



**Stellungnahme der
Bundesärztekammer**

zum
Regierungsentwurf
eines

**Zweiten Gesetzes zur Änderung der
Vorschriften zum diagnose-orientierten
Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur
Änderung anderer Vorschriften**

(2. Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)

vom 28. Juli 2004

mit Unterstützung durch

die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachge-
sellschaften (AWMF),

den Bundesverband der Belegärzte (BdB),

den Marburger Bund sowie

den Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)

Berlin, Düsseldorf, Köln und München, den 06.09.2004

Vorbemerkung

Diese Stellungnahme ergeht einerseits zugleich im Namen

- des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), Düsseldorf,

sowie andererseits in Abstimmung mit

- der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf,
- des Bundesverbandes der Belegärzte (BdB), München, und
- dem Marburger Bund, Köln,

welche sich über ihre jeweils separaten Stellungnahmen zu besonderen Fragestellungen hinaus der Stellungnahme der Bundesärztekammer anschließen.

Stellungnahme

Unter Bezugnahme auf ihre Stellungnahmen zum Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (FPG) sowie den Folgegesetzen zur Einführung des DRG-Fallpauschalensystems begrüßt die Bundesärztekammer die mit der Vorlage des Regierungsentwurfes eines 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) gezeigte Einsicht in die Notwendigkeit der weiteren Nachbesserung des seit Jahresbeginn für alle Krankenhäuser verbindlichen Vergütungssystems. Erfreulicherweise hat der Regierungsentwurf bereits einzelne Forderungen der Stellungnahme der Bundesärztekammer zum vorherigen Referentenentwurf berücksichtigt. Daher wird zu den nachfolgenden wesentlichen Regelungsinhalten in aktualisierter Form Stellung genommen:

Verlängerung der Konvergenzphase

Insbesondere Artikel 2 Nr. 2 - § 4 KHEntgG

Mit der Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr und der Anpassung der Konvergenzquoten sowie der entsprechenden Verlängerung der Regelungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG kommt der Gesetzgeber den Forderungen der Bundesärztekammer hinsichtlich einer maßvollen Gestaltung der DRG-Einführung nach dem ersten FPÄndG einen weiteren Schritt entgegen. Dieses wird sehr begrüßt. Die Bundesärztekammer hat die Verlängerung der Konvergenzphase und eine Senkung der Konvergenzquoten für den Fall eines Festhaltens an der gesetzlichen Konvergenzmethodik seit den Planungen zum FPG gefordert. So können die in dieser Methodik systemimmanent angelegten Risiken der Fehlverteilung durch ein noch in weiten Teilen unreifes DRG-Vergütungssystem wenigstens abgeschwächt werden.

Mit dem im Frühjahr von der DKG vorgelegten Konvergenzmodell hat sich aber insbesondere die überwiegende Mehrheit der Krankenhausträger ganz bewusst für ein Festhalten am Prinzip der gesetzlichen Konvergenzphase mit Beginn ab 2005 ausgesprochen. Nachdem diejenigen Krankenhäuser, die sich Gewinne durch die Konvergenzphase erhoffen, ihre Planungen bereits auf eine „fahrplanmäßige“ weitere DRG-Einführung ausgerichtet haben, würden sich diese im Falle eines weiteren Aussetzens des Einführungsprozesses darüber hinaus auch zu Recht um die Verlässlichkeit ihrer Planungsgrundlage gebracht fühlen. Aus diesem Grund wird sich die Bundesärztekammer trotz ihrer unverändert bestehenden sachlichen Bedenken einem Start der Konvergenzphase im Jahr 2005 nicht verschließen.

Aus der im Regierungsentwurf für das Jahr 2005 vorgesehenen Konvergenzquote von 15 % würde allerdings bereits im Jahr 2005 eine massive Umverteilung resultieren. Diese Umverteilung kann angesichts der zum Teil mehr als um den Faktor 3 unterschiedlichen krankenhausesindividuellen Ba-

sisfallwerte bereits in den beiden Einstiegsjahren der Konvergenzphase für das einzelne Krankenhaus einen Budgetzuwachs oder –abschlag im zweistelligen Prozentbereich zur Folge haben und damit unmittelbar zur existenziellen Frage werden. Dass aus dieser Umverteilung keine ungerechtfertigten Verlierer hervorgehen, setzt voraus, dass diese nach einem leistungsgerechten Maßstab erfolgt. Das G-DRG-System wird diesem Anspruch trotz mit der Version 2004 erreichten und mit der Version 2005 zu erwartenden Verbesserungen nicht gerecht werden.

