



**Bundesärztekammer**

Arbeitsgemeinschaft  
der  
Deutschen  
Ärzttekammern



**AWMF**

Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen Medizinischen  
Fachgesellschaften

# Gemeinsame Stellungnahme

der

**Bundesärztekammer**

und der

**AWMF**

zum

## Referentenentwurf einer Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (FPVBE 2005)

vom 11. März 2005

---

mitgetragen durch

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

Berlin, Düsseldorf und München, den 08. April 2005

## A. Vorbemerkungen

Die Bundesärztekammer und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begrüßen, dass ihnen erneut durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vor Erlass einer Rechtsverordnung nach § 17 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 KHG über die Bestimmung „Besonderer Einrichtungen“ im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 Gelegenheit zu einer Bewertung des Referentenentwurfes der FPVBE 2005 vom 11. März 2005 gegeben wird. Die folgende Stellungnahme wird mitgetragen durch

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

Die durch das BMGS ergriffene Initiative zur Vorgabe von Kriterien für die Bestimmung „Besonderer Einrichtungen“ nach § 17 b Abs. 1, Satz 15 KHG nach dem Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner im Herbst 2004 wird begrüßt. Es handelt sich um Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden und daher befristet aus dem G-DRG-Vergütungssystem herausgenommen werden können.

Der Verordnungsgeber trägt hier einer zentralen Forderung der Ärzteschaft Rechnung, indem durch dieses Bemühen eine Steigerung der Planungs- und Verfahrenssicherheit für Krankenhäuser und Kostenträger für das aktuelle Jahr 2005 resultiert. Im Hinblick auf die am 01.01.2005 begonnene Konvergenzphase sind Krankenhäuser und Kostenträger trotz erzielter Verbesserungen im G-DRG-Katalog 2005 durch die in vielen Fällen noch unzureichende Abbildung der Leistungswirklichkeit direkt (wirtschaftlich) betroffen.

Dieses Risiko betrifft auch in 2005 „Besondere Einrichtungen“, bei denen es unterjährig zu nicht planbaren und in bedeutendem Maße zunehmend liquiditätswirksamen Abweichungen von der Fallmengenplanung kommt. Diese Planungsunsicherheit wird u.a. durch Mehrfachleistungen, Komplexfälle, Verlegungen und Wiederaufnahmen mitbestimmt und ist nur sehr bedingt abschätzbar.

Der im Referentenentwurf einer FPVBE 2005 verfolgte Ansatz der prospektiven Ermittlung und Herausnahme „Besonderer Einrichtungen“ aus der G-DRG-Vergütungssystematik auf der Basis einer sehr aufwändig zu vereinbarenden krankenhausespezifischen Vergütung nach § 6 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) lässt die fehlende Möglichkeit einer Neutralisierung der sich nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG unterjährig im Jahr 2005 realisierenden Unwägbarkeiten unberücksichtigt. Ebenso dürfte die Auflage von § 4 Abs. 2 Satz 3 des Referentenentwurfes einer FPVBE 2005, dass die Kosten der „Besonderen Einrichtungen“ als Voraussetzung einer Vergütungsvereinbarung nach § 6 Abs. 1 KHEntgG entsprechend den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs der Selbstverwaltungspartner

nach § 17 b Abs. 2 KHG abzugrenzen und zu kalkulieren sind, kaum von einem Krankenhaus ohne eine unzumutbare Verzögerung der Budgetverhandlungen für das Jahr 2005 erfüllt werden können. Die vermeintliche Hoffnung, dass „Besondere Einrichtungen“ innerhalb der geringen verfügbaren Zeit so noch für 2005 eine adäquate alternative Vergütungsregelung erzielen können, wird oft allein am zu hohen methodischen Aufwand scheitern. Angesichts der nicht unerheblichen Liquiditätsprobleme der Kliniken gilt es jedoch, unnötige Verzögerungen der Budgetverhandlungen zu vermeiden. Hierfür spricht auch die Auswertung eines Bundesverbandes der GKV, nach der in 2004 nur 36 der ca. 1700 nach DRG abrechnenden Krankenhäuser von der DRG-Abrechnung auf Basis der FPVBE 2004 ausgenommen werden konnten.

Bundesärztekammer und AWMF sprechen sich daher nach wie vor im Sinne der Vereinfachung, Entbürokratisierung und Ermöglichung einer zeitnahen Umsetzbarkeit des Verfahrens dafür aus, die Risiken „Besonderer Einrichtungen“ im Jahr 2005 nicht über eine methodisch bis dahin kaum mehr umsetzbare Vielzahl sehr aufwändig zu vereinbarenden individueller Entgelte, sondern über einen flexiblen Basisfallwert auszugleichen und die FPVBE in folgenden Punkten zu modifizieren.

