



# **Bundesärztekammer**

Arbeitsgemeinschaft  
der Deutschen Ärztekammern

## **Stellungnahme**

der

**Bundesärztekammer**

zum

### **Referentenentwurf einer Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landes- Basisfallwerte im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (KFPV 2005)**

vom 31. März 2005

---

mitgetragen durch

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

Berlin, Düsseldorf und München, den 15. April 2005

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass ihr durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vor Erlass einer Rechtsverordnung über die Bestimmung vorläufiger Landesbasisfallwerte im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 Gelegenheit zu einer Bewertung des Referentenentwurfes der KFPV 2005 vom 31. 03. 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

Das Ziel des Ordnungsgebers, Verzögerungen der krankenhausesindividuellen Budgetverhandlungen zu vermeiden, um einen fristgerechten Einstieg in die Konvergenzphase durch die zeitnahe Ermöglichung von Einigungen bzw. Festlegungen von Landesbasisfallwerten zu sichern, wird prinzipiell begrüßt. Im Hinblick auf die am 01.01.2005 begonnene Konvergenzphase sind Krankenhäuser und Kostenträger trotz erzielter Verbesserungen im G-DRG-Katalog 2005 u.a. durch die in vielen Fällen noch unzureichende Abbildung der Leistungswirklichkeit direkt (wirtschaftlich) von den anstehenden Festlegungen betroffen. Die Steigerung der Planungs- und Verfahrenssicherheit für Krankenhäuser und Kostenträger im Rahmen der Konvergenzphase ist nach wie vor eine zentrale Forderung der Ärzteschaft.

Der Referentenentwurf einer KFPVE 2005 verfolgt den Ansatz der Vorgabe VORLÄUFIGER Landesbasisfallwerte mittels der gemäß § 10 Abs. 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und aus dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom 21.12.2004 resultierenden Ermächtigung zur Vorgabe von vorläufigen Landesbasisfallwerten (ohne Zustimmungspflicht des Bundesrates) für Bundesländer, sofern Landesbasisfallwerte noch nicht vereinbart worden sind. Angesichts der Komplexität der seit Monaten in den Ländern mit Nachdruck geführten Verhandlungen und der entscheidenden Bedeutung einer vor Ort gefassten gemeinsamen Entscheidung bzw. Festlegung für die weitere Stabilität der Planungsgrundlagen für Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort ist es jedoch sehr fraglich, ob eine Veröffentlichung von Empfehlungen zu Landesbasisfallwerten zu einem Zeitpunkt, zu dem sich die Mehrheit der Verhandlungen in der Schlussphase befindet sowie erste Einigungen und Schiedsstellenentscheidungen vorliegen (bzw. insbesondere die jeweilige Schiedsstelle angerufen wurde), für den Verhandlungsprozess förderlich ist.

Für die Vertragspartner auf Landesebene ist in der Regel durch die Vorlage eines weiteren Wertes (neben den anfänglichen Zielwerten der Parteien und einem eventuell avisierten gemeinsamen Betrag) die Gremienzustimmung für einen potentiellen Kompromiss nicht vereinfacht worden. Angesichts des fortgeschrittenen Verhandlungsstadiums ist zudem unabhängig vom vorliegenden Referentenentwurf für die Mehrheit der betroffenen Bundesländer ein Ergebnis vor dem Inkrafttreten der KFPV 2005 zu erwarten. Das Ziel der „technischen Hilfestellung“ dürfte daher überwiegend kaum noch erreicht werden können.

Durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und verschiedene Landeskrankenhausverbände war im Vorfeld wiederholt die Forderung an den Ordnungsgeber herangetragen worden, den Verhandlungen vor Ort den eindeutigen Vorrang einzuräumen und mit der Veröffentlichung von vorläufigen Landesbasisfallwerten zu warten. Trotz der zu erwartenden und eingetretenen deutlichen Divergenzen in Einzelfragen ist am ehesten durch den direkten konstruktiven Dialog zwischen den Selbstverwaltungspartnern vor Ort eine für beide Seiten tragfähige Lösung zu erwarten.

