



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

**Vorläufige Stellungnahme der  
Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für  
Gesundheit und Soziale Sicherung vom 28. Mai 2004**

**für ein**

**„Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften  
zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser  
und zur Änderung anderer Vorschriften  
(2. Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)“**

**Düsseldorf / Berlin, den 24. Juni 2004**

## Präambel

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt grundsätzlich die Entscheidung des BMGS, die bisherigen Regelungen zur Konvergenzphase anzupassen. Die in dem vorgelegten Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung des Anpassungszeitraums um lediglich ein Jahr und die Absenkung des Einstiegswinkels im Startjahr 2005 auf 15 vom Hundert sind jedoch weder dem Reifegrad des Systems noch den mit der Konvergenzphase verbundenen strukturellen Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft angemessen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert

- eine Verlängerung der Konvergenzphase bis 2009,
- ein Absenken des Einstiegswinkels auf 10 Prozent in 2005,
- vier weitere Konvergenzschritte von 20, 20, 25 und 25 Prozent in den Folgejahren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft betont an dieser Stelle ausdrücklich, dass die Einführung des G-DRG-Systems, explizit der Beginn der Konvergenzphase im Jahre 2005, von den Krankenhäusern nicht in Frage gestellt wird. Allerdings soll in Deutschland das G-DRG-System als Preissystem für Krankenhausleistungen entwickelt werden. An ein Preissystem müssen hohe Anforderungen gestellt werden, damit die politisch gewollte Grundlage für eine stärker wettbewerblich orientierte Steuerung der Krankenhausversorgung auch sach- und versorgungsgerecht ist. Dies erfordert einen ausreichenden Reifegrad des G-DRG-Systems, mit dem sich die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser und damit auf die Versorgung der Bevölkerung rechtfertigen lässt. Dies erfordert auch ausreichend Zeit, damit die Krankenhäuser ihre Kosten- und Leistungsstrukturen an die neuen Rahmenbedingungen anpassen können.

Die Leistungsstrukturen der Krankenhäuser werden infolge des G-DRG-Systems gravierende Änderungen erfahren. Strukturveränderungen durch Instrumente des Wettbewerbs sind erklärter politischer Wille. Ziel ist eine Verbesserung von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Unter diesem Gesichtspunkt korreliert die Einführung eines neuen Vergütungssystems auch mit den durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) geschaffenen Möglichkeiten neuer Versorgungsformen für Krankenhäuser. Ein diagnose-orientiertes Fallpauschalensystem erfordert eine ganzheitliche Fallbetrachtung. Eine künstliche Trennung der Behandlung in ambulant, vor-, voll- und nachstationär ist einem solchen System fremd. Insbesondere mit der im GMG vorgesehenen weitergehenden Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen sind daher notwendige Instrumente geschaffen worden, um einer ganzheitlichen Fallbetrachtung auch strukturell Rechnung tragen zu können.

In der Realität zeigt sich allerdings deutlich, dass die Umsetzung der GMG-Regelungen blockiert werden:

Krankenkassen sind nicht bereit, Verträge mit Krankenhäusern über Leistungen nach § 116b Abs. 2 ff. SGB V (hochspezialisierte ambulante Leistungen sowie ambulante Behandlung von Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf) abzuschließen.

Nach Auffassung des BMGS soll allein der Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrages nach § 140a ff. SGB V ein Krankenhaus nicht zur Erbringung ambulanter Leistungen berechtigen können. Vielmehr setze die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser in der integrierten Versorgung voraus, dass auch ein ambulant zugelassener Leistungserbringer Vertragspartner ist. Unter dieser Voraussetzung dürften dann die Vertragspartner vereinbaren, dass beispielsweise das teilnehmende Krankenhaus solche Leistungen ambulant erbringt, die in den Zuständigkeitsbereich des teilnehmenden Vertragsarztes fallen würden. Es bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Ausführungen, dass eine solche „Strohmann“-Konstruktion in der Praxis nicht realisierbar und zudem nicht geeignet ist, um die sektorale Trennung der Versorgungsbereiche zu überwinden.

Bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V durch ein Krankenhaus wird die erforderliche Zulassung durch den Zulassungsausschuss als Blockadeinstrument mißbraucht.

Der politisch gewollte Leistungswettbewerb zur Überwindung der sektoralen Trennung in Deutschland wird dadurch weitgehend verhindert.

Es ist allerdings nicht im Sinne der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den notwendige Anpassungsbedarf beim DRG-System durch einen Änderungsbedarf der GMG-Regelungen verzögern zu wollen. Schlüssige Lösungsvorschläge zu der dargelegten Umsetzungsproblematik der GMG-Regelungen wird die Deutsche Krankenhausgesellschaft daher parallel und unabhängig von dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren eines 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes vorlegen.

## **A. Allgemeiner Teil**

### **Richtwerte für Ausbildung und Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (§ 17a Abs. 2)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält die Ermittlung von Richtwerten für die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen für die einzelnen Ausbildungsberufe nach § 2 Nr. 1 a KHG aufgrund der sehr hohen Streuungen der bisher ermittelten Kostenwerte für bedenklich. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt deshalb die Einschätzung, dass eine Ermittlung von Richtwerten durch die Selbstverwaltungsparteien kurzfristig nicht möglich ist, sondern ggf. frühestens nach Ablauf der Konvergenzphase umgesetzt werden kann.

### **Ausnahmetatbestände von der pauschalen Ausbildungsfinanzierung (§ 17a Abs. 3)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Möglichkeit von Strukturverträgen und die Ausnahmetatbestände von einer pauschalen Finanzierung. Mit dieser Regelung kann eine nicht sachgerechte Finanzierung der Ausbildungsstätten mit der Gefahr der Schließung bzw. des Abbaus von Ausbildungskapazitäten vermieden werden. Eine Angleichung der krankenhausespezifischen Ausbildungsbudgets an die problematischen Richtwerte wird jedoch als höchst kritisch gesehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher, dass die Richtwerte erst zu vereinbaren und anzuwenden sind, wenn diese sinnvoll und auf der Basis empirischer Daten abgeleitet werden können.

### **Ausgleichsfonds für die Ausbildungsfinanzierung (§ 17a Abs. 8)**

Aufgrund der vorgesehenen Systematik zur Bildung eines Ausgleichsfonds kann dieser frühestens für das Jahr 2006 gebildet werden. Die individuelle Regelung nach Abs. 8 Satz 2 kommt somit im Jahre 2005 für alle Ausbildungsstätten zum Tragen. Eine entsprechende Klarstellung durch den Gesetzgeber ist unbedingt erforderlich.

### **Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (§ 17b KHG und § 5 KHEntgG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt, dass die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG explizit in den § 17b KHG aufgenommen werden und die regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden können. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt die Überzeugung, dass die konkrete Umsetzung aufgrund der vielfältigen Konstellationen nur auf der Landes- und Ortsebene erfolgen kann.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt daher ausdrücklich, dass mit dem neu angefügten Absatz 3 im § 5 KHEntgG die Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten über Zuschläge ermöglicht wird, auch wenn keine Regelungen bzw. Vorgaben auf der Bundesebene getroffen werden sollten.

### **Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe (§ 17b KHG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stimmt dem Ziel, eine Verbesserung der Repräsentativität in der Auswahl der kalkulierenden Krankenhäuser anzustreben, grundsätzlich zu, sieht in der derzeitigen Phase der Systementwicklung aber noch erhebliche Umsetzungsprobleme für ein statistisches Stichprobenverfahren.

### **Unterstützung der Kalkulationskrankenhäuser (§ 17b KHG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich, dass das BMGS die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aufgenommen hat, die Kalkulationskrankenhäuser finanziell in einem adäquaten Umfang zu unterstützen. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Erzielung einer hohen Datenqualität geleistet, der über ihren Einfluss auf die Güte und Praxistauglichkeit des Klassifikations- und Bewertungssystems letztlich allen Beteiligten zugute kommt.

### **Ermittlung des Ausgangswerts bei Leistungsveränderungen (§ 4 KHEntgG)**

Die Berücksichtigung von Mengenveränderungen und der BAT-Ost-West-Angleichung bei der Ermittlung des Ausgangswerts wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom Grundsatz her positiv bewertet, da dadurch eine höhere Sachgerechtigkeit bei der Ermittlung des Erlösbudgets erreicht werden kann.

Die neue Regelung würde jedoch in Verbindung mit den Regelungen zur Ermittlung des Ausgangswerts in § 4 Abs. 2 KHEntgG bspw. bei Leistungsverlagerungen in andere Versorgungsbereiche zu einer wiederholten Absenkung des Erlösbudgets führen, da die Summe der effektiven Bewertungsrelationen entsprechend sinkt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, dass eine doppelte Absenkung des Erlösbudgets ausgeschlossen werden muss, indem die Vorgaben des § 4 Abs. 2 Nr. 1b, d, e und f gestrichen werden.

Im Zusammenhang mit der Ermittlung des Ausgangswerts hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft mehrfach die sachgerechte Berücksichtigung der Veränderungsrate gefordert. Bei der nunmehr vorgesehenen Systematik der Konvergenz wird die Veränderungsrate im Jahr 2005 lediglich zu 15 % über den Zielwert berücksichtigt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher mit Nachdruck eine entsprechende Ergänzung des § 4 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG.

### **Konvergenzphase (§ 4 KHEntgG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt grundsätzlich die Absicht des BMGS, die Konvergenzphase an den Stand der Systementwicklung anzupassen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält jedoch sowohl die vorgesehene Dauer als auch die Absenkung des Einstiegswinkels für unzureichend.

