

Ferdinand Rau

Änderung der Rahmenbedingungen der DRG-Einführung

Referentenentwurf eines 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes

Der DKG-Vorstand hat mit Beschluss vom 31. März 2004 Änderungen an den Rahmenbedingungen der weiteren, budgetrelevanten DRG-Einführung ab dem Jahr 2005 gefordert. Hervorzuheben sind dabei die Forderungen nach einer zeitlichen Streckung der Konvergenzphase und einer Abflachung des sogenannten Einstiegswinkels, also der Konvergenzquoten, insbesondere in den Anfangsjahren. Entsprechende Notwendigkeiten sieht auch der VKD. Noch grundsätzlicheren Änderungsbedarf in dieser Hinsicht haben die Kultusministerien der Länder geltend gemacht. Mit Blick auf die erwarteten Auswirkungen für die Universitätsklinika hat die Kultusministerkonferenz bereits zum 4. März 2004 in einem Positionspapier Stellung zu diesem Thema bezogen. Angesichts dieser und weiterer Positionierungen von Seiten der Länder, aber auch aufgrund eigener Einschätzungen hinsichtlich des erreichten Abbildungsgrades des DRG-Fallpauschalensystems einerseits und der darauf aufbauenden weiteren Konsequenzen andererseits, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) am 28. Mai 2004 einen Referentenentwurf für ein 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) an Verbände, Länder und Ressorts verschickt.

Es steht außer Zweifel, dass mit dem 1. deutschen DRG-Fallpauschalensystem, dem G-DRG-System 2004, ein großer Schritt zur Abbildung deutscher Versorgungsbesonderheiten gemacht wurde. Dies ist insbesondere positiv in Richtung der an der Kalkulation auf freiwilliger Grundlage teilnehmenden Krankenhäuser hervorzuheben, aber auch in Richtung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Dennoch ist nicht abzustreiten, dass das geltende DRG-Fallpauschalensystem – aus unterschiedlichen Gründen – für die sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistungen in einigen Teilbereichen noch verbesserungsbedürftig ist. Beispielhaft in diesem Zusammenhang genannte Bereiche sind die Intensivmedizin, die Vergütung von Langliegern oder von Medikamentenkosten in der Onkologie.

Angesichts verbesserter Kodier- und Kalkulationsdaten der Krankenhäuser, aber auch aufgrund weiter optimierter Kalkulationsverfahren und eingängiger Analysen einzelner Teilbereiche durch das InEK, ist für das Fallpauschalensystem 2005 mit einer weiteren Verminderung bestehender Problemgebiete zu rechnen. In welchem Umfang, muss aber derzeit noch als offen angesehen werden.

■ Modifizierung der Konvergenzphase

Der Referentenentwurf nimmt sowohl eine Streckung der Konvergenzphase um ein Jahr als auch eine Abflachung des Einstiegswinkels auf 15 Prozent im Jahr 2005 und 25 Prozent im Jahr 2006 vor. Die Jahre 2007 und 2008 sind mit jeweils 30 Prozent nur geringfügig abgemildert im Vergleich zu den bisherigen beiden letzten Stufen der Konvergenzphase. Die abweichenden Quoten im Referentenentwurf erklären sich aus der Tatsache, dass an der bisherigen Systematik festgehalten wurde und sich die Quoten nach § 4 KHEntgG weiterhin noch auf die jeweils verbleibende Differenz zwischen Ausgangs- und Zielwert beziehen. Am Starttermin der Konvergenzphase im Jahr 2005 wird festgehalten.

Trotz der einzuräumenden Verbesserungspotenziale im derzeitigen Fallpauschalensystem wird zum Beispiel der DKG-Forderung nach einer fünfstufigen Konvergenz, die mit nur 10 Prozent beginnt, nicht entsprochen. Bereits beim Frühlingsempfang der DKG hatte die Bundesgesundheitsministerin Bedenken hinsichtlich der Merkllichkeit einer entsprechend gestreckten und abgemilderten Konvergenz in der Einstiegsphase geäußert. Die begrenzte Streckung und Abflachung der Konvergenzphase geschieht unter anderem mit Blick auf viele wirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser mit in der Vergangenheit knappen Budgetvereinbarungen. Auch soll der Druck zu Strukturveränderungen und zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven beibehalten werden.

