

16.09.04

**Empfehlungen
der Ausschüsse**

G - Fz - In - K

zu **Punkt 34** der 803. Sitzung des Bundesrates am 24. September 2004

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG)

Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)**,
der **Finanzausschuss (Fz)**,
der **Ausschuss für Innere Angelegenheiten (In)** und
der **Kulturausschuss (K)**

empfehlen dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

- G 1. Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a (§ 17a Abs. 3 Satz 5 KHG)

In Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a ist § 17a Abs. 3 Satz 5 wie folgt zu ändern:

...

(noch Ziffer 1)

- a) Das Wort "landesweit" ist zu streichen.
- b) Nach dem Wort "Richtwerte" sind die Wörter "nach Absatz 2" einzufügen.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung. Die Richtwerte nach § 17a Abs. 2 sind für das Bundesgebiet oder für einzelne Regionen ausgelegt. Die Region muss sich nicht notwendig mit den Ländergrenzen decken.

G 2. Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a (§ 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 KHG)

In Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a sind in § 17a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 die Wörter "der Europäischen Zentralbank" durch die Wörter "nach § 247 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung. Der Basiszinssatz des § 247 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch fußt auf dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank, allerdings beträgt seine Laufzeit jeweils ein Halbjahr. Die längere Laufzeit erleichtert die Abrechnung.

Fz 3. Zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a (§ 17a Abs. 9 KHG)

In Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a ist in § 17a dem Absatz 9 folgender Satz anzufügen:

"Die Kosten des Verwaltungsaufwands zur Durchführung des finanziellen Ausgleichs sind Bestandteil des krankenhausindividuellen Zuschlags."

Begründung:

Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe a sieht in § 17a Abs. 9 die Vorgabe eines finanziellen Ausgleichs zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern durch Rechtsverordnungen der Landesregierungen für den Fall vor, dass ein Ausgleichsfonds nicht gebildet wird. Mit der Ergänzung soll sichergestellt werden, dass die mit der Durchführung des Ausgleichsverfahrens beauftragte Stelle ihre hieraus erwachsenden Kosten erstattet bekommt.

Fz 4. Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe d und Nr. 5 - neu - (§ 17b Abs. 6 Satz 4 und § 18
K Abs. 3 Satz 3 KHG)*

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 9
und 10)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

a) In Nummer 4 ist Buchstabe d wie folgt zu fassen:

'd) Absatz 6 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

* Es besteht ein Konzeptionszusammenhang zwischen den Ziffern 4 bis 8.

(noch Ziffer 4)

"Das Erlösbudget des Krankenhauses wird nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes an einen Zielwert angeglichen." '

b) Nach Nummer 4 ist folgende Nummer 5 anzufügen:

'5. In § 18 Abs. 3 Satz 3 werden nach den Wörtern "Absatz 2" der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

"soweit die Vorschriften aufgrund des Krankenhausentgeltgesetzes keinen anderen krankenhausesübergreifenden Basisfallwert für das Krankenhaus vorsehen." '

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die definitive Anpassung des Erlösbudgets durch das bisherige Fallpauschalengesetz muss durch nähere Bestimmungen im Krankenhausentgeltgesetz flexibler gestaltet werden (Öffnung von Konvergenz und Änderung der Zielwerte).

Die geltende Fassung von § 17b Abs. 6 Satz 4 KHG verlangt eine Angleichung des Erlösbudgets in drei gleichen Schritten in drei Jahren (2005 – 2007) und legt für die Berechnung des Zielwerts einen krankenhausesübergreifenden Basisfallwert zugrunde, der sich in Verbindung mit Absatz 3 Satz 5 und § 18 Abs. 3 Satz 3 als landesweiter Basisfallwert erweist. Näheres hierzu regelt das Krankenhausentgeltgesetz. Der Regierungsentwurf behält den grundlegenden Inhalt von Absatz 6 Satz 4 bei, verlängert jedoch - bei einer Abflachung des Einstiegswinkels - die Angleichungsphase um ein Jahr (2005 – 2008).

Die vorgeschlagene Änderung sieht dagegen keine vollständige Angleichung des Erlösbudgets an den Zielwert im dritten oder vierten Angleichungsjahr vor, sondern überlässt es dem Krankenhausentgeltgesetz oder den aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsvorschriften, die Bemessungsgrundlagen für den Zielwert zu bestimmen.