Der Reifegrad des Systems wird in 2005 noch nicht soweit entwickelt sein, dass sich die aus dem ersten Konvergenzschritt in Höhe von 15 Prozent resultierenden wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser rechtfertigen lassen. Den von einer Budgetabsenkung betroffenen Krankenhäusern muss eine angemessene Zeit

gegeben werden, um ihre Kosten- und Leistungsstrukturen an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen. Wird den Krankenhäusern diese Chance verweigert, droht Gefahr für die Sicherstellung der Versorgung.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert deshalb erneut, die Konvergenzphase bis 2009 zu verlängern, den Einstiegswinkel in 2005 auf 10 Prozent zu reduzieren und die Konvergenzschritte in den Folgejahren mit 20, 20, 25 und 25 Prozent vorzugeben.

### **Korrekturmöglichkeit des Landesbasisfallwertes bei Fehleinschätzungen (§ 10 KHEntgG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich, dass den erheblichen Risiken aufgrund unterschiedlichster Tatbestände bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes Rechnung getragen wird.

Die derzeitige Formulierung im Referentenentwurf als Kann-Regelung führt jedoch dazu, dass die Schiedsstelle als Konfliktlösungsmechanismus nicht wahrgenommen werden kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, im Streitfall eine Verobjektivierung des Entscheidungsprozesses über die Schiedsstelle zu ermöglichen, indem aus der Kann-Regelung ein überprüfbarer Pflichttatbestand der Vereinbarung nach § 10 Abs. 1 KHEntgG wird.

### **Genehmigungspflicht des Landesbasisfallwertes (§ 14 KHEntgG)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich ausdrücklich gegen die fehlende Genehmigungsbedürftigkeit bei der Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwertes und den Ausschluss einer diesbezüglichen Klagemöglichkeit aus.

Gegen den Ausschluss der Klagemöglichkeit bestehen mit Hinsicht auf die in Art. 19 Abs. 4 GG verankerte Rechtsweggarantie erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Die Regelung, dass eine Schiedsstellenentscheidung nicht der Genehmigung bedarf, widerspricht dem Regelungsgehalt des § 18 Abs. 3 bis 5 KHG. Eine Vielzahl von Klagen betroffener Krankenhäuser (mit ggf. unterschiedlichen Ergebnissen) würde zu einer inakzeptablen Rechtsunsicherheit führen.

Neben der Streichung der entsprechenden Regelungen fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Nachdruck eine gesetzliche Bestimmung in § 14 KHEntgG zur Genehmigungspflicht durch die Landesbehörden bei der Festsetzung des Basisfallwertes.

### **Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung – AEB**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die vorgesehenen redaktionellen Anpassungen und Klarstellungen. Um die Konsistenz zwischen AEB und Gesetzestexten weiter zu verbessern, fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft, dass die Ausführungen im speziellen Teil dieser Stellungnahme berücksichtigt werden.

### **Definition der teilstationären Versorgung (§ 39 SGB V)**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Intention des Referentenentwurfes, eine „Legaldefinition“ der teilstationären Versorgung vorzunehmen.

Eine Definition der teilstationären Versorgung muss jedoch gewährleisten, dass die bisher durch krankenhauplanerische Maßnahmen oder im Einvernehmen der örtlichen Vertragspartner als sinnvoll und erforderlich erachteten Versorgungskonzepte bestehen bleiben können. Die derzeitige enge Formulierung im Referentenentwurf aber insbesondere auch die dazu verfasste Begründung könnten zur Auflösung von bewährten Versorgungskonzepten und zu Eingriffen in die Krankenhausplanung führen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, den neu eingefügten Satz in § 39 Abs. 1 SGB V so zu formulieren, dass sich die bewährten teilstationären Versorgungskonzepte in der Definition wiederfinden. Ergänzend halten wir weitere Klarstellungen im Rahmen der Begründung zum kommenden Gesetzentwurf für zwingend erforderlich, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

### **Weiterer Anpassungsbedarf**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht weiteren Anpassungsbedarf zu den derzeitigen gesetzlichen Regelungen, die im Referentenentwurf nicht berücksichtigt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, die folgenden Regelungen in dieses Gesetzgebungsverfahren aufzunehmen.

#### **Anpassung der Vorgaben für die Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts**

Der künftig erheblich ansteigende Bedarf an medizinischen Leistungen infolge der demographischen Entwicklung, der Veränderungen des Morbiditätsspektrums und des medizinischen Fortschritts muss im Rahmen des G-DRG-Fallpauschalensystems berücksichtigt werden. Die Abkehr von der bisherigen strikten Budgetierung ist für die Deutsche Krankenhausgesellschaft unverzichtbare Geschäftsgrundlage für die Anwendung des neuen Vergütungssystems.

Der landesweite Basisfallwert ist das Kernelement des G-DRG-Finanzierungssystems, mit dem das Preisniveau der Fallpauschalen bestimmt wird. Die Festlegung des Basisfallwertes darf daher nicht an Bedingungen gekoppelt werden, die eine Gesamtbudgetierung zur Folge haben, womit das System bei dem zu erwartenden steigenden Versorgungsbedarf zu einem reinen Verteilungsinstrument missbraucht würde. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher nachdrücklich, die gesetzlichen Regelungen wie im speziellen Teil dieser Stellungnahme ausgeführt anzupassen.

## **Erhöhung des Ausgangswerts um entfallende Zuschläge**

Nach der derzeitigen Rechtslage wird bei der Ermittlung des Ausgangswerts das Erlösbudget des Vorjahres um die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände vermindert. Es ist abzusehen, dass ab dem Jahr 2006 im Vorjahr vereinbarte Zuschläge nicht automatisch in die Vereinbarung für das kommende Jahr aufgenommen werden müssen. In diesem Fall hat im Gegenzug zu der o.g. Regelung eine Erhöhung des Ausgangswerts zu erfolgen.

## **Vorlage einer LKA zur Vereinbarung von Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG**

Werden krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart, sieht § 6 Abs. 3 KHEntgG die Vorlage einer LKA vor. Dies gilt selbst dann, wenn nur ein einziges fall- oder tagesbezogenes Entgelt vereinbart wird. Die meisten Angaben zur LKA können bei der Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte nicht sinnvoll getroffen werden. Die verpflichtende Vorlage des Abschnitts E3 der AEB gemäß § 11 Abs. 4 KHEntgG ist ausreichend. Eine entsprechende Anpassung des § 6 Abs. 3 KHEntgG ist vorzunehmen.

## **Kostenträgerwechsel bei stationärer Krankenhausbehandlung**

Durch die Einführung des DRG-Systems ergeben sich bei Kostenträgerwechsel eines Patienten im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung hinsichtlich der Aufteilung der Fallpauschalen zunehmend Unstimmigkeiten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt daher vor, im Rahmen des 2. FPÄndG eine klarstellende Regelung zur Kostentragung aufzunehmen.

## **Klarstellung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren**

In Bezug auf die Gründung medizinischer Versorgungszentren wird bezweifelt, dass ein einzelner Vertragsarzt, die diesen Status beibehält und seine Vertragsarztzulassung nicht auf das MVZ überträgt, durch Gesellschaftsvertrag zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen bzw. bilden kann. Dies soll beispielsweise nach der Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur dann möglich sein, wenn mehrere Freiberufler ihrerseits zunächst eine Gesellschaft gründen bzw. bilden, um dann gemeinsam mit einer juristischen Person ein MVZ zu gründen. Das würde die Gründung eines MVZ unter Einbeziehung von Freiberuflern allerdings unnötig schwerfällig machen, weshalb eine gesetzliche Klarstellung zugunsten der erstgenannten Variante erfolgen sollte.

## **Klarstellung zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum und im Krankenhaus**

Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung war ein wesentliches Ziel der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG. Eine der Maßnahmen des GMG zum Erreichen dieses Zieles bestand in der Einführung des medizinischen Versorgungszentrums in § 95 SGB V.

Die vom Gesetzgeber zielgerichtet verfolgte Verzahnung kann aber nicht nur durch institutionelle Öffnungen und Verknüpfungen erreicht werden. Vielmehr erscheint es zielführender und daher geboten, eine solche sektorenübergreifende Versorgung auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers zu ermöglichen.

Der § 20 Ärzte-ZV steht der gleichzeitigen Tätigkeit eines Arztes in Krankenhaus und MVZ zwar nicht entgegen, weil die diesbezügliche Rechtsprechung des BSG nicht auf das MVZ übertragbar ist. Da in der Literatur zum MVZ aber bereits – wenn auch ohne jede Begründung – das Gegenteil vertreten wird und auch KBV und KVen die letztere Auffassung vertreten, ist eine gesetzliche Klarstellung geboten, weil dadurch nicht nur dem Interesse des Krankenhauses an einem wirtschaftlichen Personaleinsatz, sondern auch dem Interesse des Gesetzgebers und des Patienten an einer sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung getragen wird.