Auf Grund der Streckung der Konvergenzphase ergibt sich die Folgeproblematik, dass prospektiv vereinbarte, zusätzliche Leistungen bei einer – analog der geltenden Gesetzeslage – erfolgenden Übernahme der Konvergenzquoten im Jahr 2005 mit 15 Prozent des DRG-Katalogpreises zu einem sehr niedrigen Wert in die Budgets einbezogen würden. Mit diesem Prozentsatz könnten zusätzliche Kosten für Medikamente oder Implantate nicht finanziert werden. Vor diesem Hintergrund wird für die prospektive Berücksichtigung zusätzlicher Fälle in den Jahren 2005 und 2006 unverändert an den bisher vorgesehenen Finanzierungsquoten festgehalten (33 bzw. 50 Prozent). Im Jahr 2007 werden statt der vollen DRG-Katalogpreise mit 75 Prozent noch abgestaffelte Entgelte herangezogen. Ab dem Jahr 2008 werden zusätzliche Leistungen – also ebenfalls mit einem Jahr Verspätung – zum vollen DRG-Preis vergütet. Den Vertragsparteien vor Ort wird für Einzelfälle, bei denen sehr hohe zusätzliche Kosten entstehen (zum Beispiel Transplantationen), die Möglichkeit eröffnet, abweichend von den genannten Quoten auch eine Berücksichtigung der entstehenden Kosten zu vereinbaren (§ 4 Absatz 4 KHEntgG). ▶

■ Kalkulationszahlungen und Repräsentativität

Ein wichtiger Ergänzungsschritt zu der zeitlichen Streckung der DRG-Einführung durch ein zusätzliches Konvergenzjahr sind Maßnahmen, welche die Qualität der Kalkulationsdaten dauerhaft fördern und verbessern. Deshalb wird in § 17 b Absatz 5 KHG explizit gesetzlich vorgegeben, dass aus dem DRG-Systemzuschlag auch pauschalierte Zahlungen für Kalkulationskrankenhäuser zu finanzieren sind. Eine vollständige Kostenerstattung ist hierbei nicht vorgesehen, jedoch soll der wesentliche Teil der zusätzlichen Kosten abgedeckt werden. Der Referentenentwurf sieht 2 Finanzierungsbestandteile vor: einen Grundbetrag für die Kalkulationsteilnahme und eine ergänzende Finanzierung in Abhängigkeit von der Anzahl und der Qualität der übermittelten Daten. Finanziell ist im Ergebnis mit einer geschätzten Aufstockung des je Krankenhausfall in Rechnung zu stellenden DRG-Systemzuschlags in Höhe von 0,55 € auf 0,82 € zu rechnen. Der Forderung der DKG, einen gesonderten Kalkulationszuschlag einzuführen, wird nicht gefolgt.

■ Aussagekraft der Relativgewichte

Ein weiterer wichtiger Punkt zur Absicherung der Aussagekraft der Relativgewichte des Fallpauschalensystems ist die Repräsentativität der Stichprobe und damit auch der Ergebnisse. Der Referentenentwurf gibt deshalb vor, dass für die Kostenerhebungen eine repräsentative Auswahl von Krankenhäusern anzustreben ist. Bereits im November 2003 wurden Gespräche mit den Selbstverwaltungspartnern geführt mit der Aufforderung, in beiden Punkten entsprechend tätig zu werden. Auch ohne gesetzliche Änderung des § 17 b Absatz 5 KHG in seiner bisherigen Fassung hätte eine ausreichende Grundlage für eine Vorgehensweise bestanden, wie sie der Referentenentwurf nun explizit vorsieht.

■ Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts

Über die Ausgestaltung der Konvergenzphase im engeren Sinne und die Verbesserung der Systemqualität hinaus wird Änderungsbedarf bei einzelnen, ab 2005 greifenden Regelungen angemahnt. Der Referentenentwurf berücksichtigt, gemäß dem „lernenden System“, auch einige dieser Forderungen. Wichtigste Themen in diesem Zusammenhang sind die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts und die Etablierung einer wettbewerbsneutralen Ausbildungsfinanzierung.

☞ Um die Chancen zu erhöhen, dass von den Selbstverwaltungspartnern auf der Landesebene überhaupt landesweite Basisfallwerte nach § 10 KHEntgG vereinbart werden, muss das Risiko von Fehlschätzungen vermindert werden.

Bereits bei einer fehlerhaften Festlegung des Basisfallwerts um wenige Euro können in einzelnen Bundesländern Mehr- bzw. Minderausgaben in Millionenhöhe entstehen. Dies gilt umso mehr, als die Datenlage für die erstmalige Vereinbarung eines landesweiten Basisfallwerts für das Jahr 2005 nicht unproblematisch ist. Für Fehlschätzungen soll deshalb ein Korrekturausgleich vorgenommen werden können, indem der Basisfallwert des Folgejahres entsprechend ver-

ändert wird. Schon bei der Vereinbarung des Basisfallwerts haben die Vertragsparteien auf der Landesebene festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr über eine Korrektur verhandelt werden kann.

Die Rahmenbedingungen für eine fristgerechte Bestimmung der landesweiten Basisfallwerte werden auch insofern verbessert, als explizit klargestellt wird, dass der durch die Vertragsparteien auf der Landesebene vereinbarte Basisfallwert oder der durch die Schiedsstelle festgesetzte Wert nicht der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde bedarf (§ 10 Absatz 8 KHEntgG). Dies trägt auch der Tatsache Rechnung, dass die Position der Länder zur Frage der Genehmigung sehr unterschiedlich ist. Einige Länder wollen die Genehmigung grundsätzlich abschaffen. Eine Anfechtung der Vereinbarung oder Festsetzung des landesweiten Basisfallwerts wird ausgeschlossen. Damit kann eine gerichtliche Überprüfung nur im Rahmen der Beklagung einer Pflegesatzgenehmigung für ein einzelnes Krankenhaus erfolgen.

