

18. Juni 2001

**Stellungnahme des VKD zum Arbeitsentwurf des Gesetzes zur  
Einführung des DRG-Vergütungssystems**

**1. Grundsätzliches**

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) unterstützt nachdrücklich die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems, dessen Grundzüge im Gesundheitsreformgesetz 2000 angelegt sind. Der VKD hat sich dabei von Beginn an am Prozeß der Erarbeitung der für die Einführung des DRG-Systems erforderlichen Grundlagen konstruktiv beteiligt.

Mit Datum vom 07.05.2001 wurden dem Bundesgesundheitsministerium die bei der Anhörung im BMG am 02.05.2001 vertretenen Positionen des VKD zur ordnungspolitischen Einbindung des neuen DRG-Systems in schriftlicher Form zusammenfassend übermittelt.

An dem nunmehr vorliegenden Arbeitsentwurf sind vor allem folgende Punkte kritisch anzumerken:

1. Der VKD schlägt nach wie vor die Abkoppelung des PKV-Bereichs aus den relevanten Regelungen der Krankenhausfinanzierung vor, um das Gesamtsystem mit der Zielsetzung der Beitragssatzstabilität besser steuern zu können.

2. Der VKD fordert nach der Übergangsphase den Verzicht auf Mengen- und Erlösvereinbarungen, weil sich nur so die erwünschten wettbewerblichen Wirkungen im Gesundheitswesen entfalten können. Der Gesetzentwurf gibt zu dieser Frage keine Antwort. Einige Regelungen sind aber mit präjudizierenden Wirkungen so angelegt, als ob der Gesetzgeber auch nach 2007 die Fortführung der Mengen- und Erlösvereinbarungen beabsichtigt.
3. Eine Konkretisierung der Aufgaben der Krankenhausplanung (Standortplanung ggf. einschließlich Fachabteilungen sowie Festlegung des Versorgungsauftrags) wird vermißt. Die stattdessen vorgesehene Erweiterung im § 109 SGB V wird abgelehnt.
4. Mit der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems werden bereits in der Konvergenzphase Mechanismen ausgelöst, dessen Wirkungen noch nicht eingeschätzt werden können. Deshalb ist eine Begleitforschung unverzichtbar. Eine einseitige Installation von MDK-Überwachungsinstrumenten (bereits ab 2003) wird abgelehnt.
5. Das Ausgangsbudget 2003 darf nicht allein aus dem Vereinbarungsbudget 2002 entwickelt werden, sondern es muß die nach Durchführung der Ausgleiche gemäß der derzeit gültigen Bundespflegesatzverordnung verbleibenden Erlöse beinhalten.
6. Bereits während der Konvergenzphase 2005 und 2006 soll auf die Mehr- und Mindererlösausgleiche verzichtet werden, um die erforderlichen Anpassungsprozesse zu unterstützen.
7. Es fehlt eine Regelung, die vorübergehende Kapazitätseinschränkungen des Krankenhauses infolge von Baumaßnahmen wirtschaftlich kompensiert. Wenn zum Beispiel Stationen zwecks Umbau / Sanierung für längere Zeit geschlossen werden, kann die Zahlungsfähigkeit des Krankenhauses infolge fehlender Erlöse gefährdet werden.
8. Der VKD fordert, schon jetzt die ab 2007 geltenden Regelungen festzulegen, da in dem Arbeitsentwurf verschiedene Regelungen enthalten sind, die Auswirkungen für die Zeit ab 2007 entfalten oder entfalten können.

Der Arbeitsentwurf geht davon aus, daß entsprechend der jetzt gültigen Rechtslage das DRG-System zum 01.01.2003 eingeführt wird. Diese Zielsetzung wird auch vom VKD mit getragen. Die bislang von der Selbstverwaltung avisierten Zwischentermine sind jedoch objektiv nicht mehr zu halten; so gibt es z. B. noch keine speziellen Kodierrichtlinien und auch die Kalkulationsgrundlagen sind noch völlig unklar. Wenn infolge der fehlenden instrumentellen und tatsächlichen Voraussetzungen die Einführung zum 01.01.2003 nicht möglich ist, befürwortet der VKD eine Verschiebung auf den 01.01.2004 und wäre dann auch bereit, die budgetneutrale Phase auf ein Jahr zu verkürzen, um das endgültige Wirksamwerden zum 01.01.2007 nicht zu gefährden.

