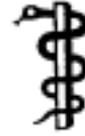




Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen
Ärztekammern



AWMF

Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften

Gemeinsame Stellungnahme

der

Bundesärztekammer

und der

AWMF

zum

Referentenentwurf einer Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV 2004)

vom 02. September 2002

mitgetragen durch

den Bundesverband der Belegärzte (BDB),
den Marburger Bund sowie
den Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)

Köln, Düsseldorf und München, den 15. September.2003

Die Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begrüßen, dass ihnen durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) noch vor Erlass einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 7 Satz 1 KHG über das im Jahr 2004 für alle Krankenhäuser mit Ausnahme von Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz KHG verpflichtend anzuwendende G-DRG-Vergütungssystem (KFPV) Gelegenheit zu einer Äußerung über die Inhalte des Referentenentwurfs der KFPV 2004 vom 02.09.2003 gegeben wird. Die Bundesärztekammer und die (AWMF) geben auch im Namen

- des Bundesverbandes der Belegärzte (BDB), München
- des Marburger Bundes, Köln sowie
- des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), Düsseldorf

hierzu folgende Stellungnahme ab:

Allgemeiner Teil

Am 03.09.2003 hat das BMGS per Email-Versand und zeitgleich per Veröffentlichung auf der g-drg-Homepage den Referentenentwurf zur G-DRG-Ersatzvornahme für das Jahr 2004 (KFPV 2004) inklusive Abrechnungsbestimmungen, DRG-Fallpauschalen-Katalog (Anlage 1), Zusatzentgeltkatalog nach § 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG (Anlage 2), Leistungsausgliederungen für sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG (Anlage 3) sowie einen Zusatzentgelt-Katalog nach § 6 Absatz 1 KHEntgG bekannt gegeben. Daneben wurde auf der g-drg-Homepage auch die Entwurffassung der G-DRG-Definitions-Handbücher 2003/2004 zur Verfügung gestellt.

Nachdem das zur Zeit an freiwilligen Krankenhäusern eingesetzte G-DRG-System Version 1.0 bereits im Vorjahr unter den Bedingungen der Ersatzvornahme unter allergrößtem Zeitdruck und unter Inkaufnahme grober Mängel aus dem australischen AR-DRG-System 4.1 ins Deutsche übertragen wurde, steht auch die erste G-DRG-Revision unter den Vorzeichen des erklärten Scheiterns der Verhandlungen der Selbstverwaltung. Der Begründung des Referentenentwurfes zu Folge verblieben dem BMGS auch in diesem Jahr lediglich zwei Monate zur Erstellung der Rechtsverordnung.

Im Unterschied zum Vorjahr wurden die maßgeblichen Arbeiten zur Anpassung des G-DRG-Systems aber nicht erst nach dem erklärten Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltung an externe Auftragnehmer vergeben. Im Jahr 2003 wurden diese Arbeiten von Anfang an, sowohl unter der Ägide der Selbstverwaltung als auch seit Juli 2003 unter der Weisung des BMGS, durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH, Siegburg) übernommen. Anders als im Vorjahr bestand im Rahmen eines als „strukturiertes Dialog“ bezeichneten Antragsverfahrens die Möglichkeit, bis zum 31. März 2003 Anträge zur Anpassung der G-DRG-Klassifikation an das InEK zu richten, welche bei dessen Arbeiten beachtet werden sollten.

Entsprechend der so im Vergleich mit dem Vorjahr verbesserten fachlichen Kontinuität und der offeneren Haltung gegenüber den Eingaben Dritter im Zuge der diesjährigen G-DRG-Systemrevision hinterlässt die erste Prüfung der mit dem Referentenentwurf der KFPV 2004 vorgelegten Entgelt-Kataloge einen spürbar

besseren und der klinischen Realität näher kommenden Eindruck als die Anlagen des Vorjahresentwurfs.

Dieser durch den Einsatz des InEK deutlich bessere Eindruck wird aber leider zu einem erheblichen Anteil dadurch zunichte gemacht, dass

- auch die diesjährige G-DRG-Revision unter weitgehend intransparenten Bedingungen vorgenommen wurde
- der „strukturierte Dialog“ zur DRG-Anpassung bisher ein weitgehend inhaltlicher Monolog von Fachgesellschaften und Verbänden mit Anpassungsvorschlägen an das InEK und die Selbstverwaltung blieb
- im Gegensatz zum Vorjahr weder die Berechnungsgrundlage der Grenzverweildauern noch der Zu- und Abschläge für Kurz- sowie Langlieger und externe Verlegungen bekannt gegeben wurde
- das Vorgehen bei der Datenbereinigung, -analyse, DRG-Kalkulation und Festlegung von Zusatzentgelten und Leistungsausgrenzungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG nicht kenntlich gemacht wurde
- der bei der Kalkulation veranschlagte durchschnittliche Basisfallwert nicht ausgewiesen wurde
- die für die spätere G-DRG-Fallpauschalen-Zuordnung und -Abrechnung maßgebliche definitive Version 2004 der Klassifikationshandbücher nach Verlautbarung der g-drg-Homepage erst mehrere Wochen im Anschluss an den Erlass der KFPV 2004 im Verlauf des Novembers 2003 veröffentlicht werden soll und
- ein Grouper-Programm bzw. die zur vollständigen Prüfung der neuen G-DRG-Zuordnungen erforderlichen Grouper-Spezifikationen nicht zur Verfügung gestellt wurden.

Die in einigen Punkten im Vergleich mit dem Vorjahr sogar noch intransparentere diesjährige Anpassung erlaubt innerhalb der nur knappen verfügbaren Zeit keine durchgreifende Beurteilung der vorgelegten Rechtsverordnung. Aus diesem Grunde behalten sich die diese Stellungnahme unterstützenden Institutionen auch ausdrücklich die Möglichkeit ergänzender Äußerungen zum Gegenstand des Referentenentwurfes vor.

Dadurch, dass

- die weitere Offenlegung der in der Begründung zum Gesetzentwurf lediglich angedeuteten Verfahrensgrundsätze zur Anpassung des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs auch auf Nachfrage durch das BMGS bisher abgelehnt wurde,
- die Regelungstatbestände des „technischen Abschnitts 2“ der KFPV 2003 in der vorgelegten Entwurffassung erst gar nicht enthalten sind und damit auch
- die in der Begründung zum Referentenentwurf als sehr positiv dargestellten Homogenitätsmaße des neuen G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs nicht beurteilbar sind,

wird gegenüber dem bereits ab 2005 für die Krankenhäuser existenziell werdenden G-DRG-Vergütungssystem nach § 17 b KHG und der für die vorliegende Anpassung verantwortlichen Institutionen Zweifel und Frustration an Stelle von Vertrauen geschaffen. Ein neues Vergütungssystem, dass einerseits mit dem Anspruch antritt,

eine bisher nicht gekannte Leistungs- und Kostentransparenz in die Krankenhausfinanzierung zu tragen, andererseits selbst aber unter völlig unklaren Bedingungen zu Stande kommt, kann nicht erwarten, auf die nachhaltige Akzeptanz der Betroffenen zu stoßen. So sehr positiv hervorgehoben werden muss, dass bei der Anpassung des Fallpauschalenkatalogs viele Vorschläge aus der klinischen Praxis erkennbar berücksichtigt wurden, muss ebenso deutlich gemacht werden, dass zahlreiche fundiert vorgetragene Vorschläge ohne vor dem Erlass der KFPV 2004 dargelegte bzw. nachvollziehbare Begründung nicht berücksichtigt wurden. So wurde zum Beispiel der fachübergreifend breit unterstützte Vorschlag der DIVI zur Anpassung der Vergütungen der Intensivmedizin wohl nicht aufgegriffen. Statt dessen wurde die umstrittene ausschließliche (An-)Steuerung von Intensivtherapie-DRGs und ihrer Bewertungshöhe über die Beatmungsdauer deutlich ausgebaut (wobei die Beatmungs-DRG A06Z übrigens noch nicht über eine entsprechende OPS-Kodierung dargestellt werden kann). Als weiteres Beispiel ist leider auch der noch dringend regelungsbedürftige Finanzierungstatbestand der Behandlung und Isolierung von Patienten mit Infektionen durch multiresistente Erreger noch ohne zufriedenstellende Lösung geblieben, so dass für betroffene Krankenhäuser erhebliche Risiken zu befürchten sind.