■ Sicherstellung einer wettbewerbsneutralen Ausbildungsfinanzierung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf wird an der bereits bisher vorgesehenen wettbewerbsneutralen Ausbildungsfinanzierung festgehalten. Dennoch wird aufgrund von Problemen der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene, verlässliche Ausbildungszuschläge zu ermitteln, § 17 a KHG in weiten Teilen neu strukturiert. Auszubildende Krankenhäuser haben ein getrennt geführtes Ausbildungsbudget, das die tatsächlich entstandenen Kosten abdeckt, zu vereinbaren. Statt der bislang vorgesehenen Finanzierung durch pauschalierte Ausbildungszuschläge sollen die auf der Bundesebene kalkulierten Ergebnisse Richtwerte darstellen, die bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets zu berücksichtigen sind. Zum Erreichen wirtschaftlicher Ausbildungsstrukturen besteht damit größere Flexibilität.

Soweit auch durch den Abschluss von Strukturverträgen wirtschaftliche Ausbildungsstrukturen nicht erreicht werden können, eine Ausbildungsstätte zur Sicherstellung der Ausbildung in der Region aber erforderlich ist, sind langfristig Ausbildungskosten zu akzeptieren, die oberhalb der Richtwerte liegen. Unter Aufrechterhaltung eines Wirtschaftlichkeitsdrucks kann damit der Gefahr einer Reduzierung der Ausbildungsbereitschaft und der Verminderung von Ausbildungsstätten entgegengewirkt werden.

Darüber hinaus wird für den Fall, dass den Vertragsparteien auf der Landesebene die fristgerechte Bildung eines Fonds zum Ausgleich der Ausbildungskosten zwischen auszubildenden und nicht auszubildenden Krankenhäusern nicht gelingt, die krankenhausespezifische Abrechnung der Ausbildungskosten eröffnet. Um in diesem Fall mögliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen auszubildenden und nicht auszubildenden Krankenhäusern zu vermeiden, können die Länder – wie bereits in einigen Ländern in der Vergangenheit geschehen – durch Rechtsverordnung einen Ausgleich vorgeben. ▶

Unverzichtbare Arbeitshilfe für Praktiker



Der Herausgeber:

Dr. rer. oec. Michael Greiling, Mitarbeiter der Unternehmensgruppe Evangelische Treuhand/APB. Leiter des Geschäftsbereichs Controlling der APB Unternehmensberatung GmbH, Münster. Lehrbeauftragter der Fachhochschulen Münster und Gelsenkirchen.

Die Autoren:

Mitarbeiter der Unternehmensgruppe Evangelische Treuhand/APB, Geschäftsbereich Controlling der APB Unternehmensberatung GmbH, Münster.

Michael Greiling (Hrsg.)

Pfade durch das Klinische Prozessmanagement

Methodik und aktuelle Diskussionen

2003. 288 Seiten. Kart.

€ 34,80

ISBN 3-17-018021-5

In der aktuellen Krankenhaussituation – mit verpflichtender Einführung der Abrechnung nach Fallpauschalen seit 1.1.2004 – besteht ein Spannungsverhältnis zwischen Qualität der medizinischen Behandlung, Zeit- und Kostenaufwand. Diese Spannung lässt sich durch den Einsatz von Behandlungspfaden zugunsten einer adäquaten Patientenversorgung beeinflussen. Zur Umsetzung dieser Pfade eignet sich ein ganzheitliches Prozessmanagement, welches im vorliegenden Buch praxisnah in seinen Gestaltungsmöglichkeiten, seiner Einführung und Umsetzung vorgestellt wird. Darüber hinaus finden die Zusammenhänge des klinischen Prozessmanagements u.a. mit der Prozesskostenrechnung, der Balanced Scorecard und dem Prozesscontrolling Beachtung.

Jetzt Bestellschein ausfüllen und abschicken oder faxen an **0 711 / 78 63 - 8141**

www.kohlhammer.de

Bestellschein

Ich bestelle aus dem Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, durch die Buchhandlung:

--

Expl.

Michael Greiling (Hrsg.)

Pfade durch das Klinische Prozessmanagement
288 Seiten. Kart.

€ 34,80

ISBN 3-17-018021-5

Name, Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Datum/Unterschrift

W. Kohlhammer GmbH · Verlag für Krankenhaus und Pflege · 70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 7863 - 8141 · vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.



Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

■ Legaldefinition „teilstationär“

Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem soll auch die Vergütung teilstationärer Leistungen umfassen. Aus unterschiedlichen Gründen ist den Selbstverwaltungspartnern für den Fallpauschalenkatalog 2004 eine Einigung zur Vergütung dieser Leistungen nicht gelungen. Eine gewisse Rolle hat hierbei auch die bislang nicht hinreichend trennscharfe Definition dieser Art der stationären Leistungserbringung gespielt. Mit dem 2. FPÄndG soll in § 39 Absatz 1 SGB V nun eine Legaldefinition für teilstationäre Leistungen eingeführt werden. Im Unterschied zu ambulanten Leistungen werden als teilstationär solche Leistungen definiert, die wegen der Komplexität der Leistungen oder bestehender Risiken die Hintergrundsicherheit durch die Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen. Da es sich bei teilstationärer Behandlung um einen Unterfall der stationären Behandlung handelt, ist eine teilstationäre Behandlung nur möglich, wenn das Krankenhaus für das betreffende Fachgebiet einen Versorgungsauftrag besitzt.

Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass mit dem 2. FPÄndG auch einige nicht DRG-bedingte Vorschriftenänderungen vorgesehen sind. Bei der Krankenhausstatistik-Verordnung werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen und die staatliche Vergütungsfestsetzung durch die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung soll bis 2007 in eine Vertragslösung überführt werden.

■ Ausblick

Mit dem Referentenentwurf eines 2. FPÄndG wird der Startschuss für ein weiteres wichtiges Gesetzgebungsverfahren zur deutschen DRG-Einführung gegeben. Die Aufnahme dieses Verfahrens belegt erneut, dass die Philosophie des „lernenden Systems“ ernst genommen wird und kein bloßes Lippenbekenntnis ist. Dies schließt auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen ein. Das bedeutet aber nicht, dass sich der Gesetzgeber jede Forderung unkritisch zu eigen macht. Für das weitere Gesetzgebungsverfahren wird insbesondere die konkrete Positionierung der Länder von Interesse sein. Dies gilt nicht nur mit Blick auf die in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Universitätsklinika. Forderungen, die von einem Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens noch vor der Sommerpause ausgehen, sind in Anbetracht der im Herbst zu treffenden Vereinbarungen zwar nachvollziehbar, aber nicht realistisch und bereits mit dem normalen parlamentarischen Beratungsprozess nicht in Deckung zu bringen. Der Zeitplan sieht einen Abschluss des Verfahrens noch in diesem Jahr vor.

Anschrift des Verfassers:

Ferdinand Rau, c/o Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 53108 Bonn ■

Dr. Martin Walger

Das Ende des AiP

Mit dem Gesetz zur Änderung der Bundesärztleitung und anderer Gesetze wird ein Schlusspunkt in einer seit 7 Jahren geführten Diskussion gesetzt. Bereits in den ersten Entwürfen einer geänderten Approbationsordnung für Ärzte war 1997 die Rede davon, dass die Arzt-im-Praktikum-Phase¹⁾ nach der Etablierung eines reformierten, das heißt eines stärker praxisorientierten Medizinstudiums für entbehrlich gehalten wird. Der Gesetzgeber hat nun festgelegt, dass die AiP-Phase zum 1. Oktober 2004 der Vergangenheit angehört. Nach der erwarteten Zustimmung des Bundesrates im Juni tritt das Gesetz am Tag nach der Verkündung, einzelne Artikel des Gesetzes treten am 1. Oktober 2004 in Kraft.

Echte Stichtagsregelung

Auf Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages wurde der Gesetzentwurf an mehreren Stellen modifiziert – eine echte Stichtagsregelung ist verankert worden. Somit haben auch die Studierenden, die vor dem 1. Oktober 2004 ihr Studium der Humanmedizin mit Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung absolviert haben, ab dem 1. Oktober 2004 keine Tätigkeit mehr als Arzt im Praktikum abzuleisten. Sofern eine AiP-Phase noch begonnen wurde, endet diese am 30. September 2004.

Die DKG hatte diese echte Stichtagsregelung seit längerem sowie gemeinsam mit der Bundesärztekammer und dem Marburger Bund gefordert. Eine unechte Stichtagsregelung wurde aus 2 Gründen für problematisch gehalten. Zum einen wäre es ab dem 1. Oktober 2004 zu einem wenig fruchtbaren Nebeneinander von AiP-Ärzten und Assistenzärzten gekommen. Zum anderen hätten Studierende ihr Examen möglicherweise um ein volles Jahr aufgeschoben, um einer Übergangsregelung zu entgehen. Ein kontinuierlicher Zugang ärztlicher Nachwuchskräfte ist jedoch essenziell für die Krankenhäuser.

In arbeits- und tarifrechtlicher Hinsicht stellen sich die Auswirkungen der echten Stichtagsregelung wie folgt dar: Alle AiP-Ausbildungsverhältnisse enden am 30. September 2004, eine Fortsetzung ist aufgrund des genannten Gesetzes nicht möglich. Die am 30. September 2004 in der AiP-Phase befindlichen Ärzte haben keinen tariflichen oder gesetzlichen Anspruch darauf, bis zum Ablauf der ursprünglich vereinbarten AiP-Phase als Arzt beschäftigt zu werden. Auf freiwilliger Basis können Krankenhausträger und Arzt ein befristetes oder unbefristetes Arbeitsverhältnis als Arzt vereinbaren.