Bei der nachfolgenden Bewertung der Einzelregelungen des Arbeitsentwurfs wird von den dort angegebenen Terminen ausgegangen, ohne sie im einzelnen erneut in Frage zu stellen.

## **2. Zu den einzelnen Artikeln des Gesetzes**

### **2.1 Änderung SGB V**

– Zu § 109:

Die Neuregelung wird aus zwei Gründen abgelehnt: Zum einen ist sie bis zum 31.12.2006 überflüssig, weil bis dahin entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen nicht erforderlich sind. Zum anderen würde sie für die Zeit ab 2007 präjudizierende Wirkung haben, die im Gegensatz zu der vom VKD geforderten Abschaffung der Mengenvereinbarungen steht.

– Zu § 137:

Die Regelung wird grundsätzlich gebilligt, weil sie die im Zusammenhang mit der Mengenfregabe erforderliche Absicherung der Qualität fördert.

## 2.2 Änderung KHG

– Zu § 6:

Hier ist an geeigneter Stelle die Verpflichtung des Landes zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung im Sinne einer Rahmenplanung und Standortplanung vorzusehen.

– Zu § 17 Absatz 1:

Die Festlegung „sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen“ bedarf der Ausnahme für diejenigen Patienten, die nicht im Rahmen des Erlösbudgets gemäß Krankenhausentgeltverordnung abgerechnet werden. Das gilt insbesondere für ausländische Patienten (vergleiche § 4 Absatz 9 sowie § 8 KHEV).

– Zu § 17 b:

Zu Absatz 1 Ziffer cc:

Die Absenkung der Relativgewichte bei Fallzahlsteigerungen wird grundsätzlich abgelehnt. Zum einen können nicht-indizierte Fallzahlsteigerungen durch die Regelungen der Neufassung von § 137 sowie § 17 b KHG vermieden werden. Zum anderen würde eine isolierte Absenkung einzelner Relativgewichte das gesamte DRG-System in Frage stellen, dessen Konzept gerade auf der korrekten Ermittlung der relativen Kostengewichte beruht.

Die Neuregelung gemäß Ziffer dd zur Vereinbarung von Sonderentgelten wird begrüßt; es wird vorgeschlagen, in die beispielhafte Aufzählung auch Strahlentherapie und Chemotherapie aufzunehmen.

Zu Absatz 2:

Die Kriterien zur jährlichen Weiterentwicklung sind um die Personalkosten sowie die demographische Entwicklung zu ergänzen.

Zu Absatz 6:

Es muß festgelegt werden, daß die DRG-Entgelte Festpreise sind, die nicht unterschritten werden dürfen. Der VKD sieht Anlaß zu dieser Forderung; denn im Begleitschreiben zum Gesetzentwurf wird ausgeführt: „Der Anpassungsprozeß vollzieht sich im Rahmen einheitlicher Preise, auf die das Krankenhaus Anspruch hat; ein freiwilliger Verzicht ist möglich.“ Diese Möglichkeit wird vom VKD abgelehnt, da sie den Weg zu einem Preisdumping eröffnet, der unter Qualitätsaspekten nicht gewollt sein kann.

– Zu § 17 c:

Der Paragraph ist insgesamt erst ab 2007 erforderlich, sofern dann auf die Vereinbarung von Mengen verzichtet wird. Ab 2005 ist er nur in dem Fall erforderlich, daß wie vom VKD gefordert, bereits in der Konvergenzphase auf Mehr- und Mindererlösausgleiche verzichtet wird. Die Wertigkeit und das Datum des Inkrafttretens dieses Paragraphen bedarf also der ordnungspolitischen Einbindung im Zusammenhang mit den angesprochenen Regelungen.

Insgesamt enthält § 17 c deutliche Überregulierungen und einen eindeutigen Kompetenzzuwachs der Krankenkassen bzw. des MDK, der in dieser Form abgelehnt wird.

Unabhängig davon wird die vorgeschlagene Regelung von § 17 c Absatz 4 grundsätzlich abgelehnt. Die Krankenhäuser können nicht akzeptieren, daß ihnen durch den Gesetzgeber bei aus welchen Gründen auch immer entstandenen Fehlern in der Abrechnung an Willkür grenzende Sanktionen auferlegt werden. Damit wird nicht in Frage gestellt, daß bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Falschabrechnung Sanktionen erforderlich sind. Hier sind jedoch Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltung eher das geeignete Mittel.