(noch Ziffer 4)

Bestimmend hierfür ist, dass das Fallpauschalensystem bei weitem noch nicht den Reifegrad erreicht hat, der es erlauben würde, schon zum jetzigen Zeitpunkt abschließend eine vollständige Angleichung an einen Zielwert festzulegen. Die bisher vorgesehene Frist sollte deshalb entfallen. Nähere Bestimmungen hierzu trifft das Krankenhausentgeltgesetz.

Darüber hinaus bemisst der Änderungsvorschlag zum Regierungsentwurf den Zielwert für das Erlösbudget nicht mehr allein mit dem Landesbasisfallwert. Es ist für eine leistungsgerechte Vergütung zweckmäßig, auch andere krankenhaushausübergreifende Basisfallwerte zur Berechnung des Zielwertes zuzulassen. Es bleibt aber dabei, dass der Zielwert zum Maßstab für das leistungsgerechte Erlösbudget erhoben wird. Durch die Abkehr von der Fixierung auf den landesweiten Basisfallwert entsteht mehr Flexibilität bei der Entwicklung des leistungsgerechten Entgeltsystems. Ähnliches gilt für den Wegfall der Angleichungsfristen.

Zu Buchstabe b:

Folgeänderung zur Änderung von §17b Abs. 6 Satz 4 KHG.

Die in § 17b Abs. 6 Satz 4 KHG vorgenommene Änderung hat unmittelbar Auswirkungen auf die Höhe der Fallpauschalen eines Krankenhauses. Bisher überträgt § 18 Abs. 3 Satz 3 KHG den Beteiligten auf der Landesebene (Krankenhausgesellschaften, Krankenkassen/-verbänden) durch Vereinbarung eines Landesbasisfallwerts die Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen. Für den Fall, dass andere krankenhaushausübergreifende Basisfallwerte auf Grund des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart oder erlassen sind, entfällt die Zuständigkeit der Beteiligten auf Landesebene.

Fz
K 5. Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe b (§ 4 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG)*

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 9
und 10)

In Artikel 2 Nr. 2 ist Buchstabe b wie folgt zu fassen:

'b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

"Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005 bis 2007 wird ein Angleichungsbetrag ermittelt, der das Erlösbudget des Krankenhauses (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1) näher an einen Zielwert heranführt." '

Begründung:

Die Angleichung sollte zunächst auf die Jahre 2005 - 2007 begrenzt und für die Folgejahre offen gestaltet werden.

Die Krankenhäuser können seit dem 1. Januar 2003 Erfahrungen mit dem pauschalierten Entgeltsystem sammeln. Die nach den Fallpauschalenverordnungen erlassenen Entgeltkataloge der Jahre 2003/2004 führen zu krankenhausespezifischen Basisfallwerten und erlauben eine Bewertung darüber, ob und inwieweit es gelungen ist, alle Krankenhausleistungen sachgerecht abzubilden. Ferner ist eine Vorausschau über die drohenden Erlöseinbußen der nächsten Jahre möglich geworden.

Die Konsequenzen des Regierungsentwurfs, der eine vollständige Angleichung des Erlösbudgets an den Zielwert im vierten Angleichungsjahr vorsieht, laufen für die Universitätsklinik auf eine existenzbedrohende Erlösminderung hinaus. Mittlerweile zeigen Erhebungen zum Basisfallwert für viele andere Krankenhäuser der Maximalversorgung, dass dort ebenfalls mit erheblichen Erlöseinbußen zu rechnen ist. Die Gründe dafür liegen insbesondere in den nachfolgenden sechs Teilkomponenten, die noch nicht angemessen vom Fallpauschalensystem erfasst und bewertet sind:

* Es besteht ein Konzeptionszusammenhang zwischen den Ziffern 4 bis 8.

(noch Ziffer 5)

- Intensiv- und Notfallmedizin,
- Fälle mit außergewöhnlich langen Liegezeiten und besonders aufwändigem Behandlungsbedarf,
- teure Leistungen in der Spitzenversorgung, etwa onkologische Behandlungen,
- hoch spezialisierte Leistungen, die verstärkt jüngere internationale Erfahrungen berücksichtigen müssen,
- besonders aufwändige schwere Operationen, darunter auch Transplantationen,
- ärztliche Weiterbildung.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass die genannten Einflussfaktoren und die dazugehörigen Vorhaltungskosten mittels eines Fallpauschalensystems nur schwer oder gar nicht angemessen zu finanzieren sind. Es ist insoweit auch in Deutschland erst nach einigen Jahren Erfahrung mit einem pauschalen Vergütungssystem entscheidbar, ob eine Übereinstimmung von Zielwert und Erlösbudget allein durch eine Vergütung über Fallpauschalen durch eine Rechtsvorschrift herbeigeführt werden soll. Die gegenwärtig vorhersehbaren Erlösminderungen bei den großen Krankenhäusern (und die spiegelbildlich entstehenden Erlöszuwächse bei den kleinen und mittleren Krankenhäusern) zwingen dazu, solche Erfahrungen erst noch zu sammeln. Dabei bleibt es trotzdem möglich, in den kommenden drei Jahren erste, aber zugleich maßvolle Konsequenzen aus dem Fallpauschalensystem zu ziehen.