Von Bedeutung ist die Unterscheidung, dass die AiP-Phase ein Ausbildungsverhältnis ist, eine anschließende Beschäftigung als Arzt ein Arbeitsverhältnis darstellt. Wird also nach

Seminare 2004

der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH

Bereitschaftsdienst – Was nun?

Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst im Krankenhaus

Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und die Rechtsprechung zum Bereitschaftsdienst werden seit einiger Zeit heftig diskutiert. In der Presse finden sich immer neue Schlagworte: Rufbereitschaft, Arbeitszeit, Spartenarbeitsvertrag. Was bedeutet dies für den Arbeitgeber? Welche Konsequenzen müssen gezogen werden?

Personalleiter, Verwaltungsleiter, Chefärzte und Stationsleiter werden viele wichtige Informationen zur Erfüllung ihrer Aufgaben mitnehmen können.

Die Themen

- Darstellung der aktuellen tarifrechtlichen Situation in Krankenhäusern
- Erläuterung der Auswirkungen der Urteile des EuGH (z. B. SIMAP-Urteil, Jaeger-Urteil)
- Aufzeigen der Auswirkungen der Europäischen Richtlinien auf die Personalpraxis
- Überblick und Erläuterung der aktuellen Entwicklungen aus dem Tarifgeschehen und der deutschen Rechtsprechung

Die Referenten

Petra Sieblist, stellv. Krankenhausdirektorin und Personalleiterin des Städtischen Krankenhauses Kiel

Dr. Kai Litschen, stellv. Geschäftsführer des KAV Schleswig-Holstein, dort u. a. zuständig für die Beratung von öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern; Veröffentlichungen in „ZTR“, „NZA“ und „Das Krankenhaus“

Termine, Orte und Kosten

Dienstag, 6. Juli 2004 in Düsseldorf

Seminargebühr: nur € 340,- zzgl. 16% MwSt.
Seminarunterlagen, Verpflegung und Getränke sind im Preis enthalten.



*Interessante Rabatte für Frühbucher,
Mehrfach-Anmeldungen, etc.! Näheres dazu
erfahren Sie unter Tel.: 089/54852-81 26
oder www.huethig-jehle-rehm.de.*

::rehm



PRAKTIKER
INTENSIV
SEMINARE
— 2004 —



Fax-Anmeldung:
0 89/5 48 52-82 29

**Online-Anmeldung und
weitere Infos:**
katharina.hipp@hjr-verlag.de
oder
www.huethig-jehle-rehm.de

Katharina Hipp
Verlagsgruppe
Hüthig Jehle Rehm GmbH
Emmy-Noether-Straße 2
80992 München
Telefon: 0 89/5 48 52-81 26

dem beendeten AiP-Ausbildungsverhältnis ein **befristetes** Arbeitsverhältnis begründet, so führt dies nicht zu einer rechtsunwirksamen Befristung mit der Folge, dass der befristete Arbeitsvertrag als auf unbestimmte Zeit geschlossen gilt. Es liegen für diesen Fall eben nicht 2 Arbeitsverhältnisse vor, sondern ein Ausbildungs- und ein Arbeitsverhältnis.

Refinanzierung der Mehrkosten

Die Abschaffung der AiP-Phase ist mit beträchtlichen Mehrkosten für die Krankenhäuser verbunden, die sich im Wesentlichen auf die Vergütungsdifferenzen zwischen AiP und Assistenzarzt (ca. 29 000 € pro Jahr) gründen. Die Aktivitäten der DKG stellten deshalb insbesondere darauf ab, eine Refinanzierung der entstehenden Mehrkosten gesetzlich abzusichern. Die DKG hatte ihre diesbezüglichen Berechnungen – es ergeben sich jährliche Mehrkosten von ca. 293 Mio. € – den politischen Entscheidungsträgern transparent gemacht und frühzeitig entsprechende Refinanzierungstatbestände eingefordert.

Erfreulicherweise ist der Gesetzgeber den Argumenten der DKG in vollem Umfang gefolgt. Bereits im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurden die BPfIV und das KHEntgG geändert:

● § 6 Absatz 1 Satz 4 Nr. 8 BPfIV

„Der Gesamtbetrag darf den um die maßgebliche Rate veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die folgenden Tatbestände dies erforderlich machen: [...] zusätzliche Kosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum“

● § 4 Absatz 14 KHEntgG

„Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum werden in den Jahren 2004 bis 2006 außerhalb des Erlösbudgets und der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 1) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 finanziert. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Vomhundertsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der Mehrkosten einerseits sowie der Summe aus Erlösbudget und Erlössumme nach § 6 Absatz 3 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Der Zuschlag ist in der Rechnung des Krankenhauses mit dem Zuschlag nach Absatz 13 zusammenzufassen.“

● § 10 Absatz 7 KHEntgG

„In den ab dem 1. Januar 2007 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten im Falle der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Absatz 14 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.“

Vor dem Hintergrund der beschlossenen echten Stichtagsregelung erfolgte durch das Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze eine erneute Änderung der BPfIV und des KHEntgG. Diese ermöglichen, bereits in 2004 anfallende Mehrkosten in 2005 geltend zu machen:

