

Ferdinand Rau

Besondere Einrichtungen im ersten Konvergenzjahr

Referentenentwurf für eine „Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005“

Für die Bestimmung besonderer Einrichtungen im Jahr 2005 ist den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene im abgelaufenen Kalenderjahr keine Übereinkunft gelungen. Sie haben deshalb unter anderem hierzu das Scheitern ihrer Verhandlungen erklärt und eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eingefordert. Ebenso wie im Vorjahr müssen somit die Einrichtungen, deren Leistungen aus unterschiedlichen Gründen noch nicht sachgerecht mit dem DRG-System vergütet werden und die deshalb im Jahr 2005 von der DRG-Abrechnung ausgenommen werden sollen, durch eine BMGS-Ersatzvornahme ohne Zustimmung des Bundesrats bestimmt werden. Am 11. März 2005 wurde hierzu der Referentenentwurf der „Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005“ (FPVBE 2005) vorgelegt, der nachfolgend vorgestellt und erläutert wird.

Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern können zeitlich befristet als besondere Einrichtung nach § 17 b Absatz 1 Satz 15 des KHG eingestuft werden, wenn ihre Leistungen mit den Entgeltkatalogen, also den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten, noch nicht sachgerecht vergütet werden. Der Gesetzgeber nennt in nicht abschließender Aufzählung als mögliche Erklärungen medizinische Gründe, eine Häufung von schwerkranken Patienten oder Gründe der Versorgungsstruktur. Folge einer Herausnahme ist, dass fall- oder tagesbezogene krankenhausesindividuelle Entgelte mit den Krankenkassen vor Ort auszuhandeln sind. Nach den Vorgaben der BpflV und deren Erlösausgleichsquoten ist eine eigene Erlössumme zu vereinbaren, in die auch die krankenhausesindividuell zu verhandelnden Leistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 des KHEntgG einzubeziehen sind, die vom DRG-Institut nicht kalkuliert werden konnten. Nähere Einzelheiten geben § 6 Absatz 3 und 4 KHEntgG sowie § 7 der FPV 2005 vor. Eine Folge ist in der Konvergenzphase aber auch, dass entsprechende Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern für die Dauer ihrer Besonderheit von den Budgetanpassungen des jeweiligen Konvergenzjahres ausgenommen sind. Wird der Status der Besonderheit zum Beispiel im Folgejahr verloren, so findet die jeweils maßgebliche Konvergenzquote bzw. die Obergrenze unverändert Anwendung (§ 4 Absatz 6 Satz 3 KHEntgG).

Positionen der Selbstverwaltungspartner

Eine Vereinbarung zum Thema besondere Einrichtungen war den Selbstverwaltungspartnern aufgrund weit auseinander liegender Positionen nicht möglich. Die Spitzenver-

bände der Krankenkassen haben sich für die weitgehende inhaltliche Übernahme der FPVBE 2004, also der entsprechenden letztjährigen Ersatzvornahme, ausgesprochen. Lediglich die bisherige Öffnungsklausel, nach der mit Zustimmung der Krankenkassen auch zusätzlich Einrichtungen ausgenommen werden können, die von den Kriterien der Verordnung ansonsten nicht erfasst werden, sollte verändert werden. Vorgeschlagen wurde eine Öffnungsklausel mit Schiedsstellenregelung, die durch zusätzlich vorgesehene, kumulativ wirkende Kriterien faktisch wesentlich restriktiver ausgestaltet werden sollte.

Auf der Grundlage der FPVBE 2004 wurden nach Information des AOK-Bundesverbandes im Jahr 2004 insgesamt 36 Krankenhäuser von der DRG-Abrechnung ausgenommen¹⁾. Regionale Schwerpunkte waren dabei Bayern (11 besondere Einrichtungen), Baden-Württemberg (8) und Sachsen (5). Den Inhaltlichen Schwerpunkt bildeten insbesondere Einrichtungen, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung Leistungen der (neurologischen) Frührehabilitation erbringen. Nach vorliegenden Informationen war in der Mehrzahl der Fälle die Öffnungsklausel maßgeblich für die Ausnahme. Eine ausgeprägt rechtsschiefe Verteilung der Verweildauer (§ 1 Absatz 2 FPVBE 2004) war nur bei wenigen Krankenhäusern das entscheidende Ausnahmekriterium. Systematische Informationen über die Anzahl von besonderen Einrichtungen, die im Jahr 2004 als Teil eines Krankenhauses ausgenommen wurden, liegen nicht vor.