Der Vorschlag schreibt daher nicht mehr vor, das Erlösbudget innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes an den Zielwert nach Absatz 5 des Krankentgeltgesetzes in der Fassung des Regierungsentwurfs anzugleichen; vielmehr strebt er - auch aufgrund der Erfahrungen im Ausland - an, vertretbare Angleichungsbeträge zu kalkulieren, die das Erlösbudget zwar an einen Zielwert in den Jahren 2005 bis 2007 heranführen, aber für das Erlösbudget des Jahres 2008 als krankenhausesindividuellen Basisfallwert nicht den (einheitlichen) landesweiten Basisfallwert zugrunde legen. Auf diese Weise können existenzbedrohende Erlöseinbußen im Zuge des Angleichungszeitraumes vermieden werden. In der Änderung zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g des Regierungsentwurfs (§ 4 Abs. 6) sind daher Angleichungsschritte vorgesehen, die das Erlösbudget des Krankenhauses an den Zielwert heranführen, ohne dass dieser Zielwert erreicht wird. (Die Änderung in Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe j (§ 4 Abs. 12) enthält eine Ermächtigung zum Erlass von Rechtsvorschriften für den Zeitraum ab 2008.)

Näheres ist in Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g (§ 4 Abs. 6) bestimmt.

Fz
K 6. Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g (§ 4 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 bis 3 KHEntgG)*

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 9
und 10)

In Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g sind in § 4 Abs. 6 Satz 1 die Nummern 1 bis 3 wie folgt zu fassen:

- "1. 10 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 11,1 vom Hundert im Jahr 2006 und
3. 12,5 vom Hundert im Jahr 2007"

Begründung:

Die Konvergenzschritte sind von 15/30/50 vom Hundert auf 10/11,1/12,5 vom Hundert zu reduzieren. Der Regierungsentwurf gibt im Vergleich zur geltenden Fassung des Krankenhausentgeltgesetzes neue Schrittfolgen für die Angleichung des Erlösbudgets an den Zielwert vor. Danach ist im vierten Jahr die Angleichungsphase abgeschlossen und der landesweite Basisfallwert bestimmt die Höhe der Fallpauschalen einheitlich für alle Krankenhäuser im Land. Im Hinblick auf die mangelnde Reife des Fallpauschalensystems sind die das Krankenhaus belastenden Angleichungsbeträge maßvoller zu gestalten. Erst müssen die weiterentwickelten Entgeltkataloge in tatsächlich verbesserten Versionen vorliegen und ausgewertet sein, bevor über so einschneidende Konsequenzen, wie sie der Regierungsentwurf ziehen will, entschieden werden kann.

Es ist also geboten, die in Absatz 6 bestimmten Vomhundertsätze wie folgt herabzusetzen:

Jahr	Bezogen auf den Ausgangswert 2005	Bezogen auf das Vorjahres-Erlösbudget
2005	10 vom Hundert	10 vom Hundert
2006	10 vom Hundert	11,1 vom Hundert
2007	10 vom Hundert	12,5 vom Hundert

* Es besteht ein Konzeptionszusammenhang zwischen den Ziffern 4 bis 8.

(noch Ziffer 6)

Die oben stehende Umrechnungstabelle bezieht die Angleichungsschritte in der zweiten Spalte auf den Ausgangswert des Jahres 2005, während die dritte Spalte diesen Prozentsatz auf das Vorjahres-Erlösbudget umrechnet. Diese umgerechneten Werte ersetzen die Angaben in Absatz 6.