## **B. Zu den Einzelvorschriften**

### **Zu § 1 Abs. 2 FPVBE 2005**

Die erheblichen Abweichungen der Verweildauer eines Krankenhauses von den Verweildauerangaben der jeweiligen G-DRG können ein Indiz dafür sein, dass dessen Leistungen durch den G-DRG-Fallpauschalen-Katalog nicht sachgerecht abgebildet werden. Dies muss allerdings gleichermaßen für das gesamte Krankenhaus wie auch für organisatorisch abgrenzbare Teile von Krankenhäusern gelten, deren restliche Fachabteilungen sachgerecht über den G-DRG-Fallpauschalen-Katalog vergütet werden können. Darüber hinaus ist anzumerken, dass es bei enger wörtlicher Auslegung von § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 des Referentenentwurfs einer FPVBE 2005 bereits ausreichen kann, wenn mehr als 75 % der Inlier-Fälle aus nur einer einzigen Fallpauschale jenseits deren mittleren Verweildauer entlassen werden, um für ein ganzes Krankenhaus den Status als „Besondere Einrichtung“ zu beanspruchen. Dies kann nicht im Sinne der Regelung von § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG sein.

Durch die Betrachtung allein der Inlier-Fälle in § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 FPVBE 2005 bleibt außerdem die Konstellation einer Einrichtung mit z.B. einerseits 60 % der Inlier-Fälle mit oberhalb der mittleren Verweildauer liegenden Belegungszeiten und andererseits 20 % von Langliegern mit die obere Grenzverweildauer übertreffenden Verweildauern außen vor. Deshalb sollten die Kriterien nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 des Referentenentwurfes einer FPVBE 2005 zur Identifikation möglicher „Besonderer Einrichtungen“ wie folgt modifiziert werden:

- 1. mehr als drei Viertel der Fälle des Krankenhauses oder eines organisatorisch abgrenzbaren Teils eines Krankenhauses eine Verweildauer haben, die oberhalb der mittleren Verweildauer der jeweiligen Fallpauschale liegt oder*
- 2. mehr als die Hälfte aller Fälle des Krankenhauses oder eines organisatorisch abgrenzbaren Teils eines Krankenhauses eine Verweildauer haben, die oberhalb der oberen Grenzverweildauer der jeweiligen Fallpauschale liegt.*

Unabhängig von Abweichungen der Verweildauer muss auch das erhebliche Abweichen der innerhalb der jeweiligen G-DRGs eine Einrichtung vorliegenden Diagnosen-, Prozeduren- und Kostenprofile von denen bei der Kalkulation des G-DRG-Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1, Satz 15 KHG zugelassen werden. Deshalb sollte im Anschluss an § 1 Abs. 2, Satz 1, Nr. 2 folgende Nr. 3 eingefügt werden:

- 3. die Fälle des Krankenhauses oder eines organisatorisch abgrenzbaren Teils eines Krankenhauses hinsichtlich ihrer Diagnosen-, Prozeduren-, Alters- oder PCCL-Profile oder ihrer nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs der Selbstverwaltungspartner nach § 17 b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhobenen Kosten erheblich von der vom DRG-Institut je G-DRG-Fallpauschale veröffentlichten Kalkulationsgrundlage des G-DRG-Fallpauschalenkataloges 2005 abweichen.*

## **Zu § 1 Abs. 3 FPVBE 2005 , Ausnahme von besonderen Einrichtungen**

Bundesärztekammer und AWMF begrüßen, dass in § 1 Abs. 3 des Referentenentwurfes einer FPVBE 2005 Fachabteilungen für

- Palliativmedizin
- Kinder- und Jugend-Rheumatologie und
- Abteilungen für die Behandlung von Tropenerkrankungen

im Sinne von „Besonderen Einrichtungen“ ausgenommen wurden.

Ebenso wird begrüßt, dass Krankenhäuser oder Fachabteilungen mit Schwerpunkten in der Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose und Morbus Parkinson ausgenommen werden können.

Die in § 1 Abs. 3 Satz 4 formulierte Ausnahmeregelung für selbständige Kinderkrankenhäuser, für die jeweils eine eigenständige Budgetverhandlung zu führen ist, wird seitens der Bundesärztekammer und der AWMF trotz der damit verbundenen Systeminkongruenz positiv gewertet, da mittels dieser Regelung den relativ wenigen, aber für die Daseinsvorsorge und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Kindern erforderlichen Kliniken (unter den derzeitigen Bedingungen sehr hoher

Vorhaltekosten bei mäßig bis kaum gegebener Möglichkeit der Fallzahlkompensierung für das Jahr 2005) eine Sicherung der Finanzgrundlagen ermöglicht wird.