Die Tatsache allein, dass die Anpassungsvorschläge von den diese Stellungnahme unterstützenden Institutionen zur G-DRG-Revision in derzeit nur unvollständig nachvollziehbarem Ausmaß bei der Anpassung des Systems berücksichtigt wurden, legitimiert nicht die Erwartung, dass das entstandene Ergebnis ohne weitere Rechenschaft beifällig zur Kenntnis genommen wird. Nachdem Bundesärztekammer und AWMF zur medizinisch-fachlichen Begleitung der G-DRG-Einführung entsprechend ihrer Zusagen vom Vorjahr die Ständige Fachkommission DRG gegründet haben, beschränkt sich deren Erwartung an die Gestaltung eines „strukturierten Dialoges“ nicht allein auf die Einbindung zur punktuellen Problemlösung, sondern geht von einem gleichberechtigten kontinuierlichen Austausch aus.

Voraussetzungen einer erfolgreichen weiteren Implementierung des neuen G-DRG-Vergütungssystems sind Planungssicherheit für die betroffenen Krankenhäuser, Fachgebiete und Kostenträger und ein transparentes, kontinuierliches und wissenschaftlich fundiertes Vorgehen bei der weiteren Anpassung. Durch eine stetig unter undurchsichtigen Bedingungen und größtem Zeitdruck erfolgende Systemrevision entsteht eine der Patientenversorgung abträgliche Unsicherheit. Weil trotz der vielfach noch nicht ausreichenden Datenlage demonstrativ an dem Zeitplan der DRG-Einführung festgehalten wird, kommt es trotz noch bestehender Budgetneutralität vielerorts bereits zu folgenschweren Fehlinterpretationen. In dem Bestreben zum Erhalt der Wirtschaftsgrundlage des eigenen Krankenhauses werden voreilige strategische Entscheidungen zum Ausbau vermeintlich attraktiver und zum Abbau der in der derzeitigen G-DRG-Systematik unattraktiv erscheinender Kapazitäten getroffen. Trotz teilweise noch so unrealistischer Verweildauervorgaben des G-DRG-Fallpauschalen-Katalogs wird mancherorts geradezu verbissen versucht, die Behandlungswirklichkeit an den noch unzureichenden DRG-Fallpauschalen-Katalog anzupassen, anstelle zunächst sicher geschützte Ausgangsbedingungen für das notwendige gezielte Vorgehen zu schaffen. Nachdem im Vorjahr ein in wesentlichen Teilen mangelhaftes System in kürzester Zeit zur Vergütungsgrundlage freiwilliger Krankenhäuser wurde, wird in diesem Jahr nicht minder spektakulär ohne Vorabsprache mit den Betroffenen ein Entwurf für die

künftige DRG-Finanzierung von Transplantationsleistungen präsentiert, welcher den gesamten Leistungsbereich in Existenzängste versetzt.

Unter solchen Rahmenbedingungen darf die weitere DRG-Einführung nicht mehr stattfinden. In Anbetracht der auch mit dem vorgelegten Referentenentwurf der KFPV 2004 vielfach noch ungelöst bleibenden wesentlichen Probleme wie

- der unzureichenden Abbildung von Mehrfachleistungen bei Komplexfällen (z. B. in Gefäß- und Unfallchirurgie, Plastischen Chirurgie, interventionellen Dermatologie, Onkologie und Intensivtherapie)
- der fehlende Möglichkeit zur Abbildung mehrerer behandlungsrelevanter Hauptdiagnosen
- der noch inkonsistenten Nebendiagnosenqualifikation als vergütungswirksame Schweregrad-Kriterien (z. B. bei Infektionen)
- der noch nicht fachübergreifenden sachgerechten Leistungs- und Schweregradabbildung über DRG-relevante Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen (z. B. in der Mikrobiologie, Pathologie und bei Stroke Units)
- teilweise noch ungenügende Abbildung von Komplexeingriffen (z. B. plastisch-rekonstruktive onkologische und allgemein-gynäkologische Mammachirurgie)
- der noch ungenügenden Berücksichtigung spezieller Versorgungsangebote z. B. infolge des sog. „Einhaus-Kalulationsansatzes“ (z. B. bei HIV-Schwerpunkten, Phoniatrie und Pädaudiologie, Neonatologie, Kinderkardiologie, Parkinsonfachkrankenhäuser),
- der noch unzureichenden Möglichkeiten zur einheitlichen Kalkulation, Validierung und Festlegung von Zusatzentgelten (z. B. Blutgerinnungsfaktoren, Chemotherapie),
- den noch fehlenden Kriterien für die Identifikation „besonderer Einrichtungen“ oder „besonderer Leistungen“, die im G-DRG-System nicht sachgerecht vergütet werden (z. B. Verbrennungszentren, Schädel-Hirn-Trauma- und Querschnittszentren),
- der noch unklaren Abgrenzungen teilstationärer und ambulanter Leistungen,
- der nicht den klinischen Abläufen entsprechenden Verlegungs- und Wiederaufnahmeregelungen (z. B. multimodale Behandlungskonzepte) sowie
- den für viele Krankenhäuser ungerechten und unsicheren Erlös- und Upcoding-Ausgleichsregelungen (insbes. Transplantationen)

erscheint es bereits jetzt unmöglich, eine sachgerechte Anpassung des G-DRG-Systems bis zur ab 2005 geplanten Konvergenzphase sicher zu stellen.

Damit es unter diesen Voraussetzungen nicht zu für die Patientenversorgung nachteiligen Fehlschlüssen aus einem noch nicht ausreichend an die Behandlungswirklichkeit angepassten G-DRG-Vergütungssystem kommt, muss die budgetneutrale Einführungsphase zu den für das Jahr 2003 geltenden Ausgleichsregelungen bis einschließlich 2005 verlängert werden. Insbesondere wird auch die daran anschließende Ausgestaltung der Konvergenzphase und eine Neujustierung der darin vorgesehenen Umverteilung und Budgetbemessung auf der Grundlage der bis Ende 2004 gesammelten Erfahrungen neu zu diskutieren sein.

Spezieller Teil

Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte § 1 und 3 KFPV 2004

- Verlegungen

Der in § 1 Absatz 1 KFPV 2004 wie in der Vorfassung 2003 festgelegte Grundsatz, dass bei externen Verlegungen durch jedes beteiligte Krankenhaus eine separate ggf. geminderte Fallpauschalenabrechnung erfolgt, wird unverändert begrüßt.

- Verlegungsfallpauschalen

Auch die Möglichkeit der Festlegung spezieller „Verlegungsfallpauschalen“, welche von einer Minderung im Sinne der §§ 2 und 3 ausgeschlossen sind, stellt einen geeigneten Ansatz für die Berücksichtigung typischer Verlegungskonstellationen dar. Nachdem die laut Anlage 1 KFPV 2004 betroffenen G-DRG-Fallpauschalen B70D, P01Z, P60A, P60B, T60D und W60Z mit einer Ausnahme (P60B) im Gegensatz zur gegenwärtigen Regelung nun ausschließlich beim Versterben der jeweiligen Patienten innerhalb der ersten drei bis sieben Belegungstage abgerechnet werden können, erhält die Umsetzung dieser Regelung im vorliegenden Referentenentwurf einen außerordentlich makaberen Beigeschmack. Mit Fallpauschalen, für deren Abrechnung das Versterben die entscheidende Voraussetzung darstellt, werden Patienten verunsichert und das so wichtige Vertrauensverhältnis zum behandelnden Krankenhaus mit der Möglichkeit unverdienten Misstrauens belastet. Bei den betroffenen Indikationen wie der Versorgung polytraumatisierter Patienten, der Schlaganfallbehandlung, der Sepsistherapie und der Versorgung bestimmter neonatologischer Fälle sowohl in der Phase der Erstversorgung als auch beim Kampf um das Leben eines im Anschluss an die Übernahme versterbenden Patienten fallen erhebliche Leistungen an. Daher sollte es bis zu einer Neu Beurteilung des Sachverhalts auf einer für Deutschland in diesem Punkt sicher repräsentativen Datengrundlage bei der bisherigen gleichberechtigten Auslegung der Definition von Verlegungsfallpauschalen für Verlegungs- und Sterbefälle bleiben. Dabei muss grundsätzlich geprüft werden, inwieweit am Gruppierungs- und Abrechnungsfaktor des Patiententodes festgehalten werden muss. Die im Referentenentwurf vorgesehene Vorgabe exklusiver „Sterbepauschalen“ wird mit aller Entschiedenheit abgelehnt.