Fz 7. Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe j (§ 4 Abs. 12 KHEntgG) *
K

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 9
und 10)

In Artikel 2 Nr. 2 ist Buchstabe j wie folgt zu fassen:

j) Absatz 12 wird wie folgt gefasst:

"(12) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für den Zeitraum ab dem Jahr 2008 Vorschriften zu erlassen über

1. eine weitere stufenweise Angleichung des Erlösbudgets des Krankenhauses an einen Zielwert,
2. die Anwendung des nach § 10 gebildeten Basisfallwerts zur Ermittlung des Zielwerts,
3. die Anwendung und Bildung von speziellen krankenhausesübergreifenden Basisfallwerten zur Berechnung von Zielwerten
 - a) für bestimmte Krankenhaustypen,
 - b) für nach Gruppen gegliederte Fallpauschalen,
4. die Vereinbarung des Erlösbudgets des Krankenhauses unter Fortführung und angemessenerer Weiterentwicklung der Vorgaben nach § 4." "

* Es besteht ein Konzeptionszusammenhang zwischen den Ziffern 4 bis 8.

(noch Ziffer 7)

Begründung:

Die Vergütung der Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten auf Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRGs) führt mit den dazugehörigen Regeln zu einem komplexen Abrechnungssystem, das einer gründlichen Systempflege und einer dauerhaften Bearbeitung bedarf. Dieser Aufgabe widmet sich vor allem auch das DRG-Institut, das jährlich viele Millionen verschlüsselte Datensätze auswertet und im Rahmen der Kostenkalkulation von Jahr zu Jahr zusätzliche Erkenntnisse über Machbarkeit und Grenzen einer Fallpauschalenvergütung gewinnt. Um die jährlich anfallenden neuen Erkenntnisse angemessen in die Angleichung von Krankenhausbudgets einfließen zu lassen, ist mehr Flexibilität bei der Festlegung von Basisfallwerten, den Angleichungsschritten und der Vereinbarung von Erlösbudgets erforderlich.

Hierzu bietet sich der Erlass von Rechtsverordnungen an. Die Vergütung der Krankenhausleistungen und insbesondere auch verordnete Angleichungen von Erlösbudgets beeinflussen das Leistungsangebot der Krankenhäuser erheblich und wirken insoweit unmittelbar auf die krankenhauplanerischen Entscheidungen des Landes ein. Deshalb ist eine Zustimmungspflicht des Bundesrates beim Erlass von Rechtsverordnungen vorzusehen.

Die Nummer 1 ermächtigt den Verordnungsgeber, weitere Angleichungsschritte an einen Zielwert zu bestimmen. Dabei besteht die Möglichkeit, die Fortschritte bei der Entwicklung des Fallpauschalensystems zu berücksichtigen. Ferner kann negativen Auswirkungen auf die Versorgung entgegengewirkt werden.

Nach Nummer 2 kann die Anwendung des landesweiten Basisfallwerts zur Ermittlung des Zielwerts aufgehoben oder eingeschränkt und ganz oder teilweise durch andere krankenhausergreifende Basisfallwerte ersetzt werden.

Die Nummer 3 ermöglicht die Einführung von Basisfallwerten für bestimmte Krankentypen oder für bestimmte Gruppen von Fallpauschalen.

Die Nummer 4 ermächtigt ab dem Jahr 2008 den Verordnungsgeber, die Regeln zur Vereinbarung des Erlösbudgets - so wie in § 4 vorgeschrieben - fortzuführen und weiterzuentwickeln.

Fz
K

8. Zu Artikel 2 Nr. 4 (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG) *

(bei
Annahme
entfällt
Ziffer 9
und 10)

In Artikel 2 ist Nummer 4 wie folgt zu fassen:

- '4. In § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird nach den Wörtern "in den Jahren" das Wort "ab" eingefügt und die Angabe "und 2006" gestrichen."

Begründung:

Es muss auf Dauer die Möglichkeit erhalten bleiben, besondere Leistungen und besondere Einrichtungen anders zu vergüten als nach den bundesweiten Entgeltkatalogen für Fallpauschalen und Zusatzentgelte. Es wird noch Jahre dauern, bevor wirklich beurteilt werden kann, ob ein ausgereiftes Fallpauschalensystem auch ohne diese Vorschrift auskommt.

Die geltende gesetzliche Regelung schließt die geforderte Möglichkeit ab dem Jahr 2007 aus, der Regierungsentwurf ab 2008.

* Es besteht ein Konzeptionszusammenhang zwischen den Ziffern 4 bis 8.