## **B. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

#### **Zu Nummer 2 (§ 17a KHG):**

##### **Zu § 17a Abs. 2**

*(Richtwerte für Ausbildung und Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen)*

Der Referentenentwurf sieht vor, dass die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1 a KHG die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen ermitteln und entsprechende Richtwerte vereinbaren sollen. Nach § 17 a Abs. 3 Satz 4 in der Fassung des Referentenentwurfes sollen diese Richtwerte bei den Vereinbarungen der Ausbildungsbudgets berücksichtigt werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 über Richtwerte ab dem Jahr 2006, welche mittelfristig zu einer einheitlichen Höhe der Finanzierungsbeträge führen sollen, für bedenklich. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich auf der Grundlage der von den Krankenhäusern gelieferten Daten in absehbarer Zeit valide Richtwerte ermitteln lassen. Die sehr hohen Streuungen der bisher ermittelten Kostenwerte in den Ausbildungsberufen werden nicht alleine durch eine mangelnde Datenqualität verursacht. In der Bandbreite der Werte bilden sich vor allem die erheblichen Unterschiede in der individuellen Kostenstruktur der Ausbildungsstätten ab. Eine jeweilige Mittelwertbildung ist zwar theoretisch möglich, könnte aber bei einer verbindlichen Anwendung der Richtwerte zu einer massiven Unter- oder Überfinanzierung einzelner Ausbildungsstätten führen. Hinzu kommt, dass neben der Vielzahl der verschiedenen Ausbildungsberufe weitere Spezifika wie die Rahmenbedingungen und die Organisationsform der Ausbildungsstätten zu berücksichtigen sind. Daraus resultiert die Problematik, dass die Datenbasis auch in Zukunft nicht ausreichend sein wird, um für jede Kombination (Region, Ausbildungsberuf, Ausbildungsstättentyp) empirisch abgesicherte Richtwerte ableiten zu können.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt deshalb die Einschätzung, dass eine Ermittlung von Richtwerten durch die Selbstverwaltungsparteien kurzfristig nicht möglich ist, sondern ggf. frühestens nach Ablauf der Konvergenzphase umgesetzt werden kann.

### **Zu § 17a Abs. 3**

*(Ausnahmetatbestände von der pauschalen Ausbildungsfinanzierung)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Möglichkeit von Strukturverträgen und die Ausnahmetatbestände von einer pauschalen Finanzierung (Satz 6 bis 8). Mit dieser Regelung kann eine nicht sachgerechte Finanzierung der Ausbildungsstätten mit der Gefahr der Schließung bzw. des Abbaus von Ausbildungskapazitäten vermieden werden.

Mit Satz 4 und 5 wird jedoch vorgegeben, dass bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets die ab dem Jahr 2006 vorgesehenen landesweiten Richtwerte zu berücksichtigen sind und mittelfristig eine Angleichung der krankenhausesindividuellen Ausbildungsbudgets an diese Richtwerte angestrebt werden soll.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt (wie oben zu Abs. 2 ausgeführt) die Überzeugung, dass eine Ermittlung von Richtwerten nicht nur die Datenqualität sondern auch die bestehenden Streuungen der Kosten für unterschiedliche Ausbildungsstrukturen berücksichtigen muss. Diese Voraussetzungen können im Jahr 2006 voraussichtlich noch nicht erfüllt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher, dass die Richtwerte erst zu vereinbaren und anzuwenden sind, wenn diese sinnvoll und auf der Basis empirischer Daten abgeleitet werden können.

In Satz 9 geht der Gesetzgeber davon aus, dass Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen werden können. Da gemäß § 11 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG die Vereinbarung grundsätzlich prospektiv zu schließen ist, können Mehr- oder Mindererlöse ggf. noch nicht über das Ausbildungsbudget des folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen werden. In Satz 9 sollte daher formuliert werden: „..., werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums ausgeglichen.“

### **Zu § 17a Abs. 8**

*(Ausgleichsfonds für Ausbildungsstätten)*

In Abs. 8 werden Regelungen für den Fall getroffen, dass die Bildung eines Ausgleichsfonds durch eine Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG nicht zustande kommt.

Aufgrund der vorgesehenen Systematik zur Bildung eines Ausgleichsfonds kann dieser frühestens für das Jahr 2006 gebildet werden. Die individuelle Regelung nach Abs. 8 Satz 2 kommt somit im Jahre 2005 für alle Ausbildungsstätten zum Tragen. Eine entsprechende Klarstellung durch den Gesetzgeber ist unbedingt erforderlich, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

### **Zu Nummer 3 (§ 17b KHG)**

#### **Zu Buchstabe a**

*(Besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt, dass die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG explizit in den § 17b KHG aufgenommen werden und die regionalen Besonderheiten berücksichtigt werden können.

#### **Zu Buchstabe b**

*(Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt, dass für die Kalkulation der G-DRG-Bewertungsrelationen eine repräsentative Abbildung der differenzierten Versorgungsstruktur in Deutschland angestrebt werden soll. Nur so kann gewährleistet werden, dass das anhand der zur Verfügung stehenden Daten ermittelte Verhältnis der Kostengewichte zwischen den Fallgruppen die Realität der Versorgung in Deutschland weitgehend widerspiegelt.

Allerdings ist, wie dies auch in der Begründung eingeräumt wird, die Anwendung einer statistischen Vorgaben genügenden Zufallsstichprobe mit einer damit notwendig verbundenen Abkehr von dem Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Datenlieferung in absehbarer Zeit nicht praktikabel und würde auch dem Ziel, fallbezogene Kostendaten mit einem hohen Qualitätsstandard zur Verfügung zu haben, eher abträglich sein. Deshalb sollte primäres Anliegen sein, Krankenhäuser, die durch ihre Teilnahme an der Datenlieferung ihre Kostenträgerrechnung aufgebaut haben, in der Auswahl zu halten und weitere hinzuzugewinnen, um auf der Basis einer genügend großen Auswahlgesamtheit von teilnahmebereiten und -fähigen Krankenhäusern ein Verfahren zur Erhöhung der Repräsentativität zu implementieren.

#### **Zu Buchstabe c**

*(Unterstützung der Kalkulationskrankenhäuser)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich, dass das BMGS die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft aufgenommen hat, die Kalkulationskrankenhäuser finanziell zu unterstützen.

Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Erzielung einer hohen Datenqualität geleistet, der über ihren Einfluss auf die Güte und Praxistauglichkeit des Klassifikations- und Bewertungssystems letztlich allen Beteiligten zugute kommt. An die kalkulierenden Krankenhäuser werden hohe Anforderungen gestellt, die einen erheblichen Einsatz von Ressourcen erfordern. Dieser Mehraufwand durch die Teilnahme an der G-DRG-Kalkulation muss nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft adäquat refinanziert werden, um auf Dauer verlässliche Kalkulationsdaten mit steigender Qualität zu erhalten. Daher ist auch die Klarstellung, dass die pauschalierten Zahlungen „einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen“ sollen, ausdrücklich zu befürworten.

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Zählung der Sätze in Absatz 5, auf die Bezug genommen werden, redaktionell noch zu überarbeiten ist. Das Wort „Abschläge“, nach dem der Satzteil aus Buchstabe aa) eingefügt werden soll, befindet sich im Satz 2. Unter bb) müsste dann stehen, dass nach „Satz 2“ der folgende Satz eingefügt wird und unter cc) müssten die Worte „im bisherigen Satz 2 (neuer Satz 3)“ durch „im bisherigen Satz 3 (neuer Satz 4)“ ersetzt werden.

## **Zu Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

### **Zu Nummer 1 (§ 3 KHEntgG)**

*(Klarstellung bezüglich der Erlösausgleiche)*

Im Rahmen der Klarstellung, dass der Erlösausgleich nach § 3 Abs. 6 nur für das Erlösbudget gilt, ist neben der beabsichtigten Änderung außerdem der Begriff „Gesamtbetrag“ durch „Erlösbudget“ zu ersetzen.

### **Zu Nummer 2 (§ 4 KHEntgG)**

#### **Zu Buchstabe e**

*(Ermittlung des Ausgangswerts bei Leistungsveränderungen)*

Mit dem neu eingefügten Abs. 4 sollen sich Veränderungen von Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte auf die Höhe des Ausgangswerts auswirken. Ferner findet die BAT-Ost-West-Angleichung Berücksichtigung. Diese Änderung ist vom Grundsatz her positiv zu bewerten, da damit eine höhere Sachgerechtigkeit bei der Ermittlung des Erlösbudgets erzielt wird.

Der Ausgangswert wird jedoch maßgeblich durch die in § 4 Abs. 2 aufgeführten Tatbestände bestimmt. Hervorzuheben ist hier die Vorgabe des § 4 Abs. 2 Nr. 1d, wonach anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum in andere Versorgungsbereiche verlagert werden, den Ausgangswert vermindern. Mit der Verlagerung von Leistungen in andere Versorgungsbereiche geht jedoch auch eine Absenkung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen einher. Mit der nun vorgeschlagenen Regelung in § 4 Abs. 4 wäre damit eine wiederholte Absenkung des Erlösbudgets verbunden. Die Erfüllung des Tatbestandes der Leistungsverlagerungen in andere Versorgungsbereiche darf jedoch nicht zu einer doppelten Absenkung des Erlösbudgets führen.

Gleiche Effekte können beispielsweise auch dann auftreten, wenn ein Krankenhaus gemäß § 4 Abs. 10 das Verlangen erklärt, Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, aus dem Erlösbudget herauszunehmen. Für die bisher im Erlösbudget enthaltenen Leistungen hat dann gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1f eine Ausgliederung zu erfolgen. Damit sinkt auch die Summe der effektiven Bewertungsrelationen.

Eine unveränderte Fassung des § 4 Abs. 4 ist nur dann sachgerecht, wenn gleichzeitig die Vorgaben des § 4 Abs. 2 Nr. 1b, d, e und f aufgehoben werden, da ansonsten

die Gefahr eines doppelten Abzugs besteht. Bleiben die Vorgaben des § 4 Abs. 2 unverändert bestehen, ist in Abs. 4 unbedingt klarzustellen, dass wegfallende Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 nur dann absenkend berücksichtigt werden können, wenn nicht bereits eine Verminderung nach § 4 Abs. 2 erfolgt.