Die Ursachen hierfür liegen zum einen darin, dass sich die dem G-DRG-System zu Grunde liegenden Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen, Kodierrichtlinien, Abrechnungsbestimmungen, Kalkulationsgrundlagen und Anpassungsgrundsätze noch in einem erheblichen qualitativen und quantitativen Umbruch befinden. Zum anderen sind noch wesentliche Probleme ungelöst, die mit einer im Jahr 2005 zu hohen Konvergenzquote zu einer Massenflucht in die gesetzlichen Ausnahmetatbestände oder zu ernststen Verwerfungen führen werden. Diese bestehen insbesondere in

- der systematischen Benachteiligung von Maximalversorgern, komplexen und hochspezialisierten Versorgungsangeboten durch die Methodik der Erlösangleichung während der Konvergenzphase
- der nach wie vor unzureichenden Abbildung von Mehrfachleistungen bei Komplexfällen (z. B. in Transplantationsmedizin und Intensivtherapie, Gefäß- und Unfallchirurgie, Plastischer Chirurgie, Onkologie,)
- der nach wie vor fehlenden Möglichkeit zur Abbildung mehrerer behandlungsrelevanter Hauptdiagnosen
- der nach wie vor inkonsistenten Nebendiagnosenqualifikation als vergütungswirksame Schweregrad-Kriterien (z. B. bei Infektionen)
- der noch nicht fachübergreifend gleichwertig sachgerechten Leistungs- und Schweregradabbildung über DRG-relevante Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen (z. B. in der Mikrobiologie, Pathologie und bei Stroke Units)
- der teilweise noch ungenügenden Abbildung von Komplexeingriffen (z. B. plastisch-rekonstruktive Tumorchirurgie)
- der noch ungenügenden Berücksichtigung spezieller Versorgungsangebote z. B. infolge des sogenannten „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),
- der noch unzureichenden Abgrenzungen teilstationärer und ambulant erbringbarer Leistungen,
- der nicht den klinischen Abläufen entsprechenden Verlegungs- und Wiederaufnahmeregelungen (z. B. multimodale Behandlungskonzepte)
- den in wesentlichen Fragestellungen (z. B. bei Transplantationen) für Krankenhäuser wie Kostenträger unangemessenen Erlösausgleichsregelungen
- der noch nicht hinreichenden Abgrenzung und Sicherstellung der ausreichenden Finanzierung der präklinischen Rettung und Notfallversorgung sowie
- der noch immer fehlenden sachgerechten Gegen- bzw. Ausgleichsfinanzierung von Leistungsverlagerungen zwischen der stationären Versorgung und anderen Versorgungsbereichen.

Aus diesen Gründen besitzt das ohne vorherige Evaluation im Jahr 2004 erst im zweiten Anwendungsjahr eingesetzte DRG-Vergütungssystem nach § 17b KHG trotz anzuerkennender Fortschritte für die sachgerechte Umsetzung einer Konvergenzquote von 15 % im Jahr 2005 weder die erforderliche Reife noch die notwendige Stabilität und Ausgewogenheit.

Auf Grund der noch sehr heterogenen Qualität und Aussagekraft der G-DRG-Fallpauschalen würde sich die im Regierungsentwurf aufrecht erhaltene gesetzliche Methodik einer zeitlich, inhaltlich und ökonomisch einheitliche Konvergenz über das gesamte Leistungsgeschehen sachlich verbie-

ten. Die Bundesärztekammer zieht daher den leistungs- und vergütungsgerechteren Ansatz einer durch Homogenitätskriterien gesteuerten Freigabe von G-DRG-Fallpauschalen dem gesetzlichen Konvergenzmodell vor. Ein besonderer Vorteil des von der Bundesärztekammer vorgeschlagenen Alternativmodells würde u.a. darin liegen, dass die in der Selbstverwaltung auf Landesebene zunehmend problematisch eingeschätzte jährliche Festlegung landeseinheitlicher Basisfallwerte entfallen könnte. Die mit dem Konvergenzansatz des Gesetzentwurfs verbundene Diskussion über aus den noch bestehenden DRG-Systemschwächen resultierende beträchtliche Fehlverteilungen unter verschiedenen Gruppen von Krankenhäusern würde durch die sehr viel objektiver zu führende Diskussion über die Sachgerechtigkeit der für alle Krankenhäuser einheitlichen Bewertung bestimmter Leistungen ersetzt. Das alternative Konvergenzmodell der Bundesärztekammer wird dieser Stellungnahme als Anregung für die weitere Einführung des DRG-Systems als **Anlage** beigelegt.