- G 9. Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe d (§ 17b Abs. 6 Satz 4 KHG),
 (bei Annahme entfällt Ziffer 10)
 (entfällt bei Annahme von Ziffer 4 bis 8)
- Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe a (§ 4 Überschrift),
Buchstabe b (§ 4 Abs. 1 Satz 1),
Buchstabe d Doppelbuchstabe dd (§ 4 Abs. 3 Satz 2),
Buchstabe e (§ 4 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1, 2, 3, 4 - neu -),
Buchstabe f (§ 4 Abs. 5 Satz 1),
Buchstabe g (§ 4 Abs. 6, Satz 1 Nr. 1, 2, 3, 4 - neu -),
Buchstabe h (§ 4 Abs. 7 Satz 1),
Buchstabe j (§ 4 Abs. 12 Satz 1),
Buchstabe k (§ 4 Abs. 14, Satz 1),
Nr. 4 (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2),
Nr. 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa (§ 10 Abs. 7 Satz 1),
Nr. 9 Buchstabe b (§ 21 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG)

a) In Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe d ist in § 17b Abs. 6 Satz 4 die Angabe "2008" durch die Angabe "2009" zu ersetzen.

b) Artikel 2 Nr. 2 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Buchstabe a ist in der Überschrift des § 4 die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.

bb) In Buchstabe b ist in § 4 Abs. 1 Satz 1 die Angabe "2008" durch die Angabe "2009" zu ersetzen.

cc) In Buchstabe d Doppelbuchstabe dd sind in § 4 Abs. 3 Satz 2 die Wörter "das Jahr 2007 ist das Erlösbudget des Vorjahres;" durch die Wörter "die Jahre 2007 und 2008 ist das Erlösbudget des entsprechenden Vorjahres;" zu ersetzen.

(noch Ziffer 9)

dd) In Buchstabe e ist § 4 Abs. 4 Satz 2 wie folgt zu ändern:

aaa) Die Nummern 1 bis 3 sind wie folgt zu fassen:

- "1. 25 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 45 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 65 vom Hundert im Jahr 2007 und"

bbb) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer anzufügen:

- "4. 85 vom Hundert im Jahr 2008;"

ee) In Buchstabe f ist in § 4 Abs. 5 Satz 1 die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.

ff) In Buchstabe g ist § 4 Abs. 6 wie folgt zu ändern:

aaa) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

aaaa) Die Angabe "bis 2007" ist durch die Angabe "bis 2008" zu ersetzen.

bbbb) Die Nummern 1 bis 3 sind wie folgt zu fassen:

- "1. 10 vom Hundert im Jahr 2005,
2. 30 vom Hundert im Jahr 2006,
3. 50 vom Hundert im Jahr 2007 und"

(noch Ziffer 9)

- cccc) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer anzufügen:
"4. 75 vom Hundert im Jahr 2008".
- bbb) In Satz 2 ist die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.
- gg) In Buchstabe h ist in § 4 Abs. 7 Satz 1 die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.
- hh) In Buchstabe j ist in § 4 Abs. 12 Satz 1 die Angabe "2008" durch die Angabe "2009" zu ersetzen.
- ii) In Buchstabe k ist in § 4 Abs. 14 Satz 1 die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.
- c) In Artikel 2 Nr. 4 ist in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.
- d) In Artikel 2 Nr. 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist in § 10 Abs. 7 Satz 1 die Angabe "2008" durch die Angabe "2009" zu ersetzen.
- e) In Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe b ist in § 21 Abs. 5 Satz 3 die Angabe "2007" durch die Angabe "2008" zu ersetzen.

Begründung:

Eine Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr reicht nicht aus, um die möglichen fehlsteuernden Wirkungen eines noch nicht optimal an die Leistungsstrukturen angepassten Fallpauschalensystems hinreichend abzufedern. Das deutsche Fallpauschalensystem braucht noch Zeit zur weiteren Entwicklung. Es wird daher eine Verlängerung der Konvergenzphase um zwei

(noch Ziffer 9)

Jahre als notwendig erachtet. Als Folge einer solchen Verlängerung werden auch die einzelnen jährlichen Anpassungsschritte für die Krankenhausbudgets - wie im Änderungsantrag vorgesehen - weiter verkleinert.