### **2.3 Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

– Zu § 1:

Erst nach Vorlage des auf deutsche Verhältnisse übertragenen DRG-Katalogs ist abschließend beurteilbar, ob der vorgesehene Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung alle nicht durch das DRG-System erfaßten Leistungsbereiche abdeckt; hier sind gegebenenfalls noch Erweiterungen möglich.

– Zu Ziffer 26 Anhang 1 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung:

Aufgrund negativer Erfahrungen mit der jetzigen Regelung wird in der Gliederung dringend empfohlen, eine Kategorie „Sonstige“ vorzusehen.

### **2.4 Krankenhausentgeltverordnung (KHEV)**

– Zu § 2 Absatz 2:

Der Verordnungstext paßt nicht zur Begründung. In dieser wird ausgeführt, daß die besonderen Leistungen von Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkten nicht über Fallpauschalen finanziert werden können. Der Verordnungstext definiert diese Leistungen jedoch als allgemeine Krankenhausleistungen. Damit wird suggeriert, daß diese auch durch die Fallpauschalen finanziert werden.

§ 2 Absatz 2 Ziffer 4 ist deshalb durch eine Vorschrift zu ergänzen, die darauf hinwirkt, daß diese besonderen Leistungen gesondert zu finanzieren sind, sofern sie nicht durch die Kalkulation der DRGs berücksichtigt sind.

– Zu § 3:

Der für das Jahr 2003 vereinbarte Gesamtbetrag darf sich nicht allein aus dem vereinbarten Gesamtbetrag für 2002 entwickeln, sondern muß die in 2002 realisierten Mehr- und Mindererlösausgleiche berücksichtigen. Nur dadurch kann sichergestellt werden, daß Budgets fortgeschrieben werden, die auf der tatsächlichen Leistungserbringung basieren. Das gleiche gilt analog für die Ermittlung des Gesamtbetrags 2004; auch hier muß die tatsächliche Leistungs- und damit Erlösentwicklung des Jahres 2003 berücksichtigt werden.

Die gemäß Absatz 6 vorgesehene spezielle Ausgleichsregelung für 2004 wird im Zusammenhang mit der grundsätzlichen Kritik an § 9 Absatz 1 Ziffer 2 abgelehnt (vergleiche dort).

Aufgrund der Erfahrung bei früheren Änderungen in der Krankenhausfinanzierung wird dringend gebeten, daß der Verordnungsgeber ein Rechenschema bei der Überleitung des Budgets in die budgetneutrale Phase vorgibt.

– Zu § 4:

Die Grundidee der stufenweise Anpassung vom hausindividuellen Basisfallwert auf den landeseinheitlichen Basisfallwert wird akzeptiert. Nicht akzeptabel ist jedoch, daß zwischenzeitliche Leistungsentwicklungen völlig ignoriert werden. So muß bei der Ermittlung des Erlösbudgets zu Beginn der Konvergenzphase 2005 die tatsächliche Leistungsentwicklung des Jahres 2004 zumindest durch Einbeziehung der Erlösausgleiche Berücksichtigung finden.

Das vom Gesetzgeber formulierte Ziel, in drei Schritten die Anpassung des krankenhausesindividuellen Basisfallwerts zum Basisfallwert des Landes zu erreichen, wird nur erreicht, wenn eine unveränderte Leistungserbringung (keine Veränderung der Fallzahl und keine Veränderung des Leistungsspektrums) unterstellt wird. Damit werden jedoch keine Anreize zur Effizienzsteigerung bei leistungsstarken Krankenhäusern gesetzt und auch die im Gegenzug notwendigen Anpassungsprozesse in Krankenhäusern mit unzureichender Leistungsfähigkeit vermieden. Der VKD schlägt deshalb vor, bei der Ermittlung des Erlösbudgets für 2006 und damit auch für 2007 die tatsächliche Leistungsentwicklung des Vorjahres zu berücksichtigen. Konsequenterweise kann dann für 2005 und 2006 keine Berücksichtigung von Erlösausgleichen geltend gemacht werden. Zu den Auswirkungen des Vorschlags vergleiche beiliegende Modellrechnung.

– § 4 Absatz 8 wird vorgeschlagen zu streichen. Der VKD wiederholt an dieser Stelle seinen Vorschlag zum Verzicht auf Erlösausgleiche bereits während der Konvergenzphase, um die wettbewerblichen Wirkungen durch ein nicht auf Mengenvereinbarungen basierendes System möglichst früh zu realisieren.