Dem gegenüber beziehen sich die folgenden Forderungen auf den Fall, dass an der bisherigen Konvergenzmethodik trotz der damit verbundenen Probleme fest gehalten werden soll:

Anstelle eines ursprünglich verlangten, aber aus den o. g. Gründen nicht weiter eingeforderten dritten budgetneutralen Einführungsjahres fordert die Bundesärztekammer wegen der noch hohen Unreife des G-DRG-Systems unter Modifizierung ihres ursprünglichen Vorschlages zum FPG eine Absenkung der Konvergenzquoten der Jahre 2005 und 2006 auf jeweils 10 % in Verbindung mit einer Begrenzung der effektiven krankenhausesindividuellen Budgetanpassung auf max. +/- 5 % des jeweiligen Vorjahresbudgets. Dabei wird von einer korrekten Ausgestaltung und Ausschöpfung der Ausnahmetatbestände für noch nicht sachgerecht über DRG-Fallpauschalen abgebildete Leistungen ausgegangen. Im Falle einer unverändert restriktiven Fortschreibung der FFPVE 2004 sowie der Anlagen 2 bis 4 KFPV 2004 für das Jahr 2005 und einer ausbleibenden Umsetzung der Zuschlagstatbestände nach § 17b Abs. 1 Satz 4 bis 6 KHG dürfte die Begrenzung der effektiven krankenhausesindividuellen Budgetanpassung auf sogar nur max. +/- 1 % des jeweiligen Vorjahresbudgets angesetzt werden.

Aus der bisherigen Erfahrung des von der Bundesärztekammer unterstützten Ansatzes eines „lernenden Systems“ heraus wird eine seriöse Vorgabe zur genauen Art, Anzahl und Ausgestaltung weiterer Konvergenzstufen ab 2007 erst auf der Grundlage von Erfahrungen der ersten Konvergenzstufe 2005 möglich sein. Zur Vermeidung unnötiger weiterer Verunsicherung sollten die konkreten gesetzlichen Konvergenzregelungen im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes daher zunächst auf die Jahre 2005 und 2006 beschränkt und erst im Rahmen eines 3. Fallpauschalenänderungsgesetzes weiterentwickelt werden.

Darüber hinaus müssen die systematisch angelegten Fehlverteilungen der Konvergenzphase ausgeglichen werden. Universitätskliniken und sonstige Krankenhäuser der Maximalversorgung sowie Einrichtungen mit Spezialisierung auf besonders aufwändige Fälle innerhalb des Fallspektrums der jeweiligen DRG-Fallpauschalen werden ohne geeignete Sonderregelungen insbesondere auch in Folge des sogenannten Einhaus-Kalkulationsansatzes des DRG-Systems zu systematischen Verlierern der für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes einheitlich angelegten Konvergenz der Basisfallwerte und DRG-Erlösbudgets werden. Durch die landeseinheitliche Konvergenz der sehr unterschiedlichen Basisfallwerte wird es sonst auch zu insbesondere für Stadtstaaten mit hoher Konzentration von Krankenhäusern der Maximalversorgung nachteiligen Steuerungswirkungen zwischen unterschiedlichen Bundesländern kommen.

- Zuschläge für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten

Artikel 1 Nr. 3a) - § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG

Der zur Neutralisierung dieser Benachteiligung mit dem Regierungsentwurf verfolgte Ansatz der Etablierung von Zuschlägen für die „besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten“ folgt den Forderungen der Bundesärztekammer und wird daher ausdrücklich begrüßt. Diese notwendige Regelung würde durch die im Regierungsentwurf in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntG noch unver-

ändert belassene Zuspitzung auf Tumorzentren und geriatrische Zentren aber in der Praxis zu stark eingeschränkt und muss daher ausdrücklich auf die besonderen Aufgaben von Krankenhäusern der Maximalversorgung und aller weiteren Zentren und Schwerpunkte für die hochspezialisierte Versorgung wie Transplantationszentren und Zentren für die Versorgung von polytraumatisierten Patienten erweitert werden. Für den Bereich der Transplantationszentren sieht die Bundesärztekammer in der so benötigten Regelung auch die Grundlage für die Sicherstellung der Finanzierung der Führung der Wartelisten sowie der Durchführung der diesbezüglichen Aufnahmeuntersuchungen. Zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen sollte die Abrechnung der Zuschläge für Maximalversorger in der Umsetzung an diejenigen DRG-Fallpauschalen, insbesondere bestimmte Prä-MDC-DRGs gebunden werden, die typischerweise durch Maximalversorger erbracht werden.