In 10. Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe d (§ 17b Abs. 6 Satz 4 und 5 - neu - KHG)

(entfällt
bei
Annahme
von Ziffer
4 bis 8
oder 9)

In Artikel 1 Nr. 4 ist Buchstabe d wie folgt zu fassen:

'd) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 4 wird die Angabe "2005, 2006 und 2007" durch die Angabe " 2005 bis 2009" ersetzt.
- b) Folgender Satz 5 wird angefügt: "Die Anpassung des krankenhausesindividuellen an den krankenhausesübergreifend festgelegten Basisfallwert erfolgt dabei - bezogen auf das Ausgangsjahr - im Jahr 2005 um 10 vom Hundert, im Jahr 2006 und 2007 um jeweils 20 vom Hundert und in den Jahren 2008 und 2009 um jeweils 25 vom Hundert." '

Begründung:

Wie sich in den Jahren 2003 und 2004 gezeigt hat, ist die budgetneutrale Einführung des DRG-Systems zwar bislang plangemäß verlaufen, jedoch haben sich im Laufe der Zeit viele tiefgreifende Probleme gezeigt, deren Lösung Zeit und eine ausreichende Datenbasis erfordern.

(noch Ziffer 10)

Im Hinblick darauf, dass im Jahr 2005 der Beginn der Konvergenzphase – also eine erste Scharfschaltung des Systems – vorgesehen ist, ist die Verlängerung der Konvergenzphase dringend nötig, um die Auswirkungen der bislang noch bestehenden Unzulänglichkeiten des Systems abzumildern.

Eine Verlängerung der Konvergenzphase um nur ein Jahr erscheint jedoch nicht ausreichend, um dieses Ziel zu erreichen. Die Konvergenzphase sollte daher, wie auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft gefordert, um mindestens zwei Jahre gestreckt werden. Insbesondere die mit der Verlängerung einhergehende Abflachung des Einstiegs winkels ist bei Fehlkalkulationen innerhalb der Fallpauschalen notwendig, um ein unkoordiniertes Wegbrechen von wichtigen Leistungsangeboten insbesondere im Bereich der Hochleistungsmedizin zu verhindern.

G 11. Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe e (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 - neu - KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe e ist § 4 Abs. 4 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 ist der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma zu ersetzen.
- b) Nach Nummer 2 ist folgende Nummer anzufügen:

"3. Erhöhung um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

(noch Ziffer 11)

Begründung:

Bei der nunmehr vorgesehenen Gesetzeslage soll das berichtigte Erlösbudget nach Vorgaben des § 4 Abs. 2 bzw. Abs. 3 KHEntgG angepasst und anschließend an den Zielwert angeglichen werden. Eine Erhöhung des Erlösbudgets um die jeweilige Veränderungsrate ist dabei auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses nicht mehr vorgesehen, da dieses bei der Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes nach § 10 KHEntgG umgesetzt wird. Damit wird die Veränderungsrate im Jahr 2005 zu 15 Prozent über den Zielwert (landesweiter Basisfallwert) berücksichtigt. 85 Prozent der bei Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V berechtigten Budgetanpassung werden automatisch dem System entzogen. Daher wird gefordert, eine gesetzliche Anpassung dahin gehend vorzunehmen, dass vor der Ermittlung des Ausgangswertes nach § 4 Abs. 2 (2005) bzw. Abs. 3 (2006) KHEntgG das Erlösbudget des Vorjahres um die Veränderungsrate zu erhöhen ist.

- Fz
K 12. Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g und Nr. 7 Buchstabe a1 - neu - (§ 4 Abs. 6 Satz 3 - neu - und § 10 Abs. 3 Nr. 6 - neu - KHEntgG)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 Buchstabe g ist dem § 4 Abs. 6 folgender Satz 3 anzufügen:
- "Der Absolutwert eines mit negativem Vorzeichen addierten Angleichungsbetrages darf 1,0 vom Hundert des für das Jahr 2005 nach Absatz 2 festgelegten Ausgangswertes nicht überschreiten (Kappungsgrenze); die Veränderung des Angleichungsbetrags aufgrund der voraussichtlichen Leistungsänderungen nach Absatz 4 bleibt unberührt."

(noch Ziffer 12)

b) In Nummer 7 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe einzufügen:

'a1) Dem Absatz 3 wird folgende Nummer angefügt:

"6. die veränderte Ausgabenentwicklung aufgrund der Kappungsgrenze für den Angleichungsbetrag in § 4 Abs. 6 Satz 3." '

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Es ist eine Kappungsgrenze von jährlich 1 vom Hundert des Ausgangsbudgets festzulegen.