Problematisch ist ferner die Konstellation, wenn Leistungsverlagerungen in andere Versorgungsbereiche durch zusätzliche Fälle kompensiert werden. Unterstellt, die Summe der effektiven Bewertungsrelation bliebe unverändert, würde zwar eine Verminderung des Erlösbudgets gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1d erfolgen, die zusätzlichen Fälle hätten allerdings keine Erhöhung zur Folge. Sachgerecht wäre es jedoch, wenn der Minderung des Erlösbudgets eine Erhöhung in gleicher Höhe durch die zusätzlichen Fälle gegenüber stünde. Dies kann durch die vorgeschlagene Aufhebung der Vorgaben des § 4 Abs. 2 Nr. 1b, d, e und f erreicht werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit für die Vertragsparteien auf der Ortsebene, von den vorgegebenen Vomhundertsätzen abzuweichen, wenn die für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten mit diesen Sätzen nicht gedeckt werden können. Im Rahmen der Erlösausgleiche besteht ebenfalls die Möglichkeit, im Voraus abweichende Ausgleichssätze zu vereinbaren. Die Praxis zeigt jedoch, dass die Krankenkassen diesbezüglich Verhandlungen über abweichende Ausgleichssätze regelmäßig ablehnen. Das im Entwurf aufgeführte Beispiel der Transplantationen macht nicht ausreichend deutlich, dass es sich auch um Leistungen mit hohen Sachkosten wie bspw. Implantate handeln kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher mit Nachdruck, auch sachkostenintensive Leistungen explizit in den Gesetzestext aufzunehmen.

Im Zusammenhang mit der Ermittlung des Ausgangswerts hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft mehrfach die Berücksichtigung der Veränderungsrate gefordert. Bei der nunmehr vorgesehenen Systematik wird die Veränderungsrate im Jahr 2005 lediglich zu 15 % über den Zielwert berücksichtigt. Bei einer angenommenen Veränderungsrate in Höhe von 1 % kommt dies einer Erhöhung des Erlösbudgets um lediglich 0,15 % gleich. 85 % der bei Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V berechtigten Budgetanpassung werden automatisch dem System entzogen. Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen der Krankenhäuser wird damit noch stärker auseinander klaffen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher mit Nachdruck eine Ergänzung des § 4 Abs. 4 Satz 1 durch die Einfügung einer neuen Nr. 3, wonach auch der Ausgangswert um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu erhöhen ist. Eine entsprechende Ergänzung des Abschnitts B2 der AEB ist ebenfalls vorzunehmen.

### ***Zu Buchstabe g*** *(Konvergenzphase)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt grundsätzlich die Entscheidung des BMGS, die bisherigen Regelungen zur Konvergenzphase anzupassen. Die Korrektur ist mit einer Verlängerung des Anpassungszeitraums um lediglich ein Jahr und der

Absenkung des Einstiegswinkels im Startjahr 2005 von einem Drittel auf 15 vom Hundert jedoch unzureichend.

Nachdem für 2004 das erste an die deutsche Behandlungswirklichkeit angepasste G-DRG-System zur Verfügung steht, wird der Reifegrad des Systems in 2005 noch nicht in dem Maße entwickelt sein, dass sich die aus der Höhe des ersten Konvergenzschrittes resultierenden wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser rechtfertigen lassen. Im G-DRG-System 2004 sind weiterhin noch eine Reihe von Abbildungsschwächen wie bspw. eine unzureichende Differenzierung der Relativgewichte enthalten. Diese können aller Voraussicht nach auch im Fallpauschalenkatalog für 2005 noch nicht behoben werden.

Zudem stehen ergänzende Vergütungselemente (insbesondere Zusatzentgelte) auf Grund der noch unzureichenden Kalkulationsdaten noch nicht in dem Maße zur Verfügung, wie es für einen Ausgleich der ungenügenden Differenzierungen der Fallpauschalen erforderlich wäre.

Die Krankenhäuser, die gegenüber dem landesweiten Zielwert einen zu hohen individuellen Basisfallwert haben, benötigen ausreichend Zeit, um ihre Kosten- und Leistungsstrukturen an die neuen Rahmenbedingungen anzupassen. Wird den Krankenhäusern diese Chance verweigert, droht Gefahr für die Sicherstellung der Versorgung. Nur bei einer angemessen langen Konvergenzphase mit flachem Einstiegswinkel können ungewollte Fehlsteuerungen durch das G-DRG-System rechtzeitig erkannt und vermieden werden.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert deshalb erneut, die Konvergenzphase bis 2009 zu verlängern, den Einstiegswinkel in 2005 auf 10 Prozent zu reduzieren und die Konvergenzschritte in den Folgejahren mit 20, 20, 25 und 25 Prozent vorzugeben.

### **Zu Nummer 3 (§ 5 KHEntgG)**

*(Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt ausdrücklich, dass mit dem neu angefügten Absatz 3 explizit die Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten über Zuschläge ermöglicht wird, auch wenn keine Regelungen bzw. Vorgaben auf der Bundesebene getroffen werden sollten.

Eine vor kurzem durchgeführte Umfrage der Deutsche Krankenhausgesellschaft hat gezeigt, dass die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkte im Sinne des § 2 KHEntgG formal nicht definiert sind. Nur in wenigen Fällen werden Zentren und Schwerpunkte durch krankenhauplanerische Maßnahmen der Landesbehörden geregelt, wobei auch in diesen Fällen nicht auf die besonderen Aufgaben im Sinne des § 2 KHEntgG abgestellt wird. Ebenso wie die Formaldefinition variieren die Aufgaben der Zentren und Schwerpunkte sehr zwischen den Bundesländern oder auch zwischen den Einrichtungen selbst.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bejaht ausdrücklich die Verpflichtung der Selbstverwaltung, gemäß § 17b KHG auf der Bundesebene Regelungen für Zu- und

Abschläge explizit auch für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten zu vereinbaren (Artikel 1 Nummer 3 a). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt jedoch die Überzeugung, dass die konkrete Umsetzung aufgrund der vielfältigen Konstellationen nur auf der Landes- und Ortsebene erfolgen kann.

## **Zu Nummer 7 (§ 10 KHEntgG)**

### **zu Buchstabe a)**

*(Korrekturmöglichkeit des Landesbasisfallwertes bei Fehleinschätzungen)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, den Abs. 1 Satz 2 wie folgt zu fassen:

**„Sie vereinbaren, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen Fehlschätzungen des Basisfallwertes bei der Vereinbarung für das Folgejahr berichtigt werden. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen.“**

### **Begründung:**

Der Referentenentwurf hat zu Recht erkannt, dass die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes aufgrund unterschiedlichster Tatbestände mit erheblichen Risiken behaftet ist. Die derzeitige Ausformulierung im Referentenentwurf als Kann-Regelung führt jedoch dazu, dass zwingend ein Einverständnis des anderen Vertragspartners vorliegen muss, um die als notwendig erachtete Berichtigung zu vereinbaren und ist somit vor der Schiedsstelle nicht durchsetzbar. Damit ist einer Verweigerungshaltung einer Vertragspartei – auch bei objektiv vorliegenden Kriterien – Tür und Tor geöffnet. Es bedarf hier vielmehr einer möglichen Verobjektivierung des Entscheidungsprozesses über die Schiedsstelle nach § 10 Abs. 6. Dies wird dadurch erreicht, dass aus der Kann-Regelung ein überprüfbarer Pflichttatbestand der Vereinbarung nach § 10 Abs. 1 KHEntgG wird, wenn eine der Vertragsparteien ein entsprechendes Berichtigungsverlangen für bestimmte Tatbestände vorträgt und keine Einigung über das „Ob“ oder das „Wie“ erzielt werden kann.

Hinzu kommt eine Folgeänderung in § 10 Abs. 6 letzter Satz KHEntgG:

**„Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert **sowie die Tatbestände und Voraussetzungen einer Berichtigung im Folgejahr** auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.“**

### **zu Buchstabe c)**

*(Genehmigungspflicht des Landesbasisfallwertes)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht sich ausdrücklich gegen die Regelung der Nr. 7 Buchstabe c) bezüglich der fehlenden Genehmigungspflicht bei der Festsetzung des landesweit geltenden Basisfallwertes und des Ausschlusses einer diesbezüglichen Klagemöglichkeit aus.

Neben der Streichung der entsprechenden Regelungen fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Nachdruck eine gesetzliche Bestimmung in § 14 KHEntgG zur Genehmigungspflicht durch die Landesbehörden bei der Festsetzung des Basisfallwertes.

**Formulierungsvorschlag:**

*Abs. 1*

*„Die Genehmigung der vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten **landesweit geltenden Basisfallwerte nach § 10** sowie die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte, der Entgelte nach § 6 und Zuschläge nach § 5 ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“*

**Begründung:**

**Klagemöglichkeit**

Gegen den Ausschluss der Klagemöglichkeit bestehen mit Hinsicht auf die in Art. 19 Abs. 4 GG verankerte Rechtsweggarantie erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Die Regelung, dass eine Klage gegen die Vereinbarung oder Festsetzung ausgeschlossen ist, widerspricht allen Regeln des verfassungsrechtlich verankerten Rechtsschutzgedankens bei behördlichen Entscheidungen. Die Einstufung der Schiedsstelle als Behörde im Sinne des § 1 VwVfG ist insbesondere in dieser Rechtskonstellation unbestritten, da im Falle der fehlenden Genehmigung der Landesbehörde bereits die Schiedsstellenentscheidung eine abschließende Regelung mit Außenwirkung darstellt.