Anpassung des Erlösbudgets in Bezug auf Änderungen der Leistungsmenge

Artikel 2 Nr. 2 - § 4 Abs. 4 KHEntgG

Die bereits im FPG angelegte Möglichkeit, Änderungen von Art und Menge der zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte ab 2005 nach einheitlicher Systematik prospektiv bei der Festlegung des Erlösbudgets zu berücksichtigen, verhilft zu höherer Planungssicherheit und wird daher grundsätzlich begrüßt. Im Zusammenhang mit den nach anderen Grundsätzen erfolgenden retrospektiv durchzuführenden Erlösausgleichen nach § 4 Abs. 9 KHEntgG entstehen dadurch jedoch auch verstärkte Anreize zur primär erlösstrategischen Fallmengenplanung. Durch die Bindung der Berechnungsgrundlage an den landesweiten Basisfallwert kommt es bei Leistungsausweitungen auch hier zur systematischen Benachteiligung von Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen. Weil die Regelung auf alle Fallpauschalen und Zusatzentgelte weitestgehend einheitlich angewendet werden soll, sind bei einer Mengenausweitung auch Leistungsbereiche mit einem hohem Sachkostenanteil im Vergleich mit denjenigen mit einem geringen Sachkostenanteil benachteiligt. Zum Ausgleich dieser Schlechterstellung reicht die nach dem Gesetzentwurf im Einzelfall zulässige, wenigstens beispielhaft Transplantationen betreffende Möglichkeit zur Vereinbarung abweichender Regelungen zumindest in den Jahren 2005 und 2006 nicht aus. Die Bundesärztekammer fordert daher hier wie auch hinsichtlich der Ausgleichsregelungen nach § 3 Abs. 6 und § 4 Abs. 9 KHEntgG die gesetzliche Beauftragung der Selbstverwaltung bzw. des DRG-Instituts mit der Vorgabe einer einheitlichen Methodik sowohl für die prospektive als auch die retrospektive Ausgleichsregelung, nach der Krankenhäuser in begründeten Fällen, z. B. bei sehr sachkostenlastigen Leistungen oder bei Mengenausweitungen nach Umverteilung von Fällen aus anderen Krankenhäusern durch die Mindestmengenregelung, alternativ zu den pauschalierten Anpassungen ein differenziertes Ausgleichsverfahren in Anspruch nehmen können.

Anpassung der Erlösbudgets in Bezug auf die BAT-Angleichung

Artikel 2 Nr. 2 - § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG

Die in § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG vorgesehene Anpassung des Ausgangswertes für die Ermittlung des Erlösbudgets im Hinblick auf die BAT-Angleichung in den neuen Bundesländern ist sehr zu begrüßen. In gleicher Konsequenz muss der Ausgangswert jedoch ebenso wie der Landesbasisfallwert nach § 10 KHEntgG entsprechend der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 SGB V sowie entsprechend § 6 Abs. 2 BPfIV 2004 und des darüber hinaus gehenden vollständigen Rahmens der tariflichen Anpassungen erhöht werden. Die bisher ausschließlich in § 10 KHEntgG vorgesehene Berücksichtigung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 SGB V bei der Festlegung des Landesbasisfallwertes würde dazu führen, dass diese ohnehin zu geringe Anpassung tatsächlich nur im Bruchteil der zur Anwendung kommenden Konvergenzquote, d.h. in den Jahren 2005 bis 2007 zu lediglich 15 %, 30 % und 50 % der jeweiligen Veränderungsrate an die Krankenhäuser weitergegeben würde. Nach Jahren der Budgetierung und zwei de-facto-Nullrunden würden die Krankenhäuser hierdurch endgültig den Anschluss an die tariflichen Entwicklungen verlieren.