– Zu § 4 Absatz 9:

Bei den ausländischen Patienten ist der letzte Halbsatz wie folgt zu fassen:

„... nicht im Rahmen und nicht nach den Regelungen des Erlösbudgets vergütet.“

– Zu § 5:

Es sei darauf hingewiesen, daß Zu- und Abschläge dem Ziel einheitlicher Preise ab 2007 widersprechen. Zu- und Abschläge sind nach den Vorstellungen des VKD nur für eine Übergangszeit akzeptabel. Um das in § 5 Absatz 2 angesprochene Problem der nicht flächendeckenden Versorgung zu lösen, wären Zahlungen aus einem Fonds der Krankenkassen beziehungsweise direkt vom Land, welches Interesse an der Vorhaltung bestimmter Leistungen hat, zielführend, ohne daß es zu Wettbewerbsverzerrungen kommt.

Bereits für die Übergangszeit bis zur endgültigen Klärung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2007 muß zur Sicherung von Krankenhäusern, die beispielsweise infolge von Baumaßnahmen zeitweilig Kapazitäten stilllegen, eine Zusatzfinanzierung gefunden werden; sei es durch einen Fonds oder durch einen Zuschlag auf die Entgelte. Dafür wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Für eine mindestens 6 Monate dauernde Reduzierung der Behandlungskapazität des Krankenhauses infolge einer rechtzeitig den Krankenkassen angemeldeten Baumaßnahme wird der Ausgleich der daraus resultierenden Mindereinnahmen zwischen den Vertragsparteien vereinbart oder durch die Schiedsstelle festgelegt. Die Krankenkassen können im Einvernehmen mit dem Krankenhaus einen Gutachter zur Ermittlung des unter Berücksichtigung zumutbarer Einsparmaßnahmen des Krankenhauses resultierenden Einnahmeausfalls beauftragen.

Das Erfordernis der rechtzeitigen Anmeldung der Baumaßnahme ist im Falle höherer Gewalt unbeachtlich.

Das Verfahren zur Kompensation des vereinbarten oder festgelegten Einnahmeausfalls wird auf Landesebene festgelegt.“

- Zu § 6 Absatz 2:  
Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.
  
- Zu § 7:  
Hier ist eine Ergänzung zur Beseitigung der Unklarheit von § 2 (vergleiche dort) erforderlich.
  
- Zu § 8 Absatz 1:  
Vergleiche Hinweis zu § 17 KHG.
  
- Zu § 8 Absatz 2 Ziffer 4:  
Die Abrechenbarkeit vor- und nachstationärer Leistungen im Zusammenhang mit den DRGs wird in der Praxis so kaum handhabbar sein. Stattdessen wird vorgeschlagen, die nicht sachgerechten zeitlichen Begrenzungen in § 115 a Absatz 2 abzuschaffen.
  
- Zu § 8 Absatz 6:  
Aufgrund vorliegender schlechter Erfahrungen wird folgende Einfügung nach Satz 2 vorgeschlagen: „Nach Abschluß der Krankenhausbehandlung ist die Rechnung entsprechend den Regelungen in § 284 Absatz 3 BGB zu begleichen.“
  
- Zu § 8 Absatz 7:  
Die vorgesehene Verpflichtung zur schriftlichen Bekanntgabe der Entgelte an Selbstzahler ist angesichts der Komplexität des DRG-Systems nicht praktikabel. Es ist abzusehen, daß Selbstzahlerpatienten im nachhinein erfolgreich die Gültigkeit einer wirksamen Wahlleistungsvereinbarung wegen unzureichender schriftlicher Information über die zu erwartende Rechnung in Frage stellen. Es wird deshalb eine Regelung vorgeschlagen, daß dem Patienten Gelegenheit gegeben werden muß, in das Verzeichnis der für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte Einsicht zu nehmen.

– Zu § 9:

Die in Absatz 1 Ziffer 2 vorgesehene Regelung zur Ausweisung von Personalkosten und getrennten Berechnung der Ausgleichs ist in der Praxis kaum darstellbar. Sie ist darüber hinaus völlig entbehrlich, wenn den Vorstellungen des VKD zu den Erlösausgleichen gefolgt wird, nach denen ab Beginn der Konvergenzphase gar keine Ausgleichs mehr erfolgen. Die hier vorgesehene Regelung ist bis Ende 2006 überflüssig; sie schafft jedoch ein von uns abgelehntes Präjudiz für die Zeit ab 2007.