● § 6 Absatz 1 Satz 4 Nr. 8 BPfIV

Es wird folgender Halbsatz angefügt: „wenn Mehrkosten für das Jahr 2004 nicht in dem Gesamtbetrag des Jahres 2004 berücksichtigt wurden, sind diese Mehrkosten in den Gesamtbetrag für das Jahr 2005 mit Wirkung nur für dieses Jahr einzubeziehen.“

● § 4 Absatz 14 KHEntgG

Folgender Satz wird angefügt: „Soweit Mehrkosten für das Jahr 2004 nicht durch die Abrechnung eines Zuschlags gedeckt werden, sind diese Mehrkosten in die Berechnung der Zuschläge für das Jahr 2005 einzubeziehen.“

Arbeitsplatz Krankenhaus

Die gesetzliche Basis, für die entstehenden Mehrkosten eine Refinanzierung zu erhalten – und zwar außerhalb der Budgetrestriktionen – ist somit geschaffen. Hierfür hat sich die DKG nachhaltig und mit Erfolg eingesetzt.

Es ist zu hoffen, dass die Umsetzung des geltenden Rechts in den Budget- und Pflegesatzverhandlungen vor Ort ohne Probleme verläuft. Krankenhäuser, die zum 1. Oktober 2004 den bisherigen Ärzten im Praktikum nun ein Arbeitsverhältnis als Arzt anbieten, treten mit den dann zu zahlenden Gehältern quasi in finanzielle Vorleistung. Sie sind darauf angewiesen, dass die entstehenden Mehrkosten von den Kostenträgern voll und umgehend refinanziert werden. Die DKG appelliert insoweit an alle Beteiligten, an einem nahtlosen Übergang aktiv mitzuwirken.

Die Abschaffung des AiP ist von der Politik wiederholt als eine Maßnahme zur Attraktivitätssteigerung der ärztlichen Berufsausübung bezeichnet worden. In der Tat wurden in der Vergangenheit hohe Aussteigerquoten vor dem Beginn der AiP-Phase verzeichnet. Sollten die achtzehnmonatige AiP-Phase und die damit verbundenen Konditionen als entscheidungsrelevanter Abreiz empfunden worden sein, so ist jetzt der Weg zur ärztlichen Berufsausübung verkürzt und tatsächlich attraktiver ausgestaltet worden.

Möglichst geringe Aussteigerquoten aus dem Studium der Humanmedizin sind sowohl bildungsökonomisch als auch für die Krankenhäuser als Leistungserbringer dringend erwünscht – zumal vor dem Hintergrund des wachsenden Ärztemangels.

Die Erreichung dieses Ziels mag auch rechtfertigen, dass der Gesetzgeber die Abschaffung der AiP-Phase entgegen früheren Planungen zu einem Zeitpunkt vollzieht, zu welchem die Reform des Medizinstudiums mit einer stärkeren Praxisorientierung auf der Basis der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 noch nicht vollständig gegriffen haben kann.

1) Mit dem Begriff Arzt sind sowohl Ärztinnen als auch Ärzte gemeint.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Martin Walger,
Geschäftsführer des Dezernats Personalwesen
und Krankenhausorganisation der DKG,
Münsterstraße 169, 40476 Düsseldorf ■

DKG-Präsident Wolfgang Pföhler: BMGS-Vorschläge mit Licht und Schatten

„Wir begrüßen es, dass mit dem Entwurf des 2. FPÄndG das Schlagwort vom ‚lernen-System‘ ernst genommen wird. Mit der Abflachung des Einstiegswinkels zur Konvergenzphase von 33,33 Prozent auf 15 Prozent wurde einer Kernforderung der DKG zumindest teilweise entsprochen. Der Vorstand der DKG hatte mit mehr als $\frac{3}{4}$ der Stimmen eine Abflachung des Einstiegswinkels auf 10 Prozent gefordert, um Fehlleitungen des stationären Sektors zu vermeiden.

Gleiches gilt für die vorgesehenen Pauschalzuschläge für kalkulierende Krankenhäuser. Dadurch können Repräsentativität und Qualität der Kalkulation – und damit der Systemqualität – verbessert werden. Auch die vorgesehene Korrekturmöglichkeit des Landesbasisfallwerts ist zu begrüßen. Dadurch wird verhindert, dass aufgrund einer unzureichenden oder fehlerhaften Datenlage ein nicht sachgerechtes Ergebnis ggf. zu erheblichen Verwerfungen in der Krankenhausstruktur eines Landes führt.

Ebenso geht der Schritt zur Schaffung der Voraussetzungen für eine Kostenausgliederung der Ausbildung in die richtige Richtung. Die DKG hat sich bereits im Rahmen ihrer letzten Vorstandssitzung einmütig für eine krankenhaushausindividuelle Finanzierung der Ausbildung ausgesprochen, solange die Gegebenheiten für die Pauschalfinanzierung noch unzureichend sind.