Zur Vermeidung unnötiger Verwirrung durch das Layout des Fallpauschalen-Katalogs nach Anlage 1 KFPV 2004 wird angesichts des Umstandes, dass der Gesamtzahl von 790 Fallgruppen nur sechs Verlegungsfallpauschalen gegenüberstehen, vorgeschlagen auf die Spalte 12 (Hauptabteilungen) bzw. 14 (Belegabteilungen) zu verzichten und die Verlegungsfallpauschalen mittels einer Fußnote zu kennzeichnen.

Weil nach den Vorgaben des Referentenentwurfs weder bei Verlegungsfallpauschalen noch bei DRGs mit der definitionsgemäßen Behandlungsdauer eines Belegungstages Zu- und Abschlagsregelungen für Langlieger, Kurzlieger und externe Verlegungen nach § 1 Abs. 1 und 2 bzw. § 3 KFPV 2004 zur Anwendung kommen und die diesbezüglichen Angaben in Spalte 7-

11 (Hauptabteilungen) bzw. 9-13 (Belegabteilungen) dort fehlen, wird vorgeschlagen, in § 1 KFPV für diese Entgelte folgende einheitliche Klarstellung vorzunehmen:

§1

Abrechnung von Fallpauschalen

(1) Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; ~~dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind~~. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind. Ausgenommen von der Berechnung zusätzlicher belegungstagesbezogener Entgelte nach Absatz 2, von Abschlägen nach Absatz 3 und einer Minderung nach § 3 sind die ausdrücklich als Verlegungsfallpauschale gekennzeichneten oder als Fallpauschale für einen Belegungstag benannten Fallpauschalen, bei denen entsprechende Angaben in Spalten 7 bis 11 (Hauptabteilungen) bzw. 9 bis 13 (Belegabteilungen) des Fallpauschalen-Katalogs nicht enthalten sind.

- Interne Verlegungen bei komplexen Behandlungsfällen

Ein grundsätzliches Problem besteht weiterhin darin, dass im Unterschied zu externen Verlegungen auch für das Jahr 2004 keine entsprechende Regelung für interne Verlegungen im Rahmen einer interdisziplinären Versorgung (verschiedene unabhängig voneinander zu behandelnde Hauptdiagnosen) oder unterschiedlicher Behandlungsepisoden (verschiedene unabhängig voneinander zu erbringende Therapiekomplexe, z. B. im Rahmen einer multimodalen Tumortherapie) geschaffen wurde. Im Falle einer Beibehaltung der Ungleichbehandlung solcher interner und externer Verlegungskonstellationen würde dies mit der verbindlichen Anwendung des DRG-Vergütungssystems zu einer systematischen Benachteiligung intern verlegender Häuser und somit insbesondere der Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen führen. Dieses betrifft insbesondere und unverändert auch auf die für die Rückverlegung getroffene Abrechnungsbestimmung zu, welche zudem außerordentlich bürokratisch ist. Infolge solcher Rahmenbedingungen würden entsprechend ausländischer Erfahrungen bisher zusammenhängend erbrachte stationäre Behandlungen zukünftig fraktioniert über mehrere separate Krankenhausaufenthalte vorgenommen. Das primär den Zwängen einer derartigen Erlössteuerung folgende Verlegungsmanagement wird die notwendige Berücksichtigung der individuellen krankheitsbedingten und sozialen Umstände der Patienten nachhaltig erschweren.

Dass eine sämtlichen Verlegungskonstellationen gerecht werdende Abrechnungsbestimmung auch im Rahmen der wiederholten Ersatzvornahme nicht möglich war, mag zwar erklärbar sein. Es muss in diesem Zusammenhang allerdings ebenso festgestellt werden, dass die Möglichkeit der Verwendung von Teilen der Mittel aus dem DRG-Systemzuschlag nach § 17 b Absatz 5 KHG für wissenschaftliche Studien zur validen Aufarbeitung wesentlicher Kernfragen des neuen Vergütungssystems auch in den Jahren 2002/2003 von den Verantwortlichen nicht erkennbar in Anspruch genommen wurde. Die für Verlegungsfälle geplanten Abrechnungsbestimmungen sind daher nach wie vor lediglich für eine übergangsweise Anwendung im Rahmen der budgetneutralen Einführungsphase akzeptabel. Dass ein erfolgreicher Start in die ab 2005 geplante budgetwirksame

Konvergenzphase nur auf der Basis einer die Versorgungspraxis korrekt bewertenden Verlegungsregelung möglich sein wird, muss bei der weiteren Einführung des DRG-Systems berücksichtigt werden.

- 24-Stunden-Regelung bei Verlegungsfällen

Die 24-Stunden-Regelung zur Abgrenzung von Verlegungsfällen kann nach wie vor ebenfalls nur als Provisorium für einen ersten budgetneutralen Probelauf des DRG-Systems dienen. Diese Regelung wird sich in ihrer Absolutheit in der Praxis sonst als problematisch erweisen. Insbesondere bei Verlegungen mit Wechsel der Hauptdiagnose werden Krankenhäuser, die ihre Patienten ganz in deren Sinne nahtlos verlegen, gegenüber denjenigen, welche nach 24-stündigem häuslichen Zwischenaufenthalt der Patienten jeweils eine ungeminderte Fallpauschale abrechnen können, benachteiligt. Auf Grund möglicher Fehlanreize werden die Kostenträger in grenzwertigen Fällen vermehrt Entlassungsprüfungen veranlassen, was einen erhöhten Bürokratismus nach sich zieht. Ganz im Sinne der vorhergehenden Ausführungen muss auch hier noch innerhalb der budgetneutralen Einführungsphase eine primär episodengesteuerte Abrechnungsbestimmung für Verlegungsfälle entwickelt werden.

- Interne Verlegung zwischen Haupt- und Belegabteilung

Ein Problem dieser unter unwesentlicher Modifikation der grundsätzlichen Vorschrift in § 1 Abs. 4 KFPV 2004 des Referentenentwurfs übernommenen Vorjahresregelung besteht unverändert darin, dass es dabei je nach Verlegungskonstellation zu „Doppelzahlungen“ ärztlicher Leistungen kommen kann. Diese können bezogen auf das Krankenhausbudget lediglich in dem Maße ausgeglichen werden, in dem es dadurch zu Mehrerlösen kommt. Die diese Stellungnahme unterstützenden Institutionen verwahren sich weiterhin entschieden dagegen, dass die möglicherweise aus dieser Abrechnungsbestimmung resultierenden rein vergütungstechnischen Mehrausgaben dem belegärztlichen oder krankenhausesärztlichen Handeln angelastet werden. Um den Nachteilen dieser Regelung für interne Verlegungen zwischen Haupt- und Belegabteilungen abzuwehren, wird vorgeschlagen, diese wie eine externe Verlegung zu handhaben und die Abrechnung jeweils einer ggf. geminderten Fallpauschale für den jeweiligen Aufenthalt in der Haupt- bzw. der Belegabteilung zuzulassen.

Sollte es bei der beabsichtigten Regelung bleiben, wird zur Vermeidung von Missverständnissen folgende klarstellende Ergänzung von § 1 Absatz 4 Satz 3 KFPV 2004 vorgeschlagen:

*Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme nicht vorgegeben, so sind die **entsprechenden** Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren/-ärzten oder bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten für die Abrechnung maßgeblich.*

- Abrechnung von Fallpauschalen für Neugeborene

Nach § 1 Absatz 5 KFPV 2004 des Referentenentwurfs gilt jedes Neugeborene wie in der KFPV 2003 grundsätzlich als eigenständiger Fall, für den eine eigene Fallpauschale abgerechnet werden kann.

Davon abweichend wird jedoch eine Fallpauschale mit einer Mindestverweildauer zugelassen, bei deren Unterschreiten die Versorgung des Neugeborenen wie im bisherigen System mit der Fallpauschale der Mutter abgegolten sein soll. Im Interesse einer einheitlichen und statistisch eindeutigen Regelung sollte die Grundsatzregelung konsequent bei jedem Neugeborenen zur Anwendung kommen. Insbesondere weil im vorliegenden Referentenentwurf nicht wie bisher drei, sondern lediglich nur noch eine G-DRG-Fallpauschale mit einer Mindestverweildauer von 24 Stunden verbunden ist, muss hinterfragt werden, inwieweit der Aufwand einer solchen Sonderregelung ihren Nutzen rechtfertigt. Eine bei Bedarf mögliche und völlig systemkonforme Abschlagsregelung für die Versorgung eines Neugeborenen unterhalb einer Verweildauer von 24 Stunden ist aus diesem Grunde der uneinheitlichen Mindestverweildauerregelung vorzuziehen.