**Genehmigungspflicht**

Die Regelung, dass eine Schiedsstellenentscheidung nicht der Genehmigung bedarf, widerspricht zum einen dem Regelungsgehalt des § 18 Abs. 3 bis 5 KHG und bietet darüber hinaus nicht mehr die notwendige Rechtssicherheit. Nach Auffassungen in der Kommentarliteratur zum KHG bzw. Krankenhausentgeltgesetz ergibt sich die Notwendigkeit einer Genehmigung zwar nicht direkt aus § 14 Krankenhausentgeltgesetz aber aus § 18 Abs. 5 KHEntgG. Zwar könne § 14 KHEntgG nicht dahingehend interpretiert werden, dass der Gesetzgeber in einem redaktionellen Versehen vergessen habe, die Vorschrift des § 10 im § 14 KHEntgG heranzuziehen. Aus dem Zusammenspiel der Regelungen des § 18 Abs. 3 bis 5 KHG ergebe sich jedoch, dass weiterhin die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Landesebene der Genehmigung bedürfe. Nach § 18 Abs. 4 KHG könne bei Scheitern einer Vereinbarung über die Pflegesätze oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3 (Höhe der Fallpauschalen) die Schiedsstelle angerufen werden. Nach § 18 Abs. 5 KHG werden „die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze von der zuständigen Landesbehörde genehmigt“. Damit würden unterschiedslos alle nach Absatz 3 vereinbarten oder nach Absatz 4 festgesetzten Pflegesätze erfasst, also auch die vereinbarten Fallpauschalen im obigen Sinne.

Darüber hinaus ist eine Genehmigung und der damit vorgegebene Rechtsschutz aus praktischen Gesichtspunkten zwingend notwendig, da nur hierdurch eine einheitliche

Bewertung (in einem Verfahren) auf dem Verwaltungsrechtsweg gewährleistet wird. Die durch das Fehlen einer Genehmigungsbedürftigkeit und dem Ausschluss der Klagemöglichkeit auf Landesebene bedingte Vielzahl von Klagen der betroffenen Krankenhäuser (mit ggf. unterschiedlichen Ergebnissen) würde darüber hinaus zu einer inakzeptablen Rechtsunsicherheit führen.

Solange es eine Verantwortlichkeit der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung gibt und eine Genehmigung der örtlichen Budgetvereinbarungen vorgesehen ist, muss als notwendiges Bindeglied auch die entsprechende Landesvereinbarung zum Basisfallwert durch die zuständige Landesbehörde geprüft und genehmigt werden. An der ursprünglichen Ausgangssituation, die zur Etablierung einer Genehmigungsnotwendigkeit unter Geltung der alten Rechtslage (Landespunktwerte) geführt hat, hat sich auch unter Geltung des Krankenhausentgeltgesetzes nichts geändert.

### **Zu Nummer 10**

*(Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung – AEB)*

#### **Zu Buchstabe a**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Intention des Referentenentwurfes, durch die Korrektur der Überschriften in den Spalten 6, 7 und 20 eine sachgerechte Aufstellung des Abschnitts E3.1 zu ermöglichen. Eine entsprechende Klarstellung in den Überschriften der Spalten 11, 15 und 19 sowie auch der Spalten 8, 12 und 16 im Abschnitt E1 („Summe der Bewertungsrelationen ...“) ist bislang jedoch ausgeblieben und sollte im Rahmen dieses Änderungsgesetzes noch mit einbezogen werden. Alternativ hätte sich angeboten, im Abschnitt E3.1 anstelle der Angabe von Bewertungsrelationen durchgängig auf Euro-Beträge abzustellen.

Da im Abschnitt E3.1 nunmehr die Angabe von Bewertungsrelationen gefordert wird, ist für die Berechnung der Entgelthöhe für fallbezogene Entgelte ein Basisfallwert notwendig. Ein Basisfallwert zur Bestimmung der Entgelthöhe für fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ist bislang im Krankenhausentgeltgesetz nicht vorgesehen. Stattdessen sind bei der Vereinbarung fallbezogener Entgelte die Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung zu beachten. Dies beinhaltet auch die Vorlage einer LKA, auf deren Basis sich bekanntlich kein Basisfallwert ermitteln lässt. Daher sind ergänzende Regelungen in § 6 KHEntgG erforderlich, aus denen sich ein Zusammenhang zwischen Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG und Entgelthöhe herstellen lässt.

#### **Zu Buchstabe b**

Neben den vorgesehenen Änderungen bedarf es im Abschnitt B2 noch weiterer Anpassungen. Im Klammerzusatz zur laufenden Nummer 3 sollte zur Klarstellung der Verweis auf § 4 Abs. 2 Nr. 1b und 3 auch um die Vorschrift nach § 6 Abs. 4 KHEntgG erweitert werden, die bisher im Abschnitt B2 bei der Ermittlung des Ausgangswerts nicht berücksichtigt wurde. Denkbar wäre alternativ, die Inhalte des § 6 Abs. 4 KHEntgG in § 4 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG zu integrieren.

Ferner ist nach der laufenden Nummer 9 eine weitere Zeile einzufügen, um den Erhöhungstatbestand zur Finanzierung der Mehrkosten aufgrund der Umsetzung des „Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze“ (§ 4 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG) in den Abschnitt B2 einzubeziehen.

## **Zu Artikel 5 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Zu Nummer 1 (§ 39 SGB V)**

*(Definition der teilstationären Versorgung)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die Intention des Referentenentwurfes, mit der Ergänzung des § 39 Abs. 1 eine „Legaldefinition“ der teilstationären Versorgung vorzunehmen. Gemäß der Einzelbegründung soll damit eine Abgrenzung der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geschaffenen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus ermöglicht und die Integration von teilstationären Leistungen in das G-DRG-System erleichtert werden.

Eine Definition der teilstationären Versorgung muss jedoch gewährleisten, dass die bisher durch krankenhauplanerische Maßnahmen oder im Einvernehmen der örtlichen Vertragspartner als sinnvoll und erforderlich erachteten Versorgungskonzepte bestehen bleiben. Die Formulierung in der Fassung des Referentenentwurfes könnte zur Auflösung von bewährten Versorgungskonzepten und zu Eingriffen in die Krankenhausplanung führen, wie im Folgenden begründet wird. Es ist in diesem Zusammenhang auch deutlich darauf hinzuweisen, dass die vorhandenen teilstationären Leistungsangebote keinesfalls mit der ambulanten Krankenhausbehandlung verwechselt werden dürfen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, den neu eingefügten Satz in § 39 Abs. 1 SGB V wie folgt zu fassen:

#### **Formulierungsvorschlag:**

##### **§ 39 Abs.1 SGB V**

*„Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere auf Grund ihrer Komplexität ~~oder~~, bestehender **Risiken oder der fachlichen Expertise, der personellen, apparativen oder sonstigen technischen Voraussetzungen** in einem Krankenhaus erbracht ~~werden muss~~ **wird**, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzeptes in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten ~~sowie~~ **oder** für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt.“*

Ergänzend halten wir weitere Klarstellungen im Rahmen der Begründung zum kommenden Gesetzentwurf für zwingend erforderlich, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

## **Begründung:**

### **Zu Satz 1, erster Halbsatz**

Mit dem ersten Halbsatz von Satz 1 wird zwingend vorausgesetzt, dass eine teilstationäre Behandlung „auf Grund ihrer Komplexität oder bestehender Risiken in einem Krankenhaus erbracht werden muss“. In der Begründung wird ausgeführt, dass „das Erfordernis der Hintergrundsicherheit durch die Infrastruktur eines Krankenhauses“ das „herausragende Kriterium der teilstationären Behandlung“ sei.

Diese zwingende Eingangsbedingung kann nicht von allen teilstationären Versorgungskonzepten erfüllt werden. So haben sich in den vergangenen Jahren bspw. Dialyseeinrichtungen gleichberechtigt sowohl im ambulanten als auch im teilstationären Versorgungssektor herausgebildet. Das Beispiel zeigt, dass sich das teilstationäre Leistungsspektrum durchaus mit dem ambulanten Bereich überschneiden kann, sofern ambulante Einrichtungen auf komplexe Leistungen spezialisiert sind. Es wäre nur schwerlich nachvollziehbar, dass Dialysen in Zukunft ausschließlich mit der Hintergrundsicherheit eines Krankenhauses erbracht werden könnten. Umgekehrt würde die Zuordnung der Dialyse alleinig zum ambulanten Bereich zu schwerwiegenden Eingriffen in die Krankenhausplanung führen oder auch die bisher im Rahmen der einvernehmlichen Vereinbarungen durch die örtlichen Vertragspartner etablierten Strukturen unmöglich machen.

Als Grund für die Erbringung am Krankenhaus wird „insbesondere“ auf die Komplexität der teilstationären Behandlung und auf bestehende Risiken für die Patienten hingewiesen. Es sollte in diesem Zusammenhang auch deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich ein bestehendes Risiko nicht alleinig aus der Komplikationsrate einer Maßnahme ergibt, sondern ebenfalls durch patientenindividuelle bzw. patientengruppenbezogene Begleiterkrankungen oder Begleitumstände bestimmt wird. Auch die Komplexität einer teilstationären Behandlung ist immer für die gesamte Behandlung und nicht isoliert für die jeweiligen Einzelleistungen zu bewerten. So kann bspw. auch eine an sich einfache diagnostische Maßnahme durch weitere Begleitmaßnahmen, wie bspw. eine Vollnarkose auf Grund fehlender Compliance des Patienten, zu einem sehr komplexen Behandlungsfall führen.

