unterschiedlichen Fachabteilungen behandeln, nicht benachteiligt werden, muss die Möglichkeit geschaffen werden, dass in begründeten Fällen, die über die Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG zu definieren sind, die Vergütung dem entstehenden Mehraufwand sachgerecht angepasst werden kann.*

#### **§ 8 Absatz 5 KHEntgG ist wie folgt zu modifizieren:**

Wird ein Patient wegen Komplikationen ungeplant aus demselben Anlass wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen, für den zuvor eine Fallpauschale berechnet wurde, darf für die Kalendertage innerhalb der Grenzverweildauer dieser Fallpauschale die Fallpauschale nicht erneut berechnet werden. Ausgangspunkt für die Ermittlung des Kalendertages des Ablaufes dieser Grenzverweildauer ist der Tag der Aufnahme des vorhergehenden stationären Aufenthaltes. Wird ein Patient beurlaubt, ist dies im Falle der Überschreitung der Grenzverweildauer auf der Rechnung auszuweisen. Eine erneute Abrechnung der Fallpauschale darf erst bei Überschreitung der Grenzverweildauer der für den Voraufenthalt in Rechnung gestellten Fallpauschale erfolgen. Ausschlaggebend für die Ermittlung der Entgelthöhe ist dabei die

nach Erreichen der Grenzverweildauer der für den Voraufenthalt abgerechneten Fallpauschale anfallende Verweildauer.

*Begründung: Die gegenwärtige Regelung provoziert durch den nicht näher definierten Begriff der Komplikation sowie den fehlenden Bezugspunkt zur Ermittlung des Ablaufes der Grenzverweildauer Konflikte durch unterschiedliche Auslegungen. Ebenso wenig ist derzeit die Frage eindeutig geklärt, wie nach Erreichen der Grenzverweildauer der für den vorhergehenden Aufenthalt geltend gemachten Fallpauschale zu verfahren ist. Es besteht daher dringender Bedarf einer in diesen Punkten klarstellenden Abwandlung und Ergänzung der bisherigen Regelung.*

**§ 10 Absatz 3 Absatz 3 und Absatz 4 KHEntgG sind wie folgt zu modifizieren:**

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

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen, einschließlich der Anpassungen der Tarifverträge und anderer Regelungen des Arbeitsrechts
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen,
5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nicht einbezogen,
6. Kostenwirksame demographisch-epidemiologische Entwicklungen, Anforderungen aus der Qualitätssicherung sowie aus der medizinischen Innovation,
7. Kostenwirksame Verlagerungen von Leistungen in andere Versorgungsbereiche oder Übernahme von Leistungen aus anderen Versorgungsbereichen, die bei der Bemessung der (Gesamt-)Vergütungen im jeweiligen Versorgungsbereich zu berücksichtigen sind.

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden. Soweit in Folge einer nicht aufwandsbegründeten veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts 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 Basisfallwerts nicht überschreiten, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten.

*Begründung: Die gegenwärtige Regelung zur Anpassung der landesweiten Basisfallwerte verlagert das Morbiditätsrisiko einseitig auf die Krankenhäuser. Damit eine aus diesem Umstand heraus drohende Wartelistenmedizin vermieden werden kann, bedarf es bei der Festlegung dieser Basisfallwerte einer angemessenen Berücksichtigung der Personalkostenentwicklung, des demographisch-epidemiologischen Wandels sowie der sich unter dem Aspekt der Qualitätssicherung und medizinischen Innovation ändernden Gegebenheiten. Weiterhin*

müssen die aus der Einführung des DRG-Vergütungssystem ggf. resultierenden wechselseitigen Leistungsverlagerungen zwischen dem stationären Bereich und den dort anschließenden Versorgungssektoren sachgerecht gegenfinanziert werden.

