

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Bei der Entwicklung eines diagnoseorientierten DRG-Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups) wurden mit dem Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2004 wichtige Schritte hin zu einer Anpassung an deutsche Versorgungsverhältnisse erreicht. Dennoch ist die sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistungen durch das auf der Grundlage von Ist-Kosten und Ist-Leistungen kalkulierte deutsche DRG-Fallpauschalensystem in einigen Teilbereichen noch verbesserungsbedürftig (z. B. Intensivmedizin, Langliegerversorgung, Vergütung von Medikamenten im Bereich der Onkologie). Insbesondere deshalb werden die Rahmenbedingungen für die ab dem Jahr 2005 schrittweise erfolgende Heranführung der Krankenhausbudgets an die landesweiten Fallpreise (so genannte Konvergenzphase) modifiziert. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen verändert sowie weitere Detailänderungen bei einzelnen gesetzlichen Regelungen vorgenommen. Ziel des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes ist die sachgerechte Weiterentwicklung der bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung im Sinne des lernenden Systems. Des Weiteren wird die staatliche Vergütungsfestsetzung für Leistungen freiberuflicher Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2007 in das Vertragssystem der GKV überführt.

B. Lösung

Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz werden insbesondere die Phase der Budgetangleichungen (Konvergenzphase) verlängert, die Angleichungsquoten in den beiden ersten Jahren abgesenkt, eine Ausgleichsregelung für die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwerts ermöglicht und Maßnahmen zur Verbesserung der Kalkulationsgrundlagen für das DRG-Fallpauschalensystem ergriffen. Darüber hinaus wird eine wettbewerbsneutrale Finanzierung der Ausbildungsstätten und -vergütungen sichergestellt.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden entstehen mit dem Gesetz keine zusätzlichen Ausgaben, da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems bereits mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) getroffen wurden. Die neu eingeführten pauschalierten Aufwandsentschädigungen, die vom DRG-Institut aus dem DRG-Systemzuschlag an kalkulierende Krankenhäuser zu zahlen sind, führen zwar zu einer zusätzlichen, aus Beitragsgeldern zu deckenden Belastung in Höhe von rd. 7 Mio. Euro. In begrenztem Umfang entstehen auch nicht genau quantifizierbare Mehrausgaben durch die Öffnungsklausel nach § 4 Abs. 4 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach statt der pauschalen Finanzierungsquoten für zusätzliche, sachkostenintensive Leistungen auch höhere kostenorientierte Ertragsanteile verhandelt werden können. Diese Mehrausgaben werden jedoch aufgefangen, indem – entsprechend der Verlängerung der Konvergenzphase – auch die Vergütung zusätzlicher Leistungen zum vollen DRG-Katalogpreis um ein Jahr verschoben wird. Hierdurch entstehen im Jahr 2007 geringere Ausgaben in einer geschätzten Größenordnung von 150 Mio. Euro. Da der Konvergenzmechanismus insgesamt ausgabenneutral ist, führt auch die Streckung der DRG-Einführung nicht zu Mehrausgaben. Insgesamt sind die vorgesehenen Maßnahmen somit als kostenneutral einzuschätzen.

E. Sonstige Kosten

Da die Grundsatzentscheidungen bereits mit dem Fallpauschalengesetz getroffen wurden und die mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen insgesamt kostenneutral sind, entstehen für die Unternehmen keine zusätzlichen Kosten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind deshalb ebenfalls nicht zu erwarten.

F. Gesetzesfolgenabschätzung

Mit der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wird das Ziel einer leistungsorientierten pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen verfolgt. Dies gilt auch gleichstellungspolitisch, da der Fallpauschalen-Katalog geschlechtsspezifischen Besonderheiten in Diagnostik und Therapie Rechnung trägt. Insbesondere werden auch signifikant unterschiedliche Kostensituationen bei der stationären Versorgung von Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Durch die Streckung der Konvergenzphase und die Absenkung der Budgetanpassungsquoten in den Anfangsjahren der DRG-Einführung wird möglichen Fehlentwicklungen, auch möglichen negativen Auswirkungen auf chronisch kranke und behinderte Menschen, vorgebeugt, die infolge einer noch nicht ausreichenden Abbildungsqualität des DRG-Fallpauschalensystems in Teilbereichen entstehen könnten.

BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
DER BUNDESKANZLER

Berlin, den 14. Oktober 2004

An den
Präsidenten des
Deutschen Bundestages
Herrn Wolfgang Thierse
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

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

mit Begründung und Vorblatt (Anlage 1).