Der angefügte Satz 3 dient dazu, die für manche Krankenhäuser mit der DRG-Einführung verbundenen Erlöseinbußen zu begrenzen. Dies ist vor allem deswegen angezeigt, weil sich das System in einer Entwicklungsphase befindet, in der die Umverteilungswirkungen zumindest teilweise darauf basieren, dass nicht alle Leistungen adäquat erfasst und vergütet werden. Es ist auch im Sinne der Reformziele zu vermeiden, dass in diesem Stadium Verwerfungen ausgelöst werden, die die Leistungsfähigkeit von Einrichtungen bedrohen und die selbst dann kaum noch reversibel sind, wenn sich der Reifegrad des Fallpauschalensystems in den Folgejahren erhöht.

Dass ohne eine Änderung - wie vorgeschlagen - derartige Verwerfungen speziell im Bereich der Maximalversorgung tatsächlich drohen, ergibt sich aus Erkenntnissen über die Streuung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte: Bei einem möglichen mittleren Landesbasisfallwert in Höhe von 2 700 Euro ist gegenwärtig zu erwarten, dass vor allem große Krankenhäuser und Universitätsklinika einen Basisfallwert zwischen 3 100 und 3 600 Euro aufweisen. Auch noch höhere Basisfallwerte sind nicht auszuschließen. Der Regierungsentwurf schließt die Angleichung im vierten Jahr ab und verzichtet auf eine Kappungsgrenze.

(noch Ziffer 12)

Dies hätte - beispielhaft - für ein großes Klinikum mit einem Ausgangsbasisfallwert von 3 300 Euro und 60 000 effektiven Bewertungsrelationen bei einem angenommenen Landesbasisfallwert von 2 700 Euro gravierende Erlöseinbußen zur Folge: Im ersten Jahr würden sich diese auf 5,4 Mio. Euro, im zweiten auf zusätzlich 9 Mio. Euro, im dritten und vierten Jahr auf jeweils zusätzlich 10,8 Mio. Euro belaufen. Das Erlösbudget wäre damit im vierten Jahr um 36 Mio. Euro oder rund 18 vom Hundert geringer als zu Beginn der Angleichungsphase.

Da der überwiegende Teil der Einsparungen durch Personalabbau zu erbringen ist, wären bei einem solchen Klinikum innerhalb von vier Jahren rund 500 Stellen abzubauen. Bundesweit entspräche das allein für die 34 Universitätsklinika einem Abbau von mehr als 15 000 Stellen.

Ein derart massiver Eingriff in die Ressourcen der Universitätsklinika gelingt nicht ohne Reduzierung der Menge und der Qualität der Leistungen gerade in den schwierigen und aufwändigen Fällen, in denen die Patienten auf die Einrichtungen der Hochleistungsmedizin angewiesen sind. Die Sicherstellung der Krankenversorgung wäre dann nicht mehr gewährleistet. Die Länder können Defizite der Universitätsklinika in Höhe von mehreren hundert Millionen Euro keinesfalls aus den Landeshaushalten decken. Angesichts eines solchen Szenarios ist die Festlegung einer Kappungsgrenze für Erlösminderungen dringend geboten.

Die Festlegung des erlösmindernden Angleichungsbetrages auf die beschriebene Kappungsgrenze würde bewirken, dass das im Beispiel erwähnte Klinikum jährlich rund 2 Mio. Euro gegenüber dem jeweiligen Vorjahr einzusparen hätte. In der Laufzeit der Angleichung entsprechend dem Gesetzentwurf (2005 bis 2008) würde dieses Verfahren das Erlösbudget um 8 Mio. Euro vermindern. Schon ein solcher Rückgang setzt die Krankenhäuser unter einen erheblichen Anpassungsdruck. Im Übrigen gilt: Wenn es tatsächlich rasch gelingt, eine adäquate Erfassung und Vergütung aller Leistungen im DRG-System zu gewährleisten, wird die Kappungsgrenze ihre Wirkung von selbst verlieren. Sie stellt also eine gezielte Sicherheitsvorkehrung gegen unerwünschte Folgen des Systemwechsels dar.

(noch Ziffer 12)

Die absolute Höhe der Kappungsgrenze für den jeweiligen Angleichungsbetrag wird mit dem Ausgangswert des Jahres 2005 als Bemessungsgrundlage auch schon für die Folgejahre festgelegt. Dies vereinfacht die Berechnungen und verbessert die Planungssicherheit. Veränderungen der Angleichungsbeträge zwischen dem Erlösbudget (d. h. dem veränderten Ausgangswert) und dem Zielwert, die auf voraussichtliche Leistungsänderungen zurückzuführen sind, sind von der Begrenzung des negativen Angleichungsbetrages auszunehmen, um Fehlanreize zu vermeiden. Damit sind auch Erlöseinbußen wegen voraussichtlicher Minderleistungen nicht durch die Kappungsgrenze geschützt.