Zusammenfassung der Falldaten zu einem DRG-Abrechnungsfall nach § 2 KFPV 2004 bei Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

Die für das im Jahr 2003 eingesetzte G-DRG-Optionsmodell zunächst gültige Wiederaufnahmeregelung wegen Komplikationen nach § 8 Absatz 5 KHEntgG hat sich als Ausgangspunkt zahlreicher Abrechnungskontroversen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern erwiesen. Dies hat bereits zu einer rückwirkenden Modifikation dieser Regelung mittels des FPÄndG geführt. Anstelle zunächst die Wirkung dieser zur Sicherstellung einer einheitlichen Auslegung ggf. erneut anzupassenden Regelung zu beobachten und auf gesicherten Erkenntnissen nachzujustieren, sollen mit einem neu geschaffenen § 2 KFPV 2004 nun auch weit darüber hinaus gehende Tatbestände zur abrechnungstechnischen Zusammenfassung von zwei oder mehreren aufeinander folgenden Aufenthalten in demselben Krankenhaus vorgegeben werden.

Die im Vergleich zur ohnehin schon komplexen bisherigen Regelung noch erheblich umfassendere Neuregelung wird der mit der Einführung eines DRG-Vergütungssystems ursprünglich angestrebten Vereinfachung im Vergleich mit dem bisherigen BPfIV-Mischsystem nicht gerecht.

Als grundsätzliches Problem bei der Anwendung ist zunächst herauszustellen, dass die als Bezugsgröße für die Anwendung der Regelungen nach § 2 Absatz 1 und 3 KFPV benötigte Definition der oberen Grenzverweildauer (bisher § 6 KFPV 2003) infolge des Fehlens eines „technischen Abschnitts“ analog dem Abschnitt 2 der KFPV 2003 im nun vorliegenden Referentenentwurf nicht mehr erfolgt. Sofern an eine Aufnahme eines entsprechenden „technischen Abschnitts“ auch im weiteren Verordnungsgang nicht gedacht wird, wäre es anwenderfreundlicher, wenn der Bezugspunkt analog der bisherigen Regelung unter direktem Bezug auf den in Spalte 9 (Hauptabteilungen) bzw. Spalte 11 (Belegabteilungen) des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesenen („Ersten Tag mit zus. Entgelt“ - 1 Tag) neu beschrieben würde. Auch die im bisherigen Optionssystem zu beklagenden Abrechnungskonflikte

auf Grund diesbezüglicher terminologischer Auslegungsunterschiede werden vermieden, wenn solche Abrechnungsbestimmungen sich direkt auf Angaben im Fallpauschalen-Katalog beziehen. Im bisherigen DRG-Fallpauschalen-Katalog war anders als bei den bisherigen BpflV-Entgeltkatalogen keine Angabe zur oberen Grenzverweildauer enthalten. Das Ergebnis bestand darin, dass die bei der Wiederaufnahmeregel nach § 8 Abs. 5 KHEntgG heranzuziehende obere Grenzverweildauer in der Praxis häufig fälschlicherweise als Synonym der im Katalog vorhandenen Angabe des „ersten Tages mit zus. Entgelt“ interpretiert wurde.

Ein sehr großes Problem bei der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Abs. 1 KFPV 2004 ergibt sich trotz der vorgenommenen Ausnahmen bei paarigen Organen oder den Extremitäten. Erfolgt im Umfang der geplanten Regelung eine Wiederaufnahme zur Behandlung desselben Organs oder der Extremität der Gegenseite, wird das ökonomische Risiko völlig zu Unrecht auf das behandelnde Krankenhaus abgewälzt.

Eine katastrophale Folge würde sich aus der Wiederaufnahme zur Retransplantation nach im Primäraufenthalt erfolgter Nierentransplantation ergeben. Weil die DRGs für Nierentransplantationen L01A/B nach der gegenwärtigen Darstellung nicht von der Anwendung der Wiederaufnahmeregelung ausgeschlossen sind, wäre der Zweiteingriff einschließlich der Kosten des unter die Regelung nach § 2 Abs. 1 KFPV 2004 fallenden Zweitaufenthaltes nahezu allein vom betroffenen Transplantationszentrum zu tragen. Dies wäre unzumutbar.

Auch die Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Absatz 2 KFPV 2004 weist gravierende Probleme auf. Weil hier schon die Eingruppierung des Folgeaufenthaltes in dieselbe MDC als Voraussetzung für die Anwendung der Regelung ausreicht, würden über diese „30-Tage-Regelung“ auch Wiederaufnahmefälle zum weitgehenden „Garantiefall“ für das Krankenhaus werden, die medizinisch gar nicht zusammengehören. Betroffen sein würden insbesondere sehr fallheterogene MDCs. Wird unter diesen Umständen zum Beispiel eine Patientin im ersten Aufenthalt wegen einer rechtsseitigen Fersenbeinfraktur konservativ behandelt und muss wegen eines Sturzes im häuslichen Treppenhaus im Anschluss an ihre Entlassung vor Erreichen der 30-Tages-Grenze mit der Konsequenz einer linksseitigen Schenkelhalsfraktur zur operativen Versorgung wiederaufgenommen werden, trägt das Krankenhaus die Kosten. Beide Fälle werden, obwohl medizinisch völlig eigenständig, der MDC 08 zugeordnet. Dies kann nicht im Interesse einer leistungsgerechten Vergütungsregelung sein.

Auch muss Klarheit darüber bestehen, dass die neuen Wiederaufnahmeregelungen nicht nur positive Folgen für das Fallmanagement haben werden. Wenn über die Regelungen dem international bereits beobachteten DRG-Anreiz zur Fraktionierung bisher zusammenhängend erbrachter stationärer Behandlungen entgegen gewirkt werden soll, wird dieser Effekt nicht erzielt werden. Im Gegenteil werden durch diese Regelungen massive Fehlanreize erzeugt, in kostenträchtigen Fällen die Wiederaufnahme von Patienten zu vermeiden oder bis zur Überschreitung der oberen Grenzverweildauer bzw. der 30-Tage-Grenze einen Zwischenaufenthalt zur Behandlung einer anderen Hauptdiagnose einzuschieben. Die Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Absatz 2 KFPV 2004 wird zudem in konservativen und interventionellen Fachbereichen einen erheblichen ökonomischen Druck zu einer im Zweifelsfall frühzeitigen Operationsindikationsstellung mit sich bringen. Wenn die bisher allgemeingültige Maßgabe, dass die beste Operation

immer diejenige ist, welche zum Vorteil des Patienten vermieden werden kann, sich dahin gehend ändern sollte, dass der im Zweifelsfall operierte Patient das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses sichert, während jeder im Zweifelsfall nicht operierte Patient zum ökonomischen Risiko wird, hat diese Regelung ihr Ziel in jeglicher Hinsicht verfehlt. Dazu darf es nicht kommen.

Auch die nun mit der o.g. Einschränkung hinsichtlich der Ermittlung der oberen Grenzverweildauer erfreulicherweise klarer gefasste Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Abs. 3 KFPV 2004 lässt noch entscheidende Fragen offen. So wird mit der generellen Priorisierung der Regelungen nach § 2 Absatz 1 und 2 KFPV 2004 vor der Wiederaufnahme nach Komplikation auch diese Regelung bei den nach Absatz 1 und 2 Sätze 2 getroffenen Ausschlüssen implizit nicht anwendbar. Ob dieses auch in der späteren Praxis für alle unter § 2 Absatz 1 und 2 aufgeführten Ausnahmetatbestände zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern einvernehmlich so gesehen wird, erscheint jedoch fraglich.