Die DKG hat demgegenüber eine weitgehende Abkehr von dem Ansatz der bisherigen Verordnung gefordert. Eine deutliche Abweichung vom landesweiten Basisfallwert sollte als Kriterium für eine nicht sachgerechte Vergütung anzusehen sein. Ein Vorschlag für einen konkreten Abweichungswert wurde dem BMGS nicht vorgelegt. Zusätzlich wurden weitere Kriterien vorgeschlagen (unter anderem Überschreitung eines normativ festgelegten Schwellenwerts bei Verweildauer, PCCL-Wert, Langliegeranteil, Anteil der Fehler-DRGs).

Da sich die Festlegung von einschlägigen Grenzwerten (Prozentanteil bestimmter PCCL-Werte oder Haupt-, Nebendiagnosen, Prozeduren) als sehr problematisch herausgestellt hat, wurde jedoch auch für die FPVBE 2005 von entsprechenden Indikatoren Abstand genommen. Hinzu kommt, dass es an weiteren entsprechenden Daten fehlt. So sind zum Beispiel die für das Jahr 2004 befreiten Einrichtungen mehrheitlich ihrer Verpflichtung zur Datenlieferung und nachvollziehbaren Beschreibung ihrer Besonderheiten trotz entsprechender Vorgabe in der FPVBE 2004 nicht oder nur äußerst unzureichend nachgekommen. ►

FPVBE 2005: Grundzüge stimmen mit FPVBE 2004 überein

Die FPVBE 2005 stimmt in den Grundzügen mit der entsprechenden Ersatzvornahme des Vorjahres überein. Auch wichtige Teile der zu erfüllenden Voraussetzungen für eine Ausnahme von der DRG-Abrechnung wurden unverändert übernommen. Als besondere Einrichtung können sich danach unverändert die folgenden Einrichtungen einstufen lassen:

- Ganze Krankenhäuser, wenn eine rechtsschiefe Verweildauerverteilung vorliegt, sodass entweder die mittlere Verweildauer der DRG-Fallpauschalen in mehr als 75 Prozent der Inlier-Fälle überschritten wird oder mehr als 50 Prozent aller Fälle Verweildauern aufweisen, die über der oberen Grenzverweildauer liegen (§ 1 Absatz 2 FPVBE 2005).
- Ein organisatorisch abgrenzbarer Teil eines Krankenhauses, wenn ein besonderes Leistungsangebot zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig und durch hohe Vorhaltekosten sowie niedrige und nicht verlässlich kalkulierbare Fallzahlen gekennzeichnet ist (§ 1 Absatz 4 FPVBE 2005). In die beispielhafte Auflistung entsprechender Konstellationen wurden neben Isolierstationen und Einrichtungen für Schwerbrandverletzte nun auch so genannte neonatologische Satellitenstationen aufgenommen. Dabei handelt es sich um einen organisatorischen Verbund zwischen geburtshilflichen Kliniken und

Kinderkliniken mit einer vorgegebenen Anzahl von neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen und einem eigenen Neugeborenen-Notfallarzt-Dienst zur Versorgung der Neugeborenen vor Ort.

- Krankenhäuser oder organisatorisch abgrenzbare Teile eines Krankenhauses, die zwar keine der Voraussetzungen des § 1 Absatz 2 bis 4 FPVBE 2005 erfüllen, bei denen dennoch aber aus anderen Gründen ein nicht sachgerech-



www.SBG-Berlin.de

Konvergenzbeginn 2005:
Mit **KODIP®** sicher
durch die Konvergenz

tes Vergütungsergebnis für die Einrichtung festzustellen ist und die Krankenkassen vor Ort diese Auffassung teilen (Öffnungsklausel nach § 1 Absatz 5 FPVBE 2005). Grundsätzlich bleibt bei Meinungsverschiedenheiten zur Ausnahme einer Einrichtung die Schiedsstelle somit weiterhin ausgeschlossen. Für stark spezialisierte Krankenhäuser mit 1 oder 2 Fachabteilungen wird die Öffnungsklausel im Jahr 2005 dahingehend modifiziert, dass nur diesen Häusern ein Anrecht auf Anrufung der Schiedsstelle eingeräumt wird. ▶

ATHENA

ATHENA – das Frühwarnsystem für medizinische Einrichtungen

ATHENA, das webbasierte EDV-Tool, unterstützt gezielt die Aufgaben des Qualitäts- und Risikomanagements bei der Versorgung und Behandlung von Patienten.