Die durch die Kappung nicht mehr dem Angleichungsmechanismus zur Verfügung stehenden Beträge sind bei der Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes zu berücksichtigen. Entsprechend ist § 10 Krankenhausentgeltgesetz anzupassen.

Zu Buchstabe b:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 4 Abs. 6 Satz 3.

Die jährliche Begrenzung des negativen Angleichungsbetrags nach § 4 Abs. 6 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz mindert das für positive Angleichungsbeträge zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen der Krankenkassen. Der landesweit geltende Basisfallwert ist entsprechend dieser Minderung anzupassen.

G 13. Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe a0^{*} - neu - (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 9 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe voranzustellen:

'a0) Dem Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe b werden die Wörter "bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrages gemäß § 8 Abs. 1 Satz 4 zusätzlich Kennzeichen des entlassenden Standortes," angefügt.'

* Bei Annahme von Ziffer 13 und 14 erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

(noch Ziffer 13)

Begründung:

Es gibt zunehmend Krankenhäuser und Hochschulkliniken, deren Kapazitäten auf verschiedene Standorte verteilt sind und die unterschiedlichen krankenhauplanerischen Versorgungsregionen angehören können. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Tendenz fortsetzen wird, da auch in Folge des DRG-Vergütungssystems der Konzentrationsprozess im Krankenhausbereich weiter voranschreitet und es vermehrt zu Fusionen von Krankenhäusern kommt.

Um die regionale Versorgung sicherstellen zu können, ist eine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrages notwendig. Zu diesem Zweck wird für die Krankenhausplanung und für Investitionsentscheidungen eine standortbezogene Abbildung des Leistungsgeschehens benötigt. Die Ergänzung des Institutionskennzeichens um ein Kennzeichen des Standortes ermöglicht dies. Die Differenzierung eines Krankenhauses nach Standorten ergibt sich dabei aus dem Krankenhausplan bzw. den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG.

- G 14. Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe a0^{*} - neu - (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 9 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe voranzustellen:

'a0) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe d werden die Wörter "um die letzten zwei Ziffern verkürzte" gestrichen.'

* Bei Annahme von Ziffer 13 und 14 erfolgt eine redaktionelle Anpassung.

(noch Ziffer 14)

Begründung:

§ 21 KHEntG regelt auch die Übermittlung und Nutzung der DRG-Daten für Zwecke der Krankenhausplanung an die Landesbehörden. Die bisher vorgeschriebene Kürzung der Postleitzahl des Patientenwohnortes um die letzten zwei Ziffern vermindert die Aussage- und Auswertungsmöglichkeiten der DRG-Daten für die Länder erheblich. Eine eindeutige und statistisch akzeptable Zuordnung der Patientenwohnorte nach Landkreisen wie auch nach Ländern ist nicht möglich.

Eine Analyse der Verwertbarkeit von Postleitzahlen für mehrere Länder belegt, dass ausschließlich die vollständige Übertragung der Postleitzahlen zu für Planungszwecke der Länder nutzbaren Ergebnissen führt. Auch die Vergleichbarkeit der Krankenhausdaten mit regional- und länderbezogenen Auswertungen, insbesondere aus der Krankenhausstatistik-Verordnung, ist nur auf der Grundlage von Patientendaten mit der vollständigen Postleitzahl sinnvoll herzustellen.

G 15. Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe a1 - neu - (§ 21 Abs. 3 Nr. 3 KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 9 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe einzufügen:

'a1) In Absatz 3 Nr. 3 werden nach dem Wort "Landesbehörden" die Wörter "in einer mit den Ländern abgestimmten Datenbank mit Einlese- und Auswertungsfunktionen" eingefügt.'

Begründung:

Die Daten nach § 21 KHEntgG stellen in Zukunft eine unverzichtbare Datengrundlage für die Krankenhausplanung der Länder dar. In der bisher übermittelten Form sind die Daten jedoch nur mit einem erheblichen zusätzlichen Programmieraufwand durch Fachkräfte nutzbar. Um den Ländern zeitnahe, einheitliche und vergleichbare Auswertungen zu ermöglichen, sollten die Daten den Ländern in einer Datenbank aufbereitet und ergänzt um die erforderlichen Kataloge (ICD10, OPS-Katalog, Fallpauschalenkatalog) zur Verfügung gestellt werden.