Der Begriff der Komplikation im Zusammenhang mit einer Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 KFPV 2004 und insbesondere die Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme nach § 2 Absatz 1 und 2 KFPV 2004 wird von entscheidender Bedeutung sein für die Frage, inwieweit das wiederaufnehmende Krankenhaus eine Garantie für seine Behandlung, aber auch das Morbiditätsrisiko des jeweiligen Patienten künftig mit übernehmen muss. Je weiter der Komplikationsbegriff ausgelegt wird, desto umfänglicher wird das Krankenhaus in die Mithaftung für die vom Patienten z. B. durch schwere Begleiterkrankungen mitgebrachten Risiken genommen und der Kostenträger von dieser Haftung befreit. Die Frage, ob die Komplikation nach § 2 Abs. 3 KFPV 2004 in einem eindeutigen Kausalzusammenhang mit einer bestimmten Leistung des Krankenhauses stehen muss, wie z. B. eine postoperative Wundinfektion bei einem ansonsten „gesunden Patienten“, oder nicht, wie z. B. eine postoperative Wundinfektion bei einer aus anderem Grunde immunsupprimierten Patientin oder eine operationsbedürftige Stellungsverschlechterung eines zuvor stabilisierten Knochenbruchs nach häuslichem Sturz des Patienten, ist daher eine ganz wesentliche. In der Erstfassung der Regelung nach § 8 Absatz 5 KHEntgG blieb der Komplikationsbegriff ohne nähere Definition oder Einschränkung. Dies führte in der Praxis zu gegensätzlichen Auslegungen. Krankenhäuser bemühen sich, die Wiederaufnahme durch eine möglichst enge Auslegung als durch eine vom Voraufenthalt unabhängige Neuerkrankung zu deklarieren. Kostenträger versuchen dagegen, durch eine möglichst weite Auslegung des Komplikationsbegriffs dem begleitend mit der Einführung von DRG-Fallpauschalen zu beobachtenden Trend zur Fraktionierung von stationären Aufenthalten entgegenzuwirken.

Um hier eine trennschärfere Definition zu schaffen, setzt die Neuregelung - wie auch schon im FPÄndG vorgegeben - nun wenigstens voraus, dass es sich um eine Komplikation „im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung“ des Voraufenthaltes handeln muss. Hierdurch wird vor allem in den operativen Fachgebieten eine gewisse Entspannung zu erwarten sein. Die Frage nach der Definition einer Komplikation nach § 2 Abs. 3 KFPV 2004 kann aber auch durch die neue Abfassung nicht hinreichend beantwortet werden. Die letztendlich notwendige Klarheit zur Befriedung der Abrechnungskonflikte und Beseitigung wechselseitiger Fehlanreize bleibt hier zunächst leider aus. So drohen insbesondere den Anbietern multimodaler Behandlungskonzepte z.B. in der sequentiellen Abfolge der Phasen einer onkologischen Behandlung weiterhin Schwierigkeiten, sofern die G-DRG-

Behandlungsfallddefinition und die Abrechnungsbestimmungen einschließlich der Regelung nach § 2 Abs. 3 KFPV nicht weiter spezifiziert werden.

Oberstes Gebot wird es sein, die auch in der gegenwärtigen Regelung noch angelegten Fehlanreize zur ökonomisch motivierten Vermeidung oder Verzögerung der Wiederaufnahme von Patienten oder der Behandlung von Hochrisikofällen zu neutralisieren. Ein Krankenhaus, welches an der Behandlung bei Wiederaufnahme nach Komplikation nichts verdient, diese aber aus der Verantwortung der zuvor übernommenen Behandlungsführung heraus mit dem Ziel der schnellst- und bestmöglichen Heilung fortführt, wird den betroffenen Patienten dienlicher sein als das Krankenhaus, dem in solchen Fällen, wie oben schon für den Fall der Regelungen nach § 2 Absatz 1 und 2 KFPV 2004 dargestellt, massive Verluste drohen, weshalb ein solches die Wiederaufnahme vermeiden oder verzögern wird.

Aus diesem Grunde sollte eine Modifikation der Regelung nach § 2 KFPV 2004 unter Entfall der Regelungen nach Absatz 1 und 2 und Anpassung der Regelung nach Absatz 3 entsprechend der Abrechnungsbestimmungen für externe Verlegungen vorgenommen werden (ein wiederaufnehmendes Krankenhaus rechnet für beide Aufenthalte je eine G-DRG ab, welche in Bezug auf die jeweils tatsächlich erbrachten Behandlungstage hin zu mindern sind). So kann das System bedeutend einfacher und einheitlicher gehalten werden. Fehlanreize zu Lasten der Patientenversorgung und aufwändige Abrechnungsdispute durch schwergängige Bestimmungen werden vermieden. Andererseits würden Krankenhäuser mit einer deutlich abweichenden Wiederaufnahmerate bzw. Verlegungsrate im Vergleich mit anderen schnell auffällig, so dass auf etwaige qualitative Defizite frühzeitig reagiert werden kann.

Um Missverständnissen vorzubeugen, muss angemerkt werden, dass weder die vorherige Regelung nach § 8 Abs. 5 KHEntgG noch die neue Regelung nach § 2 KFPV – wie z. B. möglicherweise durch den Begriff „Komplikation“ der Regelung nach Absatz 3 suggeriert – dazu geeignet ist, zielsicher diejenigen Krankenhäuser zu belasten, in denen auf Grund qualitativer Defizite Komplikationen entstehen. Dies kann auch nicht Ziel einer auf den Einzelfall anzuwendenden Vergütungsregelung sein, sondern muss – einschließlich von zum Schutz der Patienten notwendiger Sanktionsregelungen – vornehmliche Aufgabe der Qualitätssicherung bleiben und werden. Auch unter diesem Aspekt muss die Vorschrift nochmals überdacht werden.

Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen - § 4 KFPV 2002

Nachdem Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantation von Knochenmark und Stammzellen sowie vermittlungspflichtiger Organe nach § 9 Satz 1 TPG noch nicht in den G-DRG-Fallpauschalen-Katalog des Jahres 2003 aufgenommen worden sind, sollen diese gemäß des Referentenentwurfs der KFPV 2004 nun weitgehend vollständig in das Vergütungssystem nach § 17 b KHG übergehen.

Die Überführung dafür geeigneter hochstandardisiert ablaufender Transplantationsleistungen in das neue G-DRG-Vergütungssystem wird grundsätzlich begrüßt. Bei der Überprüfung der Bewertungsrelationen der in Anlage 1 der KFPV ausgewiesenen Transplantationsentgelte wurde von Seiten der an der Kalkulation beteiligten Zentren jedoch die Befürchtung laut, dass auf dieser Basis

insbesondere Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantation vermittlungspflichtiger Organe nach § 9 Satz 1 TPG massiv unterfinanziert werden. Zwar können die Bewertungsrelationen mangels Offenlegung der Kalkulationsdaten, –verfahrensgrundsätze und der genauen Groupersystematik nicht abschließend beurteilt werden. Dennoch bleiben auch unter der Berücksichtigung des Umstandes, dass bei der Kalkulation z. B. langzeitbeatmete Transplantations-Patienten mit einiger Wahrscheinlichkeit nicht vollständig der jeweiligen Transplantations-DRG, sondern einer hierarchisch übergeordneten Beatmungs-Fallpauschale zugeordnet wurden und dadurch die Bewertungsrelationen der Transplantationsentgelte möglicherweise verzerren, wesentliche und für die Transplantationsmedizin in Deutschland existenzielle Fragen offen.

Neben der Frage der adäquaten Bewertung, die allein durch die vollständige Offenlegung der Herleitung der Bewertungsrelationen und der Methodik der Fallauslese aus der Gesamtstichprobe beantwortet werden kann und muss, stellt sich darüber hinaus die Frage, inwieweit die vorgenommenen Bewertungen entsprechend der Vorgaben nach § 4 Absatz 1 KFPV 2004 und § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG so gestaltet werden konnten, dass die Leistungen der betroffenen Transplantationszentren auf dieser Grundlage „sachgerecht vergütet“ werden können.

Weiterhin muss hinterfragt werden, welche Transplantations-Fälle der Stichprobe im Hinblick auf die nicht mit den Vorgaben des Kalkulationsschemas konforme Definition des Leistungsbeginns der Transplantationsfallpauschalen für vermittlungspflichtige Organe nach § 9 Satz 1 TPG (§ 4 Absatz 2 Satz 3 KFPV 2004) bei der Kalkulation überhaupt berücksichtigt werden konnten oder ob und wie ggf. eine entsprechende Datentransformation erfolgte.

Auch wäre die Frage nach der Repräsentativität der jeweils in die Kalkulation mit einbezogenen Stichprobenfälle näher zu klären. Insbesondere werden deutschlandweit jährlich nur ca. 5-6 isolierte Pankreastransplantationen durchgeführt. Inwieweit die der Kalkulation zu Grunde liegende Stichprobe hier eine valide Grundlage bieten kann, ist erläuterungsbedürftig.