Gleichwohl kritisiert die DKG die Verlängerung der Konvergenzphase um nur 1 Jahr. Dies hat aufgrund des niedrigen Reifegrads des DRG-Systems erhebliche Verwerfungen in der Kliniklandschaft zur Folge. Es bleibt bei der Forderung, die Konvergenzphase auf 5 Schritte zu verlängern, da sonst Umverteilungen vorgenommen werden, die keinen Leistungskriterien folgen.“

SPD-München: Krankenhäuser der Maximalversorgung nicht benachteiligen

Die Rathaus-SPD München befürchtet bei der Festlegung des Landesbasisfallwerts eine Benachteiligung der Krankenhäuser mit einem maximalen Versorgungsauftrag, heißt es in einer Pressemeldung vom 28. Mai 2004. Die CSU-Landesregierung müsse den Basisfallwert in Bayern nach den Versorgungsstufen I bis IV staffeln, forderte der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Rathausfraktion in München, Klaus Peter Rupp. Der Gesundheits- und Krankenhausausschuss des Stadtrats folgte am 27. Mai dieser Argumentation einstimmig. Oberbürgermeister und Ge-

Umzug der DKG nach Berlin

**Neue Anschrift ab Juli 2004:
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Postfach 12 05 55
10595 Berlin**

**Telefon: 0 30/3 98 01-0
Telefax: 0 30/3 98 01-30 00**

Internet und E-Mailadressen bleiben bestehen

sundheitsreferat wurden beauftragt, sich in diesem Sinn beim Freistaat und beim Bayerischem Städtetag einzusetzen. Die Arbeit einer Klinik, die der bayerische Krankenhausplan in die Maximalversorgungsstufe IV einordne, müsse angemessen honoriert werden. Kliniken mit einem geringeren Leistungsspektrum erhielten demnach entsprechend weniger Geld.

VUD kritisiert zentrale Mängel bei der Einführung der DRGs

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands appellierte im April dringend an die Politik in Bund und Ländern, die aktuelle Situation bei der Einführung des deutschen DRG-Systems zu berücksichtigen und rechtzeitig für 2005 die notwendigen gesetzlichen Änderungen abzuleiten. Das System weise immer noch zentrale Abbildungsmängel in der Hochleistungsmedizin auf, bei denen insbesondere die Universitätsklinika und die Krankenhäuser der Maximalversorgung nicht annähernd auf ihre Kosten kämen. Hinzu kommen, so der VUD, komplett unerledigte Probleme bei den DRG-Zuschlägen zum Beispiel für die Notfallversorgung und für die Tumorzentren.

Nach Auffassung des VUD sollten die jährlichen Anpassungsschritte während der Konvergenzphase unmittelbar an die erfolgreiche Beseitigung von Mängeln und Lücken des DRG-Systems gekoppelt werden. In den Lernprozess sei auch die Prüfung einzubeziehen, ob das deutsche DRG-System mit einem einheitlichen Basisfallwert pro Bundesland auskomme. Die praktischen Erfahrungen in Ländern wie Australien und Österreich wiesen eher auf eine Differenzierung der Basisfallwerte nach Krankenhausversorgungsstufen hin. ■

Bundespräsident Johannes Rau auf dem Ärztetag

Das gesundheitspolitische Berlin stand Mitte Mai zeitweise im Schatten des 107. Deutschen Ärztetages in Bremen. Neben den Hauptrednern Johannes Rau und Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe sprachen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt sowie der Bremer Bürgermeister Henning Scherf Grußworte.

Ein Höhepunkt der Eröffnungsveranstaltung am 18. Mai war die Begrüßung durch die Präsidentin der Bremer Ärztekammer und BÄK-Vizepräsidentin Ursula Auerswald. In ihrer kurzen Rede beklagte sie unter anderem das sich immer neu manifestierende Misstrauen der Politik gegenüber den Beteiligten im Gesundheitswesen. Die Bremer Ärztekammerpräsidentin bekam für ihre Rede den insgesamt kräftigsten Applaus und übertraf in dieser Hinsicht den BÄK-Präsidenten Dr. Hoppe, der in seiner Rede unter anderem die „Ideologie des Wettbewerbs“ und die „völlige Kommerzialisierung des Gesundheitswesens“ sowie die „Merkantilisierung des Arztberufes“ anprangerte.

Die Rede des Bundespräsidenten wurde freundlich aufgenommen. Rau argumentierte mit einer gewissen ironischen Distanz zu sich selbst. Vielleicht müsse man im Gesundheitswesen alles auch einmal in einer etwas einfacheren Sprache erklären. Wenn er sich frage, warum sein Arzt den 3,5-fachen Satz berechne, helfe der Hinweis „Polymorbidität bei älteren Patienten“ eben nicht immer weiter. Rau traf die Erwartungshaltung vieler Anwesenden, als er auf die Besonderheiten des Arztbe-

rufs und des Gesundheitswesens hinwies. Er sei besonders skeptisch, alle Bereiche des Lebens in betriebswirtschaftliche Begriffe zu pressen. „Gesundheit ist keine Ware, Ärzte sind keine Anbieter und Patienten keine Kunden.“ Bei solchen Passagen war ihm der Beifall des Auditoriums sicher.