Weitere Kriterien einer teilstationären Behandlung können durch die fachgebiets- und dienstartenübergreifenden Möglichkeiten (bspw. Geriatrie, Psychiatrie, Onkologie) oder die apparative/technische (bspw. Strahlentherapie, Radiologie, Onkologie, Dialyse) oder auch sonstige technische Voraussetzungen (bspw. für den Umgang mit radioaktiven Substanzen in der Nuklearmedizin) eines Krankenhauses gegeben sein. Auch aus der Kombination der vielfältigen Möglichkeiten eines Krankenhauses haben sich durch die Bündelung von Leistungen Behandlungskonzepte etabliert (bspw. in der Dermatologie), die sinnvollerweise in Rahmen einer ein- oder mehrtägigen teilstationären Behandlung durchgeführt werden.

### **Zu Satz 1, zweiter Halbsatz**

Im zweiten Halbsatz wird als Bedingung angeführt, dass es sich in der Regel um eine Sequenz- oder Intervallbehandlung handeln muss. Teilstationäre Behandlungen wie bspw. die mehrstündige Diagnostik im Schlaflabor werden jedoch auch als eintägige

(über eine Nacht) Behandlungen durchgeführt. Zumindest in der Begründung sollte darauf hingewiesen werden, dass Ausnahmen von „der Regel“ erforderlich sind.

Als weitere Bedingung muss die teilstationäre Behandlung „in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung“ durchgeführt werden. Es ist nachvollziehbar, dass die teilstationäre Behandlung einen fachlichen Bezug zu dem Versorgungsspektrum des Krankenhauses haben soll. Zumindest in der Begründung sollte jedoch klargestellt werden, dass dieser direkte Bezug fachlich/inhaltlich und keinesfalls formal zu interpretieren ist. Ein formaler Bezug könnte ansonsten dazu führen, dass bspw. eine geriatrische Tagesklinik ausschließlich an einem Krankenhaus mit einer ausgewiesenen geriatrischen Fachabteilung betrieben werden kann. Die stationäre Geriatrie ist jedoch häufig als Subdisziplin in einer Fachabteilung für Internistische Medizin angesiedelt.

Der Austausch des Begriffs „sowie“ durch das Wort „oder“ ist redaktionell zu verstehen, da es sich in der Regel entweder um eine Sequenz oder ein Intervall handeln kann.

## **Weiterer Anpassungsbedarf**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht weiteren Anpassungsbedarf zu den derzeitigen gesetzlichen Regelungen, die im Referentenentwurf nicht berücksichtigt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert, die folgenden Regelungen in dieses Gesetzgebungsverfahren aufzunehmen.

### **Zu § 10 Abs. 3 bis 5 KHEntgG**

*(Anpassung der Vorgaben für die Ermittlung des landesweiten Basisfallwerts)*

Der künftig erheblich ansteigende Bedarf an medizinischen Leistungen infolge der demographischen Entwicklung, der Veränderungen des Morbiditätsspektrums und des medizinischen Fortschritts muss im Rahmen des G-DRG-Fallpauschalensystems berücksichtigt werden. Die Abkehr von der bisherigen strikten Budgetierung ist für die Deutsche Krankenhausgesellschaft unverzichtbare Geschäftsgrundlage für die Anwendung des neuen Vergütungssystems. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bekennt sich gleichwohl dazu, die Beitragssatzstabilität soweit möglich als eine der Zielgrößen eines deutschen DRG-Systems umzusetzen.

Der nach § 10 KHEntgG zu ermittelnde landesweite Basisfallwert ist das Kernelement des G-DRG-Fallpauschalensystems für Krankenhäuser, mit dem das Preisniveau der stationären Leistungen bestimmt wird. Die Festlegung des Basisfallwertes darf daher nicht an Bedingungen gekoppelt werden, die im Ergebnis zu einer Gesamtbudgetierung führen. In Verbindung mit dem zu erwartenden steigenden Versorgungsbedarf würde das G-DRG-System als reines Verteilungsinstrument missbraucht. Wesentliche Kriterien, wie bspw. die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt, müssen bei der Vereinbarung des Basisfallwertes adäquat berücksichtigt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert daher nachdrücklich, § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität) und in Folge § 10 Abs. 4 KHEntgG entsprechend anzupassen.

Die Formulierung, bei der Ermittlung des Basisfallwertes „die Möglichkeit zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ zu berücksichtigen, ist nicht sachgerecht. Hier handelt es sich um eine unbestimmte Begrifflichkeit, die eine rein theoretische oder willkürliche Argumentation auf Landesebene zulassen würde, ohne dass eine konkrete Realisierung nachgewiesen werden kann. Wenn überhaupt, können ausschließlich tatsächlich eingetretene und objektiv nachweisbare Wirtschaftlichkeitseffekte Berücksichtigung finden. In § 10 Abs. 3 KHEntgG ist Nr. 3 anzupassen.

Eine „allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen“ existiert nicht. So treten Fallzahlsteigerungen bspw. aufgrund der demographischen Entwicklung nicht bei allen DRG-Fallgruppen gleichermaßen auf. Wenn bei konkreten G-DRG-Fallpauschalen Kostendegressionen nachzuweisen sind, können diese bereits gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 11 KHG bei der Vereinbarung der Relativgewichte durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene berücksichtigt werden. Eine Kollektivhaftung aller Krankenhäuser über alle Krankenhausleistungen muss ausgeschlossen werden.

Wenn Fallzahlsteigerungen festzustellen sind, könnte bei der Vereinbarung des Basisfallwertes akzeptiert werden, dass durch zusätzliche Fälle die Ausgaben der GKV insgesamt grundsätzlich nur in Höhe der variablen Kostenanteile belastet werden dürfen. In § 10 Abs. 3 KHEntgG ist Nr. 4 anzupassen.

Gänzlich fehlt bisher die Berücksichtigung der Tatsache, dass durch die Anpassung und Weiterentwicklung des Patientenklassifikationssystems und des Vergütungssystems technisch bedingte Reaktionen des Basisfallwertes auftreten. Diese technisch bedingten Reaktionen dürfen nicht zu Mehr- oder Mindereinnahmen der Krankenhäuser führen. In den USA wird beispielsweise durch die MEDPAC (Medicare Payment Advisory Commission) sichergestellt, dass die jährliche Überarbeitung des DRG-Systems budgetneutral erfolgt. Eine ähnliche Regelung sollte in Deutschland auf der Landesebene etabliert werden, um technisch bedingte Reaktionen des Basisfallwertes auszugleichen. Veränderungen des Basisfallwertes durch rein technische Reaktionen stehen in keinerlei Zusammenhang mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Eine Verknüpfung der technisch bedingten Veränderung des Basisfallwertes mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität stellt somit einen gravierenden Systemfehler dar. § 10 Abs. 4 KHEntgG ist entsprechend anzupassen und zu ergänzen.

Ein weiterer Systemfehler wird durch die erneute Berücksichtigung der Kodiereffekte in § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG induziert. Mehrerlöse in Folge einer veränderten Kodierung werden bereits entsprechend § 4 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG auf der Ebene des Krankenhauses ausgeglichen und somit bereits aus der Gesamtfinanzierung herausgerechnet. Die Erlösausgleiche einschließlich des vollständigen Ausgleiches der Mehrerlöse durch „Kodiereffekte“ sind somit bereits in dem vor Ort zu vereinbarenden Basisfallwert enthalten, d.h. die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte wurden bereits um die „Kodiereffekte“ abgesenkt. Die Vertragsparteien auf der Landesebene sollen sich gemäß § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG an diesen vereinbarten (und bereits abgesenkten) Basisfallwerten orientieren und dann nochmals gemäß § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG mit der gleichen Begründung absenken. Eine zweimalige Absenkung des Basisfallwertes auf der Orts- und auf der Landesebene

ist sachlich nicht nachvollziehbar und führt zu einem willkürlichen Entzug von Finanzierungsmitteln. Die Ausführung in § 10 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG zu „Kodiereffekten“ ist zu streichen. Alternativ könnte ggf. durch eine Ergänzung i.S. einer Klarstellung in § 10 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG durch die Formulierung *„Die Vertragsparteien haben sich ... oder an den der Vereinbarungen für das Jahr 2004 zugrunde liegenden, gewichteten Basisfallwerten ohne Ausgleich und Berichtigungen der Krankenhäuser im Lande zu orientieren“* erfolgen.

Die Vorschrift in § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG, gemäß der die Vertragsparteien auf der Bundesebene den Vertragsparteien auf der Landesebene Vorgaben für die Vereinbarung des Basisfallwerte machen sollen, ist fachlich fragwürdig. Alle Tatbestände, die durch die Bundesebene berücksichtigt werden können, werden durch die jährliche Weiterentwicklung der DRG-Fallgruppen mit der Kalkulation der Relativgewichte, der Anpassung der Kodierrichtlinien und der Abrechnungsregelungen umgesetzt. Die für die Landesebene relevanten Informationen für die Vereinbarung des Basisfallwertes werden gemäß § 21 Abs. 3 KHEntgG an die Vertragsparteien auf Landesebene übermittelt. Weitere Vorgaben durch die Bundesebene sind daher nicht erforderlich. In § 10 Abs. 3 KHEntgG ist Nr. 1 und in § 9 Abs. 1 Satz 2 ersatzlos zu streichen.

Die Basisfallwerte in den neuen Bundesländern sind nach den Vorgaben der Absätze 2 bis 4 zu vereinbaren. Damit ist bereits die spezifische Kostenentwicklung sowohl der Sach- als auch der Personalkosten in den neuen Bundesländern berücksichtigt. Wenn sich durch eine BAT-Ost-West-Angleichung in einem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Bundesland ein höherer Basisfallwert als in einem Bundesland des übrigen Bundesgebietes ergeben sollte, ist dieser entsprechend zu vereinbaren. Die Regelung in § 10 Abs. 5 KHEntgG würde zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung der neuen Bundesländer führen, wenn die BAT-Ost-West-Angleichung auf Grund dieses Absatzes nicht vollständig berücksichtigt werden kann.