Die gemäß § 10 Abs. 8 KHEntgG vorgesehene Ersatzvornahme des Ordnungsgebers wird aufgrund der immanenten Vorläufigkeit der Regelung nur eine eventuelle Hilfestellung bieten können, da letztlich dennoch eine Einigung durch die Vertragsparteien vor Ort bzw. eine Festsetzung durch die lokale Schiedsstelle und eine Genehmigung durch die Landesbehörde erfolgen muss. Nach gemeinsamer, langwieriger Erörterung von Einzelpositionen der Berechnungsschemata der jeweiligen Vertragspartner vor Ort erfordert die aktuelle Veröffentlichung des Referentenentwurfes des BMGS teilweise eine erneute, zeitaufwendige Detailprüfung und Diskussion, bei der verschiedene Positionen der in der Begründung aufgeführten Herleitung der Berechnungsgrundlagen nur bedingt nachvollzogen werden können.

Die präjudizierende Wirkung der durch den als Referentenentwurf veröffentlichten vorläufigen Landesbasisfallwerte während laufender Verhandlungen und insbesondere während der laufenden Schiedsstellenverfahren wird daher seitens der Bundesärztekammer kritisch eingeschätzt und birgt das Risiko der möglichen Festsetzung von „verzerrten“ Landesbasisfallwerten.

Dies gilt um so mehr, als dass die beteiligten Vertragsparteien (zur Ermöglichung eines zeitnahen Budgetverhandlungsabschlusses für das einzelne Krankenhaus nach Festlegung eines Landesbasisfallwertes) kaum eine Möglichkeit haben, die in der Begründung zum Referentenentwurf aufgeführten Berechnungsmodalitäten und Grundlagen zeitnah ausreichend zu prüfen.

Angesichts z. B. einer Fülle von Tatbeständen, die gemäß Begründung zum Referentenentwurf aufgrund der insgesamt schlechten Datenlage nicht einbezogen werden konnten, kann es zu nur sehr bedingt verlässlichen Bewertungen kommen können. Insbesondere die fehlenden Daten zu den Veränderungen der Erlöse für Leistungen, für die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG keine Fallpauschalen und Zusatzentgelte kalkuliert werden konnten, für die finanziellen Auswirkungen der Verlagerung von Leistungen in andere Versorgungsbereiche, (z.B. vom stationären in den ambulanten Bereich oder in die Integrierte Versorgung), für die mangelnde Berücksichtigung der Auswirkungen der Krankenhausplanung (z. B. zusätzliche Kapazitäten) sowie für das Volumen von neuen Investitionsmaßnahmen nach § 4 Abs. 8 KHEntgG führen zu erheblichen Unsicherheiten in der Ergebnisbewertung.

Kritisch zu hinterfragen bleibt ebenfalls, inwiefern für die Verhandlungspartner in den einzelnen Bundesländern durch die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf geringer Datenbasis (mit Hilfe des InEK) zur Verfügung gestellten Werte für landesspezifische Casemixveränderungen (Katalogwechsel 2004/2005), für die Näherung über bundeseinheitliche Prozentsätze für zusätzliche Erlöse aus Zusatzentgelten 2005, für die Ausbildungsfinanzierung und für die Finanzmittel zur Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen 2003/2004 Verhandlungsvereinfachungen und –sicherheiten erzielt werden können.

Die in einer Übersicht der Begründung zum Referentenentwurf aufgelisteten Beträge zu Budgetvereinbarungen und Casemixvolumina in den einzelnen Bundesländern für 2004 können nicht unerheblich von den vor Ort verhandelten Ergebnissen abweichen. Die wesentliche Frage, auf welchen Datenbestand im Detail zurückgegriffen wurde sowie dessen Aktualität, bleibt weitgehend offen.