Zweifel erweckt ohne weitergehende Erläuterung auch die Bewertung des Entgelts für die Multiorgantransplantation A02Z. Dieses rangiert mit seiner Bewertungshöhe hinter den Entgelten für die solitäre Lungen-, Herz- und Lebertransplantation. Die mögliche Ursache, dass auch hier die Stichprobe von der Mehrheit der kostenärmeren kombinierten Pankreas-/Nieren-Transplantation dominiert worden sein könnte, hat in Australien zwischenzeitlich zum Ausschluss der DRG A02Z aus dem AR-DRG-System der Version 5.0 geführt.

Eine realistische und von allen Betroffenen mitgetragene Bewertung von Transplantationsleistungen ist die zwingende Voraussetzung für den Erhalt des nach TPG vorgegebenen Leistungsangebotes. Auch unter den 2004 noch gegebenen Voraussetzungen der Budgetneutralität kann eine verzerrte Bewertung wesentlicher Transplantationsentgelte wegen der großen Gefahr einer in falscher Richtung zur Auswirkung kommenden Präjudizierung keinesfalls hingenommen werden. Vor diesem Hintergrund muss auch die auf Grund von Anlage 1 des Referentenentwurfes anzunehmende Durchmischung der Vergütungen für Transplantationsleistungen und sonstigen Leistungen grundsätzlich auf den Prüfstand. Um die

Transplantationsmedizin in Deutschland nicht zu gefährden, sollten die entsprechenden Budgetanteile separat vom restlichen Budget und soweit sinnvoll durch Fallpauschalen, ggf. direkt auf Basis landes- und später auch bundeseinheitlicher Eurobeträge definiert werden. Eine kalkulatorische oder abrechnungstechnische Verquickung mit sonstigen Fällen, auch im Bereich der Beatmungs-DRGs, sollte vollständig vermieden werden. Die transplantationsrelevanten Entgelte sollten, um dies deutlich und für den Anwender übersichtlicher zu gestalten sämtlich in eine spezielle Transplantations-Prä-MDC zusammengefasst werden.

Sollte an der separaten Vergütung der stationären Vorbereitung zur Transplantation bis zum Tag vor der Transplantationsoperation festgehalten werden, wäre hierfür – soweit sich die Kostenhomogenität der Stichprobenfälle als ausreichend erweist – die organspezifische Kalkulation entsprechender DRG-Fallpauschalen denkbar. Die begrüßenswerte Vorgabe von u.a. transplantationsrelevanten Zusatzentgelten, z. B. für die Leberersatztherapie, Herzassistenzsysteme, Dialysen, welche ggf. um Zusatzentgelte für große Revisionseingriffe während desselben Aufenthaltes erweitert werden muss, sollte auch unter der vorgeschlagenen Modifikation der Vergütung von Transplantationsleistungen zur Verbesserung der Kostenhomogenität der Fallpauschalen aufrecht erhalten werden.

Bezüglich relevanter Schweregrade und Komplikationen müssen auch die Definitionen sämtlicher Transplantationsentgelte selbst nochmals überprüft werden. So legen die Erfahrungen aus der Praxis z. B. nahe, insbesondere hinsichtlich Infektionen (z. B. Lebertransplantation mit/ohne Hepatitis B/C oder HIV, massiver postoperativer Pneumonien unter Immunsuppression), erheblich aufwändigerer Replantationen oder Transplantationen bei verschiedenen Altersgruppen (z. B. Herztransplantation beim Säugling oder Splitlebertransplantation beim Kind) eine Vorgabe unterschiedlicher Fallpauschalen zu prüfen. Sollte die oben bereits problematisierte Regelung für Wiederaufnahmen nach § 2 KFPV 2004 übernommen werden, so müssten sämtliche transplantationsbezogenen Fallpauschalen einschließlich der zur Zeit nicht davon ausgenommenen DRGs L01A/B für die Nierentransplantation komplett von der Anwendung dieser Regelung befreit werden.

Weil das TPG die Transplantationszentren abhängig von der Verfügbarkeit vermittlungspflichtiger Spenderorgane zur Durchführung der jeweiligen Transplantation verpflichtet, darf bei Transplantationszentren auch an der Anwendung der allgemeinen Erlösausgleichsregelungen nach § 3 Abs. 6 bzw. § 4 Abs. 9 KHEntgG nicht festgehalten werden. Bei Mindererlösen ist auf Grund der hohen Vorhaltekosten ein deutlich höherer Ausgleichsbetrag als 40 vom Hundert anzusetzen. Beim Mehrerlösausgleich würde der den Krankenhäusern allgemein verbleibende Mehrerlöselbstbehalt in Höhe von 35 von Hundert bei nur geringen Mengenausweitungen für Transplantationszentren den Entzug ihrer Wirtschaftsgrundlage bedeuten.

Bezüglich der in § 4 Absatz 1 Satz 2 KFPV 2004 getroffenen Leistungsausgrenzungen aus den Transplantations-Fallpauschalen muss eine Erweiterung dieser Aufzählung um die

- noch immer nicht klar geregelte versicherungsrechtliche Absicherung von Lebendspendern gegenüber dem aus der Lebendspende resultierenden gesundheitlichen und wirtschaftlichen Risiko,
- die Vorbereitungsuntersuchungen zur Aufnahme in die Warteliste und
- die Führung der Wartelisten durch die Transplantationszentren

vorgenommen werden.

Die Transplantationsmedizin ist ein für die Krankenhausfinanzierung besonders sensibler Bereich. Auf Grund der hohen Behandlungskosten für jeden einzelnen Patienten, der besonderen Verpflichtungen nach TPG, der immensen Bedeutung der ökonomischen und personellen Planungssicherheit für den faktischen und qualitativen Fortbestand eines jeden Transplantationszentrums, darf hier eine Umstellung des Vergütungssystems keineswegs - auch nicht vorübergehend - auf einer nur unzureichend validierten Bewertungsgrundlage erfolgen. Nachdem die Mehrheit der betroffenen Leistungen bereits über das Optionssystem 2003 unter umfassend geschützten Bedingungen auf freiwilliger Basis nach DRG-Fallpauschalen vergütet werden konnte, bedeutet das Jahr 2004 für die Transplantationsmedizin das erste Einführungsjahr. Sollte der durch den Referentenentwurf verursachten Unsicherheit nicht abgeholfen werden können, wird daher in der Transplantationsmedizin ein frühzeitiges Signal zur Verlängerung der budgetneutralen Einführungsphase gefordert, damit der hohe Standard zum Vorteil für die Patienten auch unter den Bedingungen eines DRG-Systems gehalten werden kann.

Abrechnung von Zusatzentgelten - § 5 KFPV

Der Referentenentwurf der KFPV 2004 differenziert nach den Anlagen 2 und 4 Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG und nach § 6 Absatz 1 KHEntgG. Als bundeseinheitliches Zusatzentgelt nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG wurde allein das ZE01 *Hämodialyse* (OPS-Kode: 8-854.0) ausgewiesen, welches mit Ausnahme der Fallpauschalen aus den Basis-DRGs L60, L61 und L71 mit allen anderen DRG-Fallpauschalen und Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG abgerechnet werden können. Anlage 4 KFPV enthält 20 Zusatzentgelte für Leistungen, die krankenhausespezifisch nach § 6 Absatz 1 KHEntgG vereinbart werden können. Dies ist ein begrüßenswerter Ansatz, da zumeist sehr aufwändige moderne Leistungen betroffen sind, die über den G-DRG-Fallpauschalen-Katalog mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht korrekt abgebildet werden. Die Zusatzentgelte bieten auch den Ansatz, die nach der Begründung zum Referentenentwurf bisher noch nicht ausreichenden diesbezüglichen Kalkulationsdaten im kommenden Kalkulationsverfahren einheitlich zu erfassen und zu analysieren. Insgesamt hat das BMGS damit den bezogen auf die weitere Öffnung der Regelung nach § 6 Absatz 1 KHEntgG positiven Weg des FPÄndG nun auch beschritten.