Mit der vorgesehenen neuen Regelung folgt der Verordnungsgeber den wiederholten Initiativen und Bemühungen der Bundesärztekammer und der AWMF (u.a. der Entschliessung des 107. Ärztetages 2004), dass die DRG-Konvergenzphase nicht zu einem „Glücksspiel“ werden darf und eine qualitativ hochwertige Sicherung der Versorgung insbesondere von Kindern in der Bundesrepublik Deutschland sichergestellt werden muss.

## **Zu § 1 Abs. 4 FPVBE 2005**

Bundesärztekammer und AWMF begrüßen, dass in § 1 Abs. 4 des Referentenentwurfes eine FPVBE 2005 ausdrücklich dem Problem von Krankenhäusern und Krankenhausorganisationseinheiten mit besonderem Leistungsangebot, welches sich in Folge hoher Vorhaltekosten und inkonstanter Fallzahlenentwicklungen ergibt, Rechnung getragen werden soll.

Nicht nachvollziehbar ist jedoch die in § 1 Abs. 4 Satz 1 des Referentenentwurfes vorgesehene nochmalige Überprüfung der Notwendigkeit der im Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausgewiesenen Leistungsangebotes. Diese Notwendigkeit ist bereits durch den Versorgungsauftrag des Krankenhauses selbst hinreichend legitimiert. Die Entscheidung darüber obliegt der Krankenhausplanung der Länder.

(Zu dem nachfolgenden Absatz erfolgt eine getrennte Stellungnahme der AWMF)

Die ausdrückliche Ausnahme von Intensivabteilungen nach § 1 Abs.4 Satz 2 des Referentenentwurfes kann nicht mitgetragen werden. Sollte sich insbesondere aus dem speziellen Leistungsangebot einer Intensivabteilung begründen, dass das G-DRG-Vergütungssystem diese Leistung bzw. die Leistung des Krankenhauses entsprechend § 17 b Abs. 1, Satz 15 KHG nicht sachgerecht vergütet, gibt es keinen Grund dafür, besondere Belange der Intensivmedizin außen vor zu lassen. Die Nennung von Beispielen für mögliche besondere Einrichtungen sollte entweder im Verordnungstext selbst oder wenigstens in der amtlichen Begründung erweitert werden.

Neben der begrüßenswerten Aufnahme der *neonatologischen Satellitenstationen* fordern Bundesärztekammer und AWMF u.a. die Erweiterung der aufgeführten Beispiele um Stroke-Units, Trauma- und Querschnittszentren, Tumorzentren, Epilepsiezentren, Einrichtungen der speziellen neurologischen Frührehabilitation, Transplantationszentren, Phoniatrie- und Pädaudiologie, qualifizierte Entzugsbehandlung, Akutgeriatrie, anthroposophische Medizin.

## **Zu § 1 Abs. 5 FPVBE 2005**

Bundesärztekammer und AWMF begrüßen, dass mit dieser Regelung Flexibilität geschaffen werden soll für begründete Ausnahmen, welche allein anhand der Kriterien nach Abs. 2, 3

oder 4 nicht legitimiert werden können. Weil diese Regelung entsprechend Satz 1 nachvollziehbar auf seltene Ausnahmefälle beschränkt werden soll und eine Begründungspflicht im Sinne von § 1 Abs. 1 FPVBE bzw. § 17 b Abs. 1, Satz 15 KHG bestehen soll, erübrigt sich der Ausschluss der Schiedsstellenregelung. Die Bundesärztekammer und die AWMF begrüßen daher die Aufnahme ihrer Forderung durch den Verordnungsgeber und die geplante Neuformulierung.

### **Zu § 2 FPVBE 2005 „Nachweis besonderer Patientengruppen“**

Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Begründung der Notwendigkeit des Status als besondere Einrichtung ist nachvollziehbar.

### **Zu §§ 3, 4 und 5 FPVBE 2005 „Entgelte für Besondere Einrichtungen – Vereinbarungen und Informationen über Besondere Einrichtungen“**

Die Bundesärztekammer und AWMF verweisen hier auf die Inhalte ihrer Stellungnahme zur FPVBE 2004 vom 27.11.2003.

Aufgrund der Kürze der Stellungnahmefrist war eine abschließende Gremienabstimmung nicht in allen beteiligten Institutionen möglich. Diese behalten sich daher ergänzende Anmerkungen zu einem späteren Zeitpunkt noch vor.

Bundesärztekammer und AWMF sowie Bundesverband der Belegärzte, Marburger Bund und Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands stehen zu weiteren Erläuterungen der benannten Positionen zur Verfügung.