## Zu Artikel 3 FPÄndG Änderung der Bundespflegeverordnung

**Zu Artikel 3 FPÄndG bringt die Bundesärztekammer ergänzend folgende Forderungen ein:**

**§ 6 Absatz 5 BPfIV ist wie folgt zu ändern:**

Zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen vereinbaren die Vertragsparteien jeweils für das Jahr 2003 und das Jahr 2004 einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert 1,0 vom Hundert des Gesamtbetrags. Voraussetzungen sind, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund des Arbeitsrechts, einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung oder einer tarifvertraglichen Regelung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts zu finanzieren sind. Der zusätzliche Betrag ist im Gesamtbetrag jeweils in den Gesamtbeträgen der Jahre 2003 und 2004 zu berücksichtigen; er kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 zu einer entsprechenden Überschreitung der Veränderungsrate führen. Für das Jahr 2004 vereinbaren die Vertragsparteien unter den Voraussetzungen nach Satz 1 erstmals oder zusätzlich einen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrags, soweit Verweildauerverkürzungen oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit ansonsten zu einer entsprechenden Absenkung des Gesamtbetrags führen würden. Der Betrag wird zu dem nach den Vorgaben des Absatzes 1 verhandelten Gesamtbetrag hinzugerechnet; dabei darf abweichend von Absatz 1 Satz 4 die Veränderungsrate überschritten werden. Die für die Jahre 2003 und 2004 vereinbarten Beträge verbleiben in den Folgejahren im Gesamtbetrag und unterliegen mit dem Erlösbudget nach § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils zum 1. Januar 2005, 2006 und 2007 der Jahre 2006 bis 2009 der schrittweisen Budgetangleichung. Soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der Betrag ganz oder teilweise zurückzuzahlen.“

*Begründung: Die gegenwärtige Regelung vermag insbesondere bei denjenigen Krankenhäusern, die wegen ihres Verbleibs im bisherigen BPfIV-Vergütungssystem von der „Nullrunde“ des Beitragssatzsicherungsgesetzes betroffen sind, in keiner Weise, der durch den erhöhten DRG-Dokumentationsaufwand noch verschärften katastrophalen Arbeitsüberlastung des Krankenhauspersonals Abhilfe zu schaffen. Unverständlich ist nach wie vor auch der Umstand, dass sich die Krankenhäuser die diesbezügliche Budgetanpassung für das Jahr 2004 erst auf Kosten der Patientenversorgung erwirtschaften müssen. Hier gilt es, endlich eine angemessene Finanzierungsgrundlage für eine menschliche Gestaltung der Arbeitszeitbedingungen an den Krankenhäusern unter Berücksichtigung des Investitionsbedarfs bei der Umstellung auf das neue DRG-Vergütungssystem zu schaffen!*

**Zur ergänzenden Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bringt die Bundesärztekammer folgende Forderungen ein:**

**§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V ist wie folgt zu ändern:**

einen Katalog planbarer Leistungen nach §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist; sowie wissenschaftlich begründete Empfehlungen für Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,

**§ 137 Absatz 1 Satz 4 und Satz 5 SGB V sind zu streichen.**

**§ 137 Absatz 1 Satz 6 SGB V ist wie folgt zu ergänzen:**

Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Empfehlungen für Mindestmengen nach Nummer 3 sowie der Qualitätsberichte nach Nummer 6 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen.

*Begründung: Wegen der für die verantwortungsvolle Umsetzung der weitreichenden gegenwärtigen Gesetzesregelung unzureichenden Datenlage, der fehlenden Kompatibilität mit dem einzuführenden DRG-Fallpauschalensystem, der resultierenden Fehlanreize, der haftungsrechtlich problematischen Situation hinsichtlich der Ausnahmeregelungen für einzelne Krankenhäuser nach Satz 5, der zu erwartenden Verkomplizierung der Leistungssteuerung und –abrechnung sowie dem zu befürchtenden erheblichen Zulassungs- und Kontrollbürokratismus wird sich die zur wirksamen Umsetzung ab dem Jahr 2004 vorgesehene jetzige Mindestmengenregelung eher als kontraproduktiv erweisen als zu der gewünschten Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Autoren großer Studien zum Zusammenhang zwischen Qualität und Leistungsmengen sprechen sich hier daher auch immer wieder gegen eine vorschnelle gesetzliche Überreglementierung aus. Auf der Basis der geplanten allgemeinzugänglichen jährlichen Veröffentlichung der DRG-Daten aller Krankenhäuser werden die Patienten und ihre zuweisenden Ärzte den Mengenfaktor ohnehin transparenter denn je bei der Auswahl des Krankenhauses einbeziehen können, soweit dies im individuellen Fall notwendig und gewünscht ist. Die durch die Mindestmengenregelung beabsichtigte Wirkung wird daher durch regelmäßige Veröffentlichungen von auf der Basis von Empfehlungen zu Mindestmengen vergleichbaren Frequenzstatistiken der Krankenhäuser kurzfristiger, nachhaltiger und deutlich kostensparender erzielt werden können als mit der gegenwärtigen Übermaßregelung.*

**Die Bundesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, der Bundesverband der Belegärzte, der Marburger Bund sowie der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands behalten sich weitere Ergänzungen zu den von ihnen eingebrachten Forderungen vor. Zu den hier nicht angesprochenen Punkten sei nochmals auf die Stellungnahmen der Bundesärztekammer im Zusammenhang mit dem FPG vom 23. April 2002 sowie hinsichtlich der KFPV vom 19. September 2002 verwiesen.**