**Formulierungsvorschlag:**

**§ 10 Abs. 3 bis 5 KHEntgG:**

*„(3) In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung insbesondere zu berücksichtigen:*

- 1. (ist ersatzlos zu streichen)*
- 2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,*
- 3. erschlossene Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,*
- 4. Fallzahlsteigerungen,*
- 5. (unverändert)*

*Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt grundsätzlich nur in Höhe der variablen Kostenteile belasten und dies bei der Vereinbarung des Basisfallwertes berücksichtigt wird.*

- (4) *Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwerts überschreiten, wenn dies für die Sicherstellung der Versorgung erforderlich ist. Bei Systemanpassungen ist der Ausgangswert um die durch die Anpassung und Weiterentwicklung der Klassifikation und des Vergütungssystems nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 bedingten (rein technischen) Effekte zu bereinigen.*
- (5) *In den in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrags genannten Ländern ist die Auswirkung einer Angleichung der Höhe der Vergütung nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe in vollem Umfang bei der Vereinbarung des Basisfallwertes zu berücksichtigen.*

#### **Zu § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a KHEntgG**

*(Erhöhung des Ausgangswerts um entfallende Zuschläge)*

Nach der derzeitigen Rechtslage wird bei der Ermittlung des Ausgangswerts das Erlösbudget des Vorjahres um die Kosten der ab dem 1. Januar 2005 über sonstige Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4 zu finanzierenden Tatbestände vermindert. Die Ausgliederung ist sachgerecht, da die über Zuschläge finanzierten Tatbestände dann nicht gleichzeitig über das Erlösbudget finanziert werden dürfen.

Es ist abzusehen, dass ab dem Jahr 2006 im Vorjahr vereinbarte Zuschläge nicht automatisch in die Vereinbarung für das kommende Jahr aufgenommen werden müssen. In diesem Fall hat im Gegenzug zu der o.g. Regelung eine Erhöhung des Ausgangswerts zu erfolgen. Eine derartige Möglichkeit zur Erhöhung des Ausgangswerts, wie sie auch für krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in § 4 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG bzw. § 6 Abs. 4 KHEntgG vorgesehen ist, fehlt bisher. Eine entsprechende Anpassung in § 4 Abs. 2 KHEntgG ist daher dringend notwendig.

#### **Zu § 6 Abs. 3 KHEntgG**

*(Vorlage einer LKA zur Vereinbarung von Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG)*

Werden krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart, sieht § 6 Abs. 3 KHEntgG die Vorlage einer LKA vor. Dies gilt selbst dann, wenn nur ein einziges fall- oder tagesbezogenes Entgelt vereinbart wird. Die meisten Angaben zur LKA können bei der Vereinbarung krankenhausespezifischer Entgelte nicht sinnvoll getroffen werden (vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Artikel 2, Nummer 10, Buchstabe a). Dies gilt sowohl für die Angabe von Leistungsdaten in den „L-Abschnitten“ als auch bei der Kalkulation von Budget und Pflegesätzen nach den „K-Abschnitten“. Die verpflichtende Vorlage des Abschnitts E3 der AEB gemäß § 11 Abs. 4 KHEntgG ist ausreichend. Eine entsprechende Anpassung des § 6 Abs. 3 KHEntgG ist vorzunehmen.

## **Zu § 8 KHEntgG – neuer Absatz 9**

*(Kostenträgerwechsel bei stationärer Krankenhausbehandlung)*

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt vor, im Rahmen des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes eine gesetzliche Regelung zur Kostentragung bei Kostenträgerwechsel (z.B. in § 8 KHEntgG als neu einzufügender Absatz) aufzunehmen.

### **Formulierungsvorschlag:**

§ 8 Abs. 9:

*„Im Falle eines Kostenträgerwechsels während des stationären Aufenthaltes ist die gesamte Krankenhausleistung gegenüber dem Kostenträger abzurechnen, bei dem der Versicherte zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme Mitglied war bzw. der für diesen Patienten zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme als Sozialleistungsträger zuständig war.“*

### **Begründung:**

Durch die Einführung des DRG-Systems ergeben sich bei Kostenträgerwechsel eines Patienten im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung hinsichtlich der Aufteilung der Fallpauschalen zunehmend Unstimmigkeiten. Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, dass das Krankenhaus bei einem Kostenträgerwechsel des Patienten während der stationären Krankenhausbehandlung nicht verpflichtet ist, den Vergütungsanspruch anteilmäßig auf die beteiligten Kostenträger aufzuteilen. Im Rahmen dieser Krankenhausbehandlung sind damit alle gemäß § 7 KHEntgG abzurechnenden Entgelte gegenüber nur einem Kostenträger abzurechnen.

Das Bundessozialgericht hatte sich bereits im Urteil vom 20.11.2001 (Az B 1 KR 26/00 R) mit der Thematik der Kostenübernahme bei einem Kassenwechsel während einer stationären Behandlung befasst und zur Teilbarkeit von Fallpauschalen nach der BPfIV Stellung genommen. Insoweit ist jedenfalls die Unteilbarkeit von Fallpauschalen – auch im DRG-System – höchstrichterlich entschieden.

Darüber hinaus ist jedoch noch nicht abschließend geklärt, welcher Zeitpunkt im Rahmen der Krankenhausbehandlung für die einheitliche Kostentragung entscheidend ist. Wegen der Unteilbarkeit einer Fallpauschale, muss konsequenter Weise auf den Zeitpunkt der ersten Leistung im Krankenhaus abgestellt werden. Der einzig praktikable – weil einheitlich und zweifelsfrei festzustellende Zeitpunkt – kann dann nur die Aufnahme im Krankenhaus sein.

Eine Aufteilung der anteilmäßigen Kosten bei Wechsel der Mitgliedschaft bzw. Zuständigkeit während des Krankenhausaufenthaltes betrifft ausschließlich die Kostenträger. Eine diesbezügliche Verrechnung haben dann die betroffenen Kostenträger untereinander zu regeln. Auch die Einbeziehung anderer Kostenträger (z.B. Berufsgenossenschaft oder Sozialämter) liegt im Sinne der allgemeinen Feststellungen des BSG. Der Grundsatz, dass eine Fallpauschale nicht aufteilbar ist, muss sich konsequenterweise auch auf andere Kostenträger beziehen.

## **Zu Artikel 5 des Referentenentwurfes**

*(Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)*

### **Klarstellung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren**

Der Referentenentwurf für ein 2. FPÄndG sollte um folgende Bestimmung ergänzt werden, die eine für die Praxis erforderliche Klarstellung bezüglich der durch das GMG zum 1. Januar 2004 eingeführten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) enthält:

#### **Formulierungsvorschlag:**

*In Artikel 5 (Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch) sollte unter Ziffer 2. -neu- folgende Änderung aufgenommen werden:*

*„In § 95 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz, werden vor dem Wort „Leistungserbringern“ das Wort „den“ durch das Wort „allen“ ersetzt und vor dem Wort „gegründet“ die Worte „einzeln oder gemeinsam“ eingefügt.“*

#### **Begründung:**

Soweit ersichtlich ist in Bezug auf das MVZ bisher nicht streitig, dass ein MVZ sowohl von einem einzelnen, im GKV-System bereits tätigen Leistungserbringer gegründet werden kann als auch durch mehrere Leistungserbringer gemeinsam, die dabei nicht alle demselben Versorgungssektor angehören müssen. Bezweifelt wird aber, dass ein einzelner Vertragsarzt, der diesen Status beibehält und seine Vertragsarztzulassung nicht auf das MVZ überträgt, durch Gesellschaftsvertrag zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen bzw. bilden kann. Dies soll beispielsweise nach der Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nur dann möglich sein, wenn mehrere Freiberufler ihrerseits zunächst eine Gesellschaft gründen bzw. bilden, um dann gemeinsam mit einer juristischen Person ein MVZ zu gründen. Das würde die Gründung eines MVZ unter Einbeziehung von Freiberuflern allerdings unnötig schwerfällig machen. Deshalb sollte durch die vorgeschlagene gesetzliche Ergänzung und eine entsprechende Begründung klargestellt werden, dass auch ein einzelner, zugelassen bleibender Vertragsarzt zusammen mit einer juristischen Person ein MVZ gründen kann, welches – zur Erfüllung des Merkmals „fachübergreifend“ – sodann einen weiteren Arzt anstellen müsste.

## **Zu Artikel 6 – neu – des Referentenentwurfes**

### **Klarstellung zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum und Krankenhaus**

Der Referentenentwurf für ein 2. FPÄndG sollte um folgende Bestimmung ergänzt werden, die eine für die Praxis erforderliche Klarstellung bezüglich der durch das GMG zum 1. Januar 2004 eingeführten medizinischen Versorgungszentren (MVZ) enthält:

**Formulierungsvorschlag:**

**„Art. 6 – neu –**

**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

*Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch die 8. Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304, 2343), wird wie folgt geändert:*

*In § 20 Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:*

*„Die Ausübung ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus bildet keinen Hinderungsgrund nach den Absätzen 1 oder 2 für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit in einem medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V.“*

**Begründung:**

Nach der Begründung zum Fraktionsentwurf für das GMG (BT-Drucks. 15/1525, S. 74) war die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ein wesentliches Ziel der Reform des Gesundheitswesens durch das GMG. Eine der Maßnahmen des GMG zum Erreichen dieses Zieles bestand in der Einführung des medizinischen Versorgungszentrums in § 95 SGB V. Die dem Gesetzgeber insoweit nicht nur erwünschte, sondern von ihm zielgerichtet verfolgte Verzahnung insbesondere ambulanter und stationärer Heilbehandlung kann aber nicht nur durch institutionelle Öffnungen und Verknüpfungen erreicht werden. Vielmehr erscheint es zielführender und daher geboten, eine solche sektorenübergreifende Versorgung auch in der Person des einzelnen Leistungserbringers zu ermöglichen. Seit langem anerkannte Beispiele dafür sind der Belegarzt und der ermächtigte Arzt, die mit unterschiedlichen Schwerpunkten beide sowohl ambulant als auch stationär Behandlungsleistungen erbringen.