Dagegen verwundert jedoch umso mehr die Begründung zu Anlage 4 des Referentenentwurfs der KFPV 2004, in welcher ausgeführt wird, dass eine über die dort aufgelisteten Zusatzentgelte *„hinaus gehende Vereinbarung von Zusatzentgelten (..) im Jahr 2004 nicht möglich ist. Die Kosten entsprechender Leistungen sind grundsätzlich in die Kalkulation der Fallpauschalen einbezogen*

worden und konnten anhand der Kalkulationsdaten der Krankenhäuser nicht näher untersucht werden. Die Ausgliederung dieser Leistungen und Kosten war auf der Datengrundlage, die von den für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartnern nach § 17 b KHG bestimmt wurde, nicht möglich. Die gesonderte krankenhaushausindividuelle Vereinbarung weiterer Zusatzentgelte würde sonst zu Doppelzahlungen führen. Vor dem Hintergrund der auch im Jahr 2004 „budgetneutral“ erfolgenden Einführung des DRG-Fallpauschalensystems ist diese enge Regelung notwendig und vertretbar.“

Zwar bewahrt die budgetneutrale Einführung des DRG-Systems im Jahr 2004 diejenigen Krankenhäuser, welche sich an ihr prospektiv vereinbartes Fallmengengerüst halten, vor größeren Verlusten wegen einer möglicherweise noch nicht sachgerechten Abbildung und Bewertung ihrer Leistungen durch das G-DRG-System. Andererseits bietet die budgetneutrale Einführungsphase aber auch eine für Krankenhäuser wie Kostenträger risikoarme Möglichkeit der frühzeitigen Evaluation der tatsächlichen Notwendigkeit von Zusatzentgelten für Leistungen, die nach gegenwärtiger Einschätzung noch nicht korrekt durch DRG-Fallpauschalen bewertet werden. Während für das Jahr 2004 eine Zweifelsfall-Entscheidung gegen die Einführung eines Zusatzentgelts vermeintlich gerechtfertigt werden kann, wird mit der ab 2005 geplanten Konvergenzphase eine solche Zweifelsfallentscheidung zu Gunsten der Zusatzentgeltfestlegung ausfallen müssen. Nur so kann dann verhindert werden, dass eine sehr aufwändige Leistung, insbesondere, wenn diese nur an spezialisierten Einrichtungen erbracht wird und anderenorts nicht oder nur selten mit in die Kalkulation eingeht, aus wirtschaftlichen Zwängen heraus nicht mehr angeboten werden kann. Daher sollte gerade die budgetneutrale Einführungsphase im Jahr 2004 noch zur Erprobung von Zusatzentgelten genutzt werden. Damit ggf. unter der Durchführung begleitender Studien genügend Informationen über die Art und Häufigkeit der Indikationsstellung von möglichen Zusatzentgeltleistungen sowie die sich in verschiedenen Entgeltkombinationen ergebenden Kostenvolumina erhoben werden können, sollten möglichst jetzt schon sämtliche auch über den Katalog nach Anlage 2 und 4 KFPV 2004 hinaus in Frage kommende Leistungen als Zusatzentgelte definiert werden. Damit die entsprechenden Kosten in der erforderlichen Differenzierung erfasst und bei der Folgekalkulation durch alle beteiligten Krankenhäuser zusatzentgeltspezifisch beurteilt und ggf. bewertet werden können, muss das Kalkulationsschema für die Kalkulation im Jahr 2004 noch angepasst werden. Nur so ist eine frühzeitige valide Beurteilung der Frage möglich, ob das zunächst unter der Erwartung der Notwendigkeit einer Leistungsausgliederung aus dem DRG-System vorgegebene Zusatzentgelt auch tatsächlich notwendig ist. Wartet man mit diesem Schritt bis zum nächsten Jahr, wird der Bedarf und Druck zur Leistungsausnahme ungleich höher sein. Fehlentscheidungen werden dann zu Lasten von Kostenträgern und Krankenhäusern immer spürbarer. Unter solchen Bedingungen wird dann auch mit einer zunehmenden juristischen Infragestellung der Entscheidungsgrundlagen pro oder contra einer Zusatzentgeltfestlegung zu rechnen sein. Sollte es hinsichtlich der Erweiterung des Zusatzentgelt-Katalogs nach Anlage 4 KFPV für das Jahr 2004 bei der restriktiven Haltung der Begründung des Referentenentwurfs bleiben, wird wertvolle Zeit für die Entwicklung von Verfahrensgrundsätzen für die einheitliche Identifikation, Evaluation, Bewertung, Festlegung und Wiederaufhebung von Zusatzentgelten als Ergänzung zum DRG-System verschenkt. Der in der Begründung angeführte Umstand, dass jedes zusätzliche Zusatzentgelt zu Doppelzahlungen führen würde, weshalb der vorgegebene Katalog keine

Erweiterung mehr finden könne, ist zudem nicht nachvollziehbar. Klar ist zwar ebenso wie bei den schon benannten Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, dass auch die von jedem weiteren Zusatzentgelt verursachten Kosten anteilig bereits in den Bewertungsrelationen enthalten sind und mangels aussagekräftiger Repräsentativdaten nicht aus den DRG-Entgelten extrahiert werden können. In der Konsequenz ergibt sich daraus aber ebenso wenig wie bei den in Anlage 4 bereits ausgewiesenen Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG eine Doppelzahlung zum Schaden des Kostenträgers. Weil die prospektive Fallmengenplanung gleichermaßen die Zusatzentgelte umfasst und diese nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 3 KHEntgG bei der Bemessung des DRG-Erlösbudgets in Abzug zu bringen sind, kann eine wirksame Doppelzahlung von Zusatzentgeltleistungen nicht unterstellt werden. Je mehr Zusatzentgelte vereinbart werden, desto geringer wird – bei unveränderten Bewertungsrelationen – der jeweilige krankenhausespezifische DRG-Basisfallwert ausfallen. Zur Senkung des Risikos der Kostenträger vor Mengenausweitungen im Zusatzentgelt-Bereich kann das BMGS darüber hinaus gemäß § 17 b Absatz 7 Satz 1 Nr. 3 KHG z. B. degressive Preisstaffelungen vorgeben. Eine Doppelzahlung kann daher sicher vermieden werden. Die restriktive Haltung gegenüber weiterer begründeter Zusatzentgelt-Definitionen entspricht in keinem Fall dem Ansatz eines „lernenden Systems“ und muss daher aufgegeben werden.

Speziell zu dem laut Anlage 4 KFPV ausgewiesenen Zusatzentgelt ZE39 für Bluter ist noch anzumerken, dass hier noch keine OPS-Kodes zugeschlüsselt wurden. Darüber hinaus erscheint es wegen der teils hohen wirkstoffabhängigen Preisunterschiede fraglich, ob die Vorgabe eines einzelnen Entgelts ausreichend sein wird, um für sämtliche Blutgerinnungsfaktoren zur Therapie von Gerinnungsstörungen bei Bluterpatienten eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen. Gerade die vielfach schwierigen Verhandlungen über die auch im Jahr 2003 krankenhausespezifisch zu bewertenden Zusatz- und Sonderentgelte für die Behandlung von Bluter-Patienten hat gezeigt, dass solche für die meisten Krankenhäuser schlecht plan- und verhandelbaren Zusatzentgelte besser bundeseinheitlich vorgegeben werden sollten. Nur so kann wirksam verhindert werden, dass z. B. Bluterpatienten von Krankenhäusern ohne adäquate Vergütungsregelungen nicht zur Operation aufgenommen werden. Eine Festlegung als Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG, würde auch der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers für die Vergütung von Bluter-Präparaten entsprechen. Sofern im Rahmen der Rechtsverordnung keine Lösung dafür gefunden werden kann, sollte die Selbstverwaltung bis zum Jahresende damit beauftragt werden. Damit im Jahr 2004 bundesweit aussagekräftige Kostendaten vorliegen, sollten die Zusatzentgelte für Blutgerinnungspräparate in Anlehnung an den dem BMGS vorliegenden Vorschlag des Ärztlichen Beirates der Deutschen Hämophilie-Gesellschaft entsprechend der eigens dafür geschaffenen OPS-301-Kodes der Version 2004 differenziert werden.

Teilstationäre Fälle - § 6 KFPV

Mit Ausnahme der durch die Fallpauschale L61Z *Stationäre Aufnahme zur Dialyse* beschriebenen Fälle, sind für sämtliche teilstationäre Behandlungen unverändert Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Da mit der DRG L61Z nur ein Entgelt des Fallpauschalenkatalogs nach Anlage 1 KFPV 2004 des Referentenentwurfs einheitlich für den stationären und teilstationären Bereich

festgelegt wurde, wäre auch hier aus Gründen der Platzersparnis an einen Verzicht auf die Spalte 14 (Hauptabteilungen) bzw. 16 (Belegabteilungen) des Fallpauschalen-Katalogs und eine entsprechende Kennzeichnung per Fußnote zu denken. Darüber hinaus fehlt eine klare Abgrenzung für die Verfahrensweise bei einer oder mehreren Dialysen im Vorfeld der stationären Behandlung. Hier würde die teilstationäre Erbringung der Dialyse entsprechend der DRG L61Z in Kombination mit der DRG für den nachgelagerten stationären Aufenthalt (cave: 30-Tage-Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Absatz 2 KFPV 2004!) der Alternative einer Abrechnung der Dialyse im Rahmen einer prästationären Behandlung in Gestalt der DRG-Fallpauschale des resultierenden stationären Aufenthaltes in Kombination mit dem jeweiligen Dialyse-Zusatzentgelt (cave: Ausnahme bei Fallpauschalen der Basis-DRG L60, L61 und L71 entsprechend § 5 Abs. 3 KFPV) gegenüber stehen. Eine Klarstellung wäre zur Vermeidung von Abrechnungskonflikten hilfreich.