– Zu § 10:

Die Regelung schlägt eine zweifache Absenkung des Basisfallwerts einmal durch die allgemeine Stückkostendegression und zusätzlich durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen vor. Diese doppelte Absenkung wird abgelehnt, zumal eine allgemeine Stückkostendegression - bundesweite optimale Losgröße - nicht darstellbar ist.

Der letzte Satz des § 10 Absatz 1 ist ersatzlos zu streichen. Da Ausgaben-erhöhungen allein aufgrund von veränderter Kodierung mathematisch nicht sauber ermittelbar sind, würde damit willkürlichen Absenkungen Vorschub geleistet.

Unbeschadet dessen wird gefordert, die Gültigkeit von § 10 bis zum 31.12.2006 zu begrenzen, um nicht die Fortgeltung von Mengenvereinbarungen ab 2007 zu präjudizieren.

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, daß der VKD Wert auf eine rasche Einführung des neuen Entgeltsystems legt. Wir nehmen Bezug auf die Eingangsbemerkung hinsichtlich einer möglichen Verschiebung des Starttermins auf 2004. In diesem Fall wäre der VKD bereit, die Verkürzung der budgetneutralen Phase von zwei auf ein Jahr zu akzeptieren. Damit wird deutlich gemacht, daß dem VKD nicht an einer Verschiebung der Einführung des neuen Entgeltsystems gelegen ist.

Anlage

Modellrechnung

## Modellrechnung Konvergenzphase

### Ausgangslage

Eckdaten 2004:	10.000 Patienten			
	Budget 60 Mio. DM			
	CMI 1,2 → Basisfallwert	5.000 DM		
	(Ø Fallerlös altes Recht:	6.000 DM)		
	<table border="1"><tr><td>Basisfallwert Land:</td><td>6.000 DM</td></tr></table>	Basisfallwert Land:	6.000 DM	
Basisfallwert Land:	6.000 DM			

### 1. Rechenwerte für 2005

- Zielwert:  
 $10.000 \text{ Pat.} \times 6.000 \times 1,2 =$  72 Mio. DM
- Vorjahresbudget:  
 $10.000 \text{ Pat.} \times 5.000 \times 1,2 =$  60 Mio. DM  
→ Ausgleichsbetrag 12 Mio. : 3 = 4 Mio. DM
- Erlösbudget: 64 Mio. DM
- Individueller Basisfallwert  
 $\frac{64 \text{ Mio.}}{10.000 \times 1,2} = 5.333,-$

### 2. Rechenwerte für 2006 (Basisfallwert Land bleibt konstant)

#### 2.1 Fallzahl konstant

- Zielwert:  
 $10.000 \text{ Pat.} \times 6.000 \times 1,2 =$  72 Mio. DM
- Vorjahresbudget: 64 Mio. DM  
→ Ausgleichsbetrag 8 Mio. : 2 = 4 Mio. DM
- Erlösbudget: 68 Mio. DM
- Individueller Basisfallwert  
 $\frac{68 \text{ Mio.}}{10.000 \times 1,2} = 5.666,-$

2.2 Fallzahl-Steigerung

Annahme:

Fallzahl in 2005 bei unverändertem CMI auf 11.000 gestiegen; diese wird für 2006 vereinbart.

2.2.1 Modell BMG

- Zielwert:  
11.000 Pat. x 6.000 x 1,2 = 79,2 Mio. DM
- Vorjahresbudget:  
→ Ausgleichsbetrag 15,2 Mio. : 2 = 64,0 Mio. DM  
7,6 Mio. DM
- Erlösbudget: 71,6 Mio. DM
- Individueller Basisfallwert

$$\frac{71,6 \text{ Mio.}}{11.000 \times 1,2} = 5.424,-$$

Ergebnis:

Das leistungsstarke Krankenhaus bewegt sich nicht in Richtung Basisfallwert Land !

2.2.2 Modell VKD

- Zielwert:  
11.000 Pat. x 6.000 x 1,2 = 79,2 Mio. DM
- Realisiertes Vorjahresbudget:  
(Verzicht auf Ausgleiche!)  
11.000 Pat. x 5.333 x 1,2 = 70,4 Mio. DM  
→ Ausgleichsbetrag 8,8 Mio. : 2 = 4,4 Mio. DM
- Erlösbudget: 74,8 Mio. DM
- Individueller Basisfallwert

$$\frac{74,8 \text{ Mio.}}{11.000 \times 1,2} = 5.666,-$$

Ergebnis:

Auch das leistungsstarke Krankenhaus hat 2/3 der Anpassung an den Basisfallwert Land realisiert !