Steigen Zahl und Höhe der Schäden in der Arzt- und Krankenhaushaftung, so wirkt sich dies negativ auf Kliniken, Mitarbeiter und Patienten aus. Jeder Haftungsfall bedeutet für Kliniken einen potenziellen Imageverlust, der letztendlich existenzbedrohend sein kann. Daher wird es zunehmend wichtiger, Abweichungen vom normalen Ablauf nicht nur unter Qualitäts-, sondern auch unter Risikoaspekten kontinuierlich und strukturiert zu erfassen und interne Abläufe zu korrigieren, bevor nennenswerte Abweichungen eintreten.

Medizinische Einrichtungen können ATHENA gezielt einsetzen, um

- Abweichungen vom Normalverlauf bei der Versorgung und Behandlung von Patienten systematisch und zeitnah festzuhalten und auszuwerten sowie
- präventive Strategien abzuleiten.

Mit ATHENA steht allen Kliniken und Klinikträgern der notwendige Baustein für ein integriertes Qualitäts- und Risikomanagement bereit.

Für Fragen steht Ihnen **Frau Sybille Musick**, Tel.: +49 (0) 89/38 91-92 23, Info_ATHENA@munichre.com, gerne zur Verfügung. Weitere Informationen enthält auch www.athena.munichre.com.



Münchener Rück
Munich Re Group

Zusätzlich ausgenommene Einrichtungen 2005

Die Rahmenbedingungen des ersten Konvergenzjahrs wurden durch das 2. FPÄndG nachhaltig abgemildert (unter anderem abgeflachte Konvergenzquoten, verlängerte Konvergenzdauer, Einführung einer stufenweise ansteigenden Obergrenze). Damit fällt auch der Unterschied zu den budgetneutralen Rahmenbedingungen weniger deutlich aus als bisher. In besonders sensiblen Versorgungsbereichen ermöglicht die Verordnung jedoch die Ausnahme der folgenden spezialisierten Einrichtungen, die in Deutschland nur in begrenzter Zahl vorgehalten werden und deshalb besondere Bedeutung für die Versorgungssicherheit haben:

- Ganze Krankenhäuser oder Fachabteilungen für Palliativmedizin, Kinder- und Jugend-Rheumatologie oder die Behandlung von Tropenerkrankungen (§ 1 Absatz 3 Satz 1 FPVBE 2005).
- Ganze Krankenhäuser oder Fachabteilungen mit dem Schwerpunkt zur Behandlung von Multiple Sklerose-Patienten oder von Morbus Parkinson-Patienten (§ 1 Absatz 3 Satz 2 FPVBE 2005). Für beide Erkrankungen werden die maßgeblichen DRG-Fallpauschalen des Jahres 2005 aufgeführt. Mit Blick auf die bestehenden Versorgungsstrukturen wurden durch Auswertung der Daten nach § 21 KHEntgG als Schwerpunkt Einrichtungen definiert, bei denen mindestens 40 Prozent der Gesamtfälle auf die genannten DRG-Fallpauschalen entfallen.
- Selbstständige Kinderkrankenhäuser, die eigenständige Budgetverhandlungen führen, sofern ihr Basisfallwert ohne Ausgleich über dem maßgeblichen landesweiten Basisfallwert liegt (§ 1 Absatz 3 Satz 4 FPVBE 2005). Diese etwa 20 selbstständigen Kinderkrankenhäuser haben in der Regel infolge einer differenzierten Abteilungsstruktur sowie kleiner Abteilungen mit begrenzten Fallzahlen und kurzen Verweildauern spezifische Kostenprobleme, zum Beispiel wegen der erforderlichen Mindestbesetzungen.