Mit Blick auf diese Beispiele, die Zielsetzung des Gesetzgebers und die ihr entsprechende Zulassung von Krankenhäusern zur Gründung medizinischer Versorgungszentren erscheint es naheliegend, dass im Krankenhaus angestellte Ärzte auch in medizinischen Versorgungszentren tätig werden können (und umgekehrt). Dem scheinen allerdings die Bestimmungen des § 20 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV und die dazu ergangene Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Zulassung von Krankenhausärzten als Vertragsärzte entgegenzustehen. Nach diesen Bestimmungen ist für die vertragsärztliche Tätigkeit ungeeignet, wer dafür nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht (Abs. 1) bzw. wer eine ihrem Wesen nach mit der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht zu vereinbarende Tätigkeit ausübt (Abs. 2). Das Bundessozialgericht hat diese Anforderungen in verschiedenen Entscheidungen (s. insbes. Urteile vom 30.01.2002, B 6 KA 20/01 R – Diplompsychologin – und vom 05.11.1997, 6 R KA 52/97 – Pathologe –) dahingehend konkretisiert, dass

1. der Vertragsarzt höchstens ca. 13 Wochenstunden anderweitig tätig sein dürfe,
2. er auch während seiner anderweitigen Tätigkeit für seine Patienten erreichbar sein müsse,
3. es ihm möglich sein müsse, Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst zu bestimmen,
4. die Vermischung vertragsärztlicher und anderweitiger ärztlicher Tätigkeit nicht zu einer Beschränkung des Patientenrechts auf freie Arztwahl führen dürfe und dass
5. eine Leistungsverlagerung zum Nachteil der Kostenträger aus nicht sachgerechten Gründen von einem zum anderen Bereich vermieden werden müsse.

Diese Konkretisierungen des § 20 Ärzte-ZV durch die Rechtsprechung lassen sich jedoch nicht auf das zum 1. Januar 2004 neu in die vertragsärztliche Versorgung eingeführte MVZ und die dort tätigen Ärzte übertragen.

**ad 1.**

Das gilt zunächst für die vom BSG bei ca. 13 Stunden angesetzte Obergrenze für den zeitlichen Umfang einer anderweitigen Tätigkeit außerhalb der Vertragsarztpraxis. Dies zielt auf den zugelassenen Vertragsarzt, der zur Sicherstellung der Versorgung einen Vertragsarztsitz innehält und damit bedarfsplanungsrechtlich meist andere Bewerber von diesem Sitz ausschließt. Demgegenüber kann die Vertragsarztzulassung im MVZ u.a. durch mehrere angestellte Ärzte ausgeübt werden. Nach § 32 b Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV gilt die mindestens halbtägige Beschäftigung eines angestellten Arztes sowie die Begrenzung der Zahl der Anstellungsverhältnisse auf zwei ausdrücklich nicht. Dementsprechend kann der Vertragsarztsitz im MVZ durch eine größere Zahl in geringerem zeitlichem Umfang beschäftigter Ärzte voll ausgeübt werden. Daher kann die Anforderung der Rechtsprechung, zumindest 2/3 der üblichen Wochenstundenzahl in der Vertragsarztpraxis tätig zu sein, nicht für das MVZ gelten.

**ad 2.**

Auch die Erreichbarkeit des Arztes für den Patienten lässt sich im MVZ anders gewährleisten als für den einzelnen Vertragsarzt. Sofern man – wie offenbar das BSG – von dem bisher häufigeren Fall des einzeln praktizierenden Vertragsarztes ausgeht, besteht zunächst der Unterschied, dass dieser während der Zeit seiner anderweitigen Tätigkeit in der Praxis nicht verfügbar bzw. die Praxis ganz geschlossen ist. Demgegenüber werden im MVZ bei Aufteilung einer Vertragsarztstelle von mehreren in Teilzeit angestellten Ärzten immer ein wenn nicht mehrere andere Ärzte verfügbar sein. Hinzu kommt, dass das Krankenhaus als Gesellschafter des MVZ notfalls sogar gewährleisten kann, dass ein bestimmter, im MVZ tätiger Arzt während der Zeit seiner Tätigkeit im Krankenhaus für MVZ-Patienten erreichbar ist, zumal die Praxis sicherlich eine räumliche Nähe zwischen Krankenhaus und MVZ anstreben wird.

**ad 3.**

Soweit es dem Leitbild des niedergelassenen Vertragsarztes entspricht, dass er den Inhalt und Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit und den Einsatz der der Praxis zugeordneten sachlichen und persönlichen Mittel selbst bestimmen kann, lässt sich auch das nicht auf den im MVZ tätigen angestellten Arzt übertragen. Insoweit ist nämlich zu berücksichtigen, dass das MVZ eine Mehrzahl von Ärzten anstellen, aber nur einen ärztlichen Leiter haben muss bzw. kann. Bereits daraus ergibt sich, dass die im MVZ angestellten, nicht leitenden Ärzte ohnehin nicht in einer dem Vertragsarzt vergleichbaren Weise selbst über ihre Tätigkeit und ihren Mitteleinsatz bestimmen können. Dies ist aber vom Gesetzgeber gewollt und kann dementsprechend nicht als Argument gegen die gleichzeitige Tätigkeit eines Arztes in Krankenhaus und MVZ herangezogen werden. Im Übrigen unterscheidet sich der hier diskutierte Fall auch dadurch von den von der Rechtsprechung entschiedenen, dass neben dem Arzt hier auch das Krankenhaus auf beiden Seiten in der (Träger-) Verantwortung steht und damit organisatorisch gewährleisten muss, dass der Arzt die ihm obliegenden Pflichten im Krankenhaus und im MVZ erfüllen kann.

**ad 4.**

In Bezug auf die von der Rechtsprechung geforderte Wahrung des Patientenrechts auf freie Arztwahl (§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V) ist zu konstatieren, dass sich aus der gleichzeitigen Tätigkeit eines Arztes im stationären und im ambulanten Bereich tatsächlich faktische Beschränkungen für die Arztwahlfreiheit des Patienten ergeben können. Es ist nämlich naheliegend, dass der ambulant behandelnde Arzt erwägen bzw. empfehlen wird, einen erforderlich werdenden stationären Eingriff selbst vorzunehmen (und umgekehrt), bzw. dass der Patient einen gewissen Druck verspüren wird, dieser Empfehlung zu folgen, um eventuelle Belastungen des Verhältnisses zum Arzt zu vermeiden. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber mit dem Belegarzt und dem ermächtigten Arzt nicht nur Positionen geschaffen hat, die die Arztwahlfreiheit des Patienten in gleicher Weise tangieren. Vielmehr ergeben sich bereits aus § 76 Abs. 2 und 3 SGB V (Beschränkung auf den nächsterreichbaren Arzt und der Arztwechselfähigkeit, Hausarztwahlpflicht) sowie aus der jüngst in § 28 SGB V eingeführten Praxisgebühr gesetzliche Beschränkungen der Arztwahlfreiheit des Patienten. Danach handelt es sich bei dem Recht auf freie Arztwahl keineswegs um ein unbeschränkt gewährtes Recht. Vielmehr muss sich dieses Recht offensichtlich immer wieder anderen gesetzgeberischen Zielsetzungen unterordnen. Das ist auch vorliegend der Fall, wenn der Gesetzgeber einen Abbau der Sektorengrenzen anstrebt, um Informationsverluste bei deren Überwindung zu vermeiden und dadurch die Behandlung der Patienten zu optimieren und Kosten für das Gesundheitssystem insgesamt einzusparen.

**ad 5.**

Schließlich muss bezweifelt werden, dass in nennenswertem Umfang Leistungsverlagerungen zum Nachteil der Kostenträger zu befürchten sind. Sie dürften allenfalls dann auftreten, wenn ambulant erbringbare Leistungen in den zusätzlich mit Unterbringungs- und Verpflegungskosten behafteten stationären Bereich verlagert werden. Dort drohen allerdings Fehlbelegungsprüfungen nach den § 275 Abs. 1 SGB V und entsprechende Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG, deren Ergebnisse ggf. im Erlösbudget oder den Fallpauschalen des kommenden Jahres zu berücksichtigen sind. Dies dürfte einer willkürlichen Leistungsverlagerung entgegen-

stehen, wobei ein verbleibendes Risiko wie beim Belegarzt und beim ermächtigten Arzt hinzunehmen ist. Die Vorschrift des § 17c ist erst durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002 in das KHG eingefügt worden und konnte daher in der Rechtsprechung des BSG noch keine Berücksichtigung finden.

**Fazit:**

Danach steht § 20 Ärzte-ZV der gleichzeitigen Tätigkeit eines Arztes im Krankenhaus und MVZ zwar nicht entgegen. Da in der Literatur zum MVZ aber bereits – wenn auch ohne jede Begründung – das Gegenteil vertreten wird und auch KBV und KVen die letztere Auffassung vertreten, ist eine gesetzliche Klarstellung geboten, weil dadurch nicht nur dem Interesse des Krankenhauses an einem wirtschaftlichen Personaleinsatz, sondern auch dem Interesse des Gesetzgebers und des Patienten an einer sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung getragen wird.