Ulla Schmidt gelang es, in ihrem Grußwort die Versamm-

lungen, so Schmidt. Die Reaktionen aus der Zuhörerschaft machten deutlich, dass diese Meinung im Saal überwiegend nicht geteilt wurde.

Eine Vertreterversammlung in Endzeitstimmung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am Vortag der Ärztetagsöffnung wurde äußerst

Blickpunkt Berlin

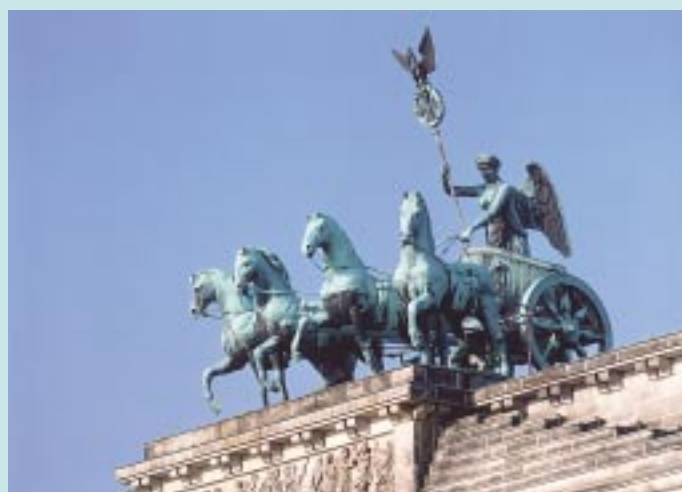


Foto: Mhatsch

lung gegen sich aufzubringen. Nach einer kurzen Einmischung in innerärztliche Befindlichkeiten – wer denn sonst als der Hausarzt solle die Koordination der Versorgung übernehmen – folgten Ausführungen über die Scheu junger Ärzte, die für eine Niederlassung erforderlichen Investitionen zu unternehmen. Deswegen habe man mit den Medizinischen Versorgungszentren neue Möglichkeiten geschaffen. Wenn dabei auch noch Geld eingespart werden könne, was sei daran kritikwürdig, fragte die Ministerin. Diese Redepassage kam bei den Ärzten ebenso wenig an wie die Aussagen zur Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes. Was bei den Arbeitsbedingungen seitens des BMGS getan werden konnte, sei getan

turbulent. In ihrem Verlauf traten 2 Vorstandsmitglieder – die KV-Vorsitzenden von Bayern, Axel Munte, und Nord-Württemberg, Werner Baumgärtner – von ihren Vorstandsämtern zurück. Munte übernahm damit nach eigenen Angaben die Verantwortung für Datenlieferungen an die Krankenkassen aus den Reihen der bayerischen KV, ohne dass die KBV und deren Vorstand darüber informiert worden waren. Baumgärtner nahm dies und seine bereits seit Jahren kritische Haltung gegenüber dem Kurs des KBV-Vorstands zum Anlass, auch seinen eigenen Rücktritt zu erklären. Viele Beobachter werteten dies vor allem als ein deutliches Signal zum Auftakt des Wahlkampfes innerhalb der KVen. Dieser dürfte deutlich schärfer

geführt werden als in den zurückliegenden Jahren, werden die KVen doch von 23 auf 17 reduziert. Eine gewisse Endzeitstimmung kam aber wohl nicht allein wegen der auslaufenden Amtsperioden auf. Immerhin handelte es sich bei dieser Vertreterversammlung um eine der letzten in dieser Zusammensetzung. Die Anzahl der Delegierten wird in der nächsten Amtsperiode von 120 auf 60 halbiert. Von diesen Delegierten werden viele erstmals auch nicht praktizierende Ärzte oder Nichtärzte sein, denn 34 Delegiertensitze sind den künftigen hauptamtlichen 1. und 2. KV-Vorsitzenden vorbehalten.

Weitere Bewegung an der Beitragsfront?

Nicht nur in Bremen fand im Mai Gesundheitspolitik statt, sondern auch in der Bundeshauptstadt. Praktisch im Gleichschritt kündigten mit der Barmer Ersatzkasse und der DAK die beiden größten Krankenkassen an, eventuell noch in diesem Jahr Spielraum für weitere Beitragssatzsenkungen zu besitzen. Parallel zu diesen Ankündigungen teilte auch die Kaufmännische Krankenkasse Hannover (KKH) mit, dass in ihren Reihen über eine Beitragssatzsenkung nachgedacht werde. Ob es tatsächlich soweit kommt, sollte allerdings abgewartet werden. Bekanntlich weigert sich das Bundesversicherungsamt (BVA) bereits seit über einem halben Jahr, die zum 1. Mai beschlossene Beitragssatzsenkung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zu genehmigen. GEK und BVA befinden sich darüber mittlerweile in einem Rechtsstreit vor dem Ulmer Sozialgericht.

Gisela Broll/Hartwig Broll