Sämtliche besonderen Einrichtungen haben im Rahmen des Nachweises der besonderen Patientengruppen nach § 2 FPVBE 2005 gegenüber den Krankenkassen vor Ort die Besonderheit der Einrichtung und der von ihr erbrachten Leistungen schriftlich zu begründen. Hierfür sind unter anderem die Ist-Daten des Jahres 2004, die mit dem DRG-Katalog 2005 einzugruppiert sind, vorzulegen.

Angesichts der mangelhaften Übermittlung von Informationen über besondere Einrichtungen nach § 5 FPVBE 2004 werden in der Hoffnung auf eine Verbesserung des quantitativen und qualitativen Übermittlungsergebnisses durch die FPVBE 2005 die Krankenkassen vor Ort mit der Übermittlung der entsprechenden Informationen an das DRG-Institut verpflichtet. Zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems auf der Bundesebene sollte die Übermittlung auch im Interesse der besonderen Einrichtungen liegen.

Ausblick

Der Referentenentwurf der FPVBE 2005 bemüht sich bei der schwierigen Materie der besonderen Einrichtungen um einen Kompromiss zwischen der restriktiven Haltung der

Krankenkassen und den weitreichenden Vorstellungen der DKG. Der Kreis der besonderen Einrichtungen wird – dem durch das 2. FPÄndG abgemilderten Einstieg in die Konvergenzphase Rechnung tragend – nur vorsichtig erweitert. Auch wenn grundsätzlich nach Möglichkeit weiterhin nur ganze Krankenhäuser als besondere Einrichtung bestimmt werden, erfährt die Ausnahme von Einrichtungsteilen mit der FPVBE 2005 doch eine nachhaltige Ausweitung.

Krankenhausträgern muss bei der Beantragung der Herausnahme von Einrichtungsteilen jedoch bewusst sein, dass für den Krankenhausteil, der als besondere Einrichtung eingestuft wird, ein gesondertes Budget nach § 6 Absatz 3 KHEntgG zu verhandeln ist, das den Regeln der BpflV unterliegt. Bei Verlagerungen zwischen dem DRG-Bereich und dem Bereich der besonderen Einrichtung können Abgrenzungsprobleme bei der Durchführung der Mehr- und Mindererlösausgleiche entstehen. Zu berücksichtigen ist auch, dass bei internen Verlegungen zwischen der besonderen Einrichtung und dem DRG-Bereich Verlegungsabschlüsse nach § 3 Absatz 4 der FPV 2005 vorzunehmen sind.

Sofern sich Krankenhausträger für die Beantragung des Status als besondere Einrichtung entscheiden, sollte die Vorlage des Referentenentwurfs als Anlass dienen, um erste Verhandlungen mit den Krankenkassen zu führen und die notwendigen Kalkulationen krankenhausesindividueller Entgelte aufzunehmen. Mit der Veröffentlichung der endgültigen Verordnung im Bundesgesetzblatt und dem damit verbundenen In-Kraft-Treten ist bis Ende April 2005 zu rechnen.

Der Referentenentwurf der FPVBE 2005 ist verfügbar über: <http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/entwuerfe/FPVBE.pdf>.

1) Vergleiche www.krankenhaus-aok.de

Anschrift des Verfassers:

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

Vertrag gemäß § 115 b SGB V

Bezüglich des Vertrags gemäß § 115 b SGB V hat die DKG im Oktober 2004 ein Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt initiiert, um zwingend eine Anschlussregelung ab dem 1. April 2005 sicherzustellen, nachdem auf dem Verhandlungsweg keine Annäherung in wichtigen Fragen gefunden werden konnte. Schwerpunkte der Auseinandersetzungen blieben bis zum Schluss die Themen „Umfang der abrechenbaren Begleitleistungen“, „Sachkostenerstattung“ und „Adaption der Qualitätssicherung gemäß § 135 SGB V im stationären Bereich“.

Im Bereich der Sachkostenerstattung hatte die DKG gefordert, endlich mit dem vertragsärztlichen Bereich annähernd gleichgestellt zu werden, damit dem Grundsatz der gleichen Vergütung für Vertragsarzt und Krankenhaus Rechnung getragen werde.