Ergänzende Regelungen zur DRG-Kalkulation

Artikel 1 Nr. 4b) und c) - § 17b Abs. 3 und 5 KHG

Die Einführung eines mengen- und qualitätsgebundenen Zuschlags für die Unterstützung der Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation wird ausdrücklich unterstützt. Nur so kann die für einen weitgehend budgetwirksamen Einsatz des DRG-Systems kurzfristig erforderliche Steigerung der Qualität der Kostendaten erzielt werden. Auch die gesetzliche Verpflichtung zur weitest möglichen Repräsentativität der Krankenhausstichprobe bei den Kostenerhebungen zur DRG-Kalkulation ist insbesondere im Hinblick auf die geplante Konvergenzphase dringend notwendig und wurde von der Bundesärztekammer als wesentliche Voraussetzung für den budgetwirksamen DRG-Einsatz gefordert. Trotz Anerkennung der Tatsache, dass eine allumfassende Repräsentativität kaum erreichbar sein wird, sollte die Repräsentativität der Krankenhausstichprobe und insbesondere der Kostendaten mehr als nur angestrebt werden. Hier nur eine „sachgerechte Auswahl“ zu Grunde zu legen erscheint als Anforderung zu schwach. Weiterhin muss ermöglicht werden, auch jenseits des „Einhaus-Kalkulationsansatzes“ aussagekräftige Kalkulationen für besonders spezialisierte Abteilungen durchzuführen. Dementsprechend sollte nach § 17b Abs. 2 Satz 3 folgende Sätze eingefügt werden: „Die Kalkulationen sind auf der Grundlage von Kostenerhebungen in einer Auswahl von Krankenhäusern durchzuführen; auf die Repräsentativität der Krankenhausstichprobe und der Kostendaten sowie ihrer Aussagekraft für besondere Spezialisierungen ist hinzuwirken. Der Weg der Stichprobenziehung ist an geeigneter Stelle zu veröffentlichen.“

Festlegung / Korrektur des Landesbasisfallwertes

Artikel 2 Nr. 7 – §10 KHEntgG

Die Ermöglichung einer Korrektur von Fehlschätzungen des Landesbasisfallwertes durch die Selbstverwaltungsparteien wird als dringend notwendige Nachbesserung begrüßt. Die im Regierungsentwurf lediglich als Kann-Regelung aufgenommene Vereinbarungslösung muss jedoch als in voller Konsequenz scheidsstellenfähige Soll-Regelung gefasst werden. Weiterhin wird die im Widerspruch zum Verfahren nach § 18 Abs. 5 KHG sowie zur Beteiligung des Landes an der Festlegung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG stehende Befreiung der Landesbasisfallwertfestlegung von der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde entschieden abgelehnt.

Ausbildungsfinanzierung / Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

Artikel 1 Nr. 2 – § 17a KHG

Die mit dem Regierungsentwurf vorgesehenen neuen Regelungen zur Finanzierung der Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen am Krankenhaus mit der Abkehr vom Einheitszuschlag hin zum Richtwertprinzip unter Zulassung krankenhausesindividueller Ausbildungsbudgets mit der Möglichkeit zum Abschluss von Strukturverträgen und Festlegung von Ausnahmetatbeständen wird begrüßt. Damit die zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen vorgesehene Fondslösung keine unnötigen Verwaltungskosten produziert, sollte den Landeskrankenhausesgesellschaften jedoch die Möglichkeit gegeben werden, gemeinsame Lösungen für die Fondadministration einzurichten.

Im Zusammenhang mit der beabsichtigten Neuregelung weist die Bundesärztekammer nachdrücklich darauf hin, dass die in anderen DRG-Anwenderländern mehrheitlich zuschlagsbasierte Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im DRG-Vergütungssystem nach § 17b KHG im Gegensatz zur Ausbildung von nichtärztlichen Gesundheitsberufen nach wie vor nicht als eigenständiger Tatbestand berücksichtigt wird.

Damit dem Risiko eines sich aus falsch verstandenen Anreizen des DRG-Systems heraus einstellenden Spezialisierungsmangels begegnet werden kann, fordert die Bundesärztekammer, die ärztliche Weiterbildung zumindest als fakultativen Zuschlagstatbestand in § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG zu verankern.

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 vorhergehenden Stellungnahmen der Bundesärztekammer im Zusammenhang mit dem FPG vom 23. April 2002 sowie der Folgegesetze und -verordnungen verwiesen.

Anlage: BÄK-Alternativmodell zur Gestaltung der Konvergenzphase