Grundsätzlich fehlt es noch an der klaren und kalkulatorisch einheitlich umsetzbaren Definition des administrativen teilstationären Behandlungsfalls. Solange diese nicht, - zum Beispiel anhand aussagekräftiger Studien in verschiedenen Fachbereichen und Einrichtungen - abgeleitet und zur Grundlage der G-DRG-Kalkulation gemacht wird, wird die teilstationäre Behandlung zum größten Teil nicht in das G-DRG-System integrierbar sein.

Regelungen für die ambulant-stationäre Schnittstelle

Ohne klare Abgrenzung des in 2004 gültigen Leistungskataloges nach § 115 b SGB V gegenüber dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog (insbesondere Kurzlieger, „Ein-Belegungstages-DRGs“) werden auf Krankenhäuser und Kostenträger erhebliche Schnittstellenprobleme bei der Abrechnung von in beiden Bereichen erbringbaren Leistungen zukommen. Bleibt eine kurzfristige Behebung der durch ungleiche Vergütungen im ambulant-stationären Schnittstellenbereich entstehenden Fehlanreize aus, werden erhebliche Reibungsverluste durch Abrechnungskonflikte die Folge sein. Der dreiseitige Vertrag nach § 115 b SGB V vom 15.07.2003 sieht erst unterjährig im Jahr 2004 eine verbindliche Zuschlüsselung von OPS-301-Kodes zu den Katalogleistungen nach § 115 b SGB V vor. Eine Verpflichtung zur Angabe von OPS-Kodes bei der Erbringung von Leistungen nach § 115 b SGB V soll für Leistungserbringer am Krankenhaus wie in der vertragsärztlichen Einrichtung einheitlich erst ab 01.01.2005 bestehen. Damit besteht zusätzlich ein sehr großes Risiko, dass eine sachgerechte Extrahierung von § 115 b SGB V-relevanten Fällen im Rahmen der G-DRG-Revision für das geplante erste Konvergenz-Jahr 2005 nicht möglich sein wird. Unter solchen Bedingungen würden die Bewertungsrelationen in Konsequenz für die spätere Praxis systematisch zum Nachteil der Krankenhäuser mit häufigen stationären Behandlungsindikationen für die Erbringung von Leistungen nach § 115 b SGB V verfälscht.

Um wechselseitige ökonomische Fehlanreize zu vermeiden, sollten Hauptleistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden, in beiden Bereichen unter Gewährleistung gleicher Qualitätsanforderungen gleich vergütet werden. Um dieses zu erreichen, könnte bei Leistungen des Kataloges nach § 115 b SGB V bzw. der in der G-DRG-Version 2004 ausgewiesenen Tagesfallpauschalen z. B. neben einem der ambulanten Vergütung entsprechenden (Zusatz-)Entgelt für die Hauptleistung eine Fallpauschale für den stationären Zusatzaufwand zur Abrechnung kommen.

Solche flexibel auf den das jeweilige Äquivalent-Entgelt im Leistungskatalog nach § 115 b SGB V verweisende Zusatzentgelte kann das BMGS auf Basis des mit dem FPÄndG neu gefassten § 17 b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 KHG vorgeben. Basis der Überleitung wäre mangels vorhandener OPS-Kode-Zuordnungen die jeweilige EBM-Abrechnungsposition des Katalogs nach § 115 b SGB V. Ein solches Vorgehen würde zumindest bei hochfrequenten Leistungen eine deutlich höhere Planungs- und Abrechnungssicherheit gewährleisten und eine engere Eingrenzung der zu erwartenden Verzerrung der in 2004 stattfindenden G-DRG-Nachkalkulation ermöglichen.

Abrechnung von sonstigen Entgelten - § 7 KFPV

Dass neben den Zusatzentgelten nach Anlage 4 KFPV 2004 mangels ausreichender Daten für eine bundeseinheitliche DRG-Bewertung auch die Behandlung der zu den 12 in Anlage 3 KFPV 2004 ausgewiesenen DRG-Fallgruppen gehörigen Fälle auf Grundlage von § 6 Absatz 1 KHentgG krankenhauses individuell vergütet werden können sollen, wird begrüßt. Die 12 aus dem bundeseinheitlichen Fallpauschalen-Katalog ausgeschlossenen DRG-Fallgruppen beschreiben sämtlich hochspezialisierte Behandlungsleistungen, die mehrheitlich nur an wenigen Zentren in Deutschland erbracht werden.

Alle nicht über die Anlagen 2 bis 4 KFPV 2004 abgebildeten Fälle bzw. Leistungen werden über den bundeseinheitlichen G-DRG-Fallpauschalen-Katalog nach Anlage 1 KFPV 2004 abzurechnen sein. Dies kann in den meisten Fällen wegen der Schutzmechanismen der Budgetneutralität im Jahr 2004 zwar auch bei noch bestehenden Unzulänglichkeiten der DRG-Fallabbildung hingenommen werden. Die entsprechend der KFPV 2004 vorgegebene Aufteilung von „DRG-Fällen“ und Zusatzentgelten bzw. ausgegliederten Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHentgG darf jedoch keinesfalls als Präjudiz für künftige G-DRG-Revisionen gelten. Bereits die im Jahr 2004 stattfindende Revision des G-DRG-Systems zielt auf den Einsatz des Systems in der Konvergenzphase ab. Dies bedeutet, dass die dann über bundeseinheitliche G-DRG-Fallpauschalen finanzierten Leistungen vollkommen leistungsgerecht bewertet sein müssen. Die Leistungen, die dann über G-DRG-Fallpauschalen noch nicht „sachgerecht vergütet“ werden können, werden voraussichtlich einen größeren Umfang annehmen, als dies unter den noch im Jahr 2004 geltenden Bedingungen der Budgetneutralität erforderlich erscheint. Auch unter den nach Anlage 1 KFPV 2004 zu vergütenden Behandlungen befinden sich noch zahlreiche für die DRG-Vergütung unter budgetwirksamen Bedingungen noch nicht hinreichend erfasste teils hochspezialisierte Leistungen, deren vorübergehender Ausschluss zum Schutz betroffener Abteilungen wegen der präjudizierenden Wirkung von derzeit in die falsche Richtung weisenden Bewertungen oder der noch mangelhaften Möglichkeiten der spezifischen Leistungserfassung auch für 2004 erwogen werden muss. Beispiele sind zunächst die auf die Komplexbehandlung von Schlaganfällen spezialisierten und zertifizierten deutschlandweit ca. 130 Stroke Units, die ihre spezifischen Leistungen im gegenwärtigen G-DRG-System mangels entsprechender Prozeduren-Kodes noch nicht abbilden können. Ähnlich betroffen sind die sehr seltenen Abteilungen für Phoniatrie und Pädaudiologie, von denen es in Deutschland nur drei vollstationäre und eine teilstationäre Abteilung gibt. Zwar können diese Abteilungen ihre Leistungen über den OPS-301 spezifisch darstellen. Aufgrund der insgesamt sehr niedrigen Fallfrequenz laufen diese Leistungen jedoch

Gefahr, in der bundesweiten Datenkalkulation schlicht unterzugehen, was dazu geführt hat, dass auch das G-DRG-System 2004 keine hierfür speziell zugeschnittenen Fallgruppen enthält.

Hinsichtlich der laut Anlage 3 KFPV 2004 ausgenommenen G-DRGs E76A/B für die Tuberkulosebehandlung sollte folgende Erweiterung vorgenommen werden: Infektionen durch nichttuberkulöse Mykobakterien und Nokardiosen bilden bei ähnlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Liegezeiten eine aufwandshomogene Gruppe mit den Tuberkulosen. Es handelt sich um relativ seltene Erkrankungen, die hauptsächlich in Spezialkliniken behandelt werden. Daher sollte mit diesen Fällen analog verfahren werden wie mit den Fällen der G-DRG E76A/B.