Bei der Veranschlagung der Verminderung um einen „Kodiereffekt“ wurden pauschal bundesweit 4 % angesetzt, ohne dass eine detaillierte Angabe zur Art der Ermittlung ersichtlich wird. Eine Prüfung dieses wesentlichen Faktors ist daher kaum möglich. Aus Sicht der Bundesärztekammer kann unter „Kodiereffekt“ nur der Mehrerlös bedingt durch Veränderungen beim Kodierverhalten von Prozeduren und Diagnosen verstanden werden. Bei diesem potentiellen „Upcodingeffekt“ nach § 4 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG sollte ebenfalls berücksichtigt werden, dass durch den frühen Start der DRG-konformen Dokumentation in den Kliniken vor ca. 3 Jahren der aktuelle Steigerungsgrad angesichts einer stetigen, qualitativen Verbesserung der Dokumentation und Kodierung nicht überschätzt werden sollte.

Methodisch problematisch wird darüber hinaus die Beschreibung zur Berechnungsmodalität der Kappungsbeträge eingeschätzt. Das in der Begründung aufgeführte „iterative Verfahren“ wird nur ansatzweise beschrieben. Es kann nicht eindeutig ersehen werden, ob der gewählte Modus im Einklang mit den Vorgaben des § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 steht.

Mit der in § 2 des Referentenentwurfes vorgesehenen Vorgabe eines „pauschalieren“ Verhandlungsverfahrens (sowie eines zugehörigen Berechnungsformulars) mit dem Ziel der Vermeidung von flächendeckenden Neuverhandlungen von Budgets entspricht der Verordnungsgeber der seit Systemeinführung gestellten Forderung der Bundesärztekammer zur Vereinfachung und Entbürokratisierung von Verhandlungsverfahren. Die Regelung wird als weitgehend sachgerecht begrüßt.

Ebenso wird die in § 2 Absatz 2 vorgesehene Eröffnung einer genaueren Ausgleichsberechnung (bei der nächstmöglichen Budgetvereinbarung) für den Fall, dass über die pauschalierte Zuordnung gemäß § 2 Absatz 1 eine wesentliche Abweichung der tatsächlichen Summe der Bewertungsrelationen im jeweiligen Zeitraum von der pauschalierten Zuordnung der Summe der Bewertungsrelationen zu den einzelnen Monaten festgestellt wird, begrüßt. Offen bleibt jedoch, ab wann z. B. von einer „Wesentlichen Abweichung“ ausgegangen werden kann.

Aus Sicht der Bundesärztekammer erscheint es jedoch konsequent, die vorgesehen Modalitäten zum Mehr – bzw. Mindererlösausgleich um zwei Aspekte zu erweitern:

- dem Prinzip einer zeitnahen Lösungsfindung folgend sollte eine angemessene Fristsetzung für das vorgesehene Verfahren integriert werden, um potentiellen Blockaden vorbeugen zu können
- die Mehr- oder Mindererlösausgleiche sollten als „Übergangslösung“ verstanden und daher kenntlich gemacht werden, da nach Festlegung des endgültigen Landesbasisfallwerte und mit den Fehlschätzungsausgleichen 2006 weitere Verhandlungen der Kliniken vor Ort anstehen

Insgesamt wird bei dem vorliegenden Referentenentwurf zwar das Bemühen des Verordnungsgebers zur Unterstützung der schwierigen laufenden Verhandlungen im Sinne einer „technischen“ Hilfestellung begrüßt, nach wie vor kritisch zu hinterfragen bleiben jedoch

A) der Zeitpunkt der Veröffentlichung (insbesondere in den Ländern, in denen Schiedsstellen angerufen oder darüber hinaus Schiedsstellenverhandlungstermine gesetzt wurden)

B) die zugrunde liegenden Datengrundlagen und Berechnungsmodalitäten

Dies gilt um so mehr, als durch die direkt zu erwartenden finanziellen Auswirkungen für die nach dem G-DRG-System abrechnenden Kliniken Konsequenzen bis hin zur Insolvenz drohen können. Hier gilt es in den anstehenden Diskussionen und Verhandlungen insbesondere die Auswirkungen auf die wohnortnahe Versorgung genau zu berücksichtigen, um die aus einer eventuell zu niedrigen Festlegung von Landesbasisfallwerten resultierende Gefährdung der Sicherstellung einer bundesweiten wohnortnahen stationären Versorgung zu vermeiden.

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.

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