Ich bitte, die Beschlussfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Der Bundesrat hat in seiner 803. Sitzung am 24. September 2004 gemäß Artikel 76
Absatz 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf wie aus
Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist
in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Anlage 1

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften
(Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG)**

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleich lautend mit dem Text auf den Seiten 3 bis 17 der Bundestagsdrucksache 15/3672.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 803. Sitzung am 24. September 2004 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

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

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

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

Begründung

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

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

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

Begründung

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

3. **Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe d** (§ 17b Abs. 6 Satz 4 KHG),

- Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe a** (§ 4 Überschrift),
- Buchstabe b** (§ 4 Abs. 1 Satz 1),
- Buchstabe d Doppelbuchstabe dd** (§ 4 Abs. 3 Satz 2),
- Buchstabe e** (§ 4 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1, 2, 3, 4 – neu –),
- Buchstabe f** (§ 4 Abs. 5 Satz 1),
- Buchstabe g** (§ 4 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1, 2, 3, 4 – neu –),
- Buchstabe h** (§ 4 Abs. 7 Satz 1),
- Buchstabe j** (§ 4 Abs. 12 Satz 1),
- Buchstabe k** (§ 4 Abs. 14 Satz 1),
- Nr. 4** (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2),
- Nr. 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa** (§ 10 Abs. 7 Satz 1),
- Nr. 9 Buchstabe b** (§ 21 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG)

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

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

- aa) In Buchstabe a ist in der Überschrift des § 4 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.
- bb) In Buchstabe b ist in § 4 Abs. 1 Satz 1 die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ zu ersetzen.
- cc) In Buchstabe d Doppelbuchstabe dd sind in § 4 Abs. 3 Satz 2 die Wörter „das Jahr 2007 ist das Erlösbudget des Vorjahres;“ durch die Wörter „die Jahre 2007 und 2008 ist das Erlösbudget des entsprechenden Vorjahres;“ zu ersetzen.
- dd) In Buchstabe e ist § 4 Abs. 4 Satz 2 wie folgt zu ändern:
 - aaa) Die Nummern 1 bis 3 sind wie folgt zu fassen:
 - „1. 25 vom Hundert im Jahr 2005,
 - 2. 45 vom Hundert im Jahr 2006,
 - 3. 65 vom Hundert im Jahr 2007 und“.
 - bbb) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer anzufügen:
 - „4. 85 vom Hundert im Jahr 2008;“.
- ee) In Buchstabe f ist in § 4 Abs. 5 Satz 1 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.
- ff) In Buchstabe g ist § 4 Abs. 6 wie folgt zu ändern:
 - aaa) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:
 - aaaa) Die Angabe „bis 2007“ ist durch die Angabe „bis 2008“ zu ersetzen.
 - bbbb) Die Nummern 1 bis 3 sind wie folgt zu fassen:
 - „1. 10,00 vom Hundert im Jahr 2005,
 - 2. 22,22 vom Hundert im Jahr 2006,
 - 3. 28,57 vom Hundert im Jahr 2007 und“.
 - cccc) Nach Nummer 3 ist folgende Nummer anzufügen:
 - „4. 50,00 vom Hundert im Jahr 2008“.
 - bbb) In Satz 2 ist die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.
- gg) In Buchstabe h ist in § 4 Abs. 7 Satz 1 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.

- hh) In Buchstabe j ist in § 4 Abs. 12 Satz 1 die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ zu ersetzen.
- ii) In Buchstabe k ist in § 4 Abs. 14 Satz 1 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.
- c) In Artikel 2 Nr. 4 ist in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.
- d) In Artikel 2 Nr. 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa ist in § 10 Abs. 7 Satz 1 die Angabe „2008“ durch die Angabe „2009“ zu ersetzen.
- e) In Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe b ist in § 21 Abs. 5 Satz 3 die Angabe „2007“ durch die Angabe „2008“ zu ersetzen.

Begründung

Eine Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr reicht nicht aus, um die möglichen fehlsteuernden Wirkungen eines noch nicht optimal an die Leistungsstrukturen angepassten Fallpauschalensystems hinreichend abzufedern. Das deutsche Fallpauschalensystem braucht noch Zeit zur weiteren Entwicklung. Es wird daher eine Verlängerung der Konvergenzphase um zwei Jahre als notwendig erachtet. Als Folge einer solchen Verlängerung werden auch die einzelnen jährlichen Anpassungsschritte für die Krankenhausbudgets – wie folgt – weiter verkleinert.

Jahr	Konvergenzquote bezogen auf	
	Ausgangswert	Vorjahreswert
2005	10 %	10,00 %
2006	20 %	22,22 %
2007	20 %	28,57 %
2008	25 %	50,00 %
2009	25 %	100,00 %

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

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

- a) In Nummer 2 ist der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma zu ersetzen.
- b) Nach Nummer 2 ist folgende Nummer anzufügen:
 - „3. Erhöhung um die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Begründung

Bei der nunmehr vorgesehenen Gesetzeslage soll das berechnete Erlösbudget nach Vorgaben des § 4 Abs. 2 bzw.

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

5. Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g und Nr. 7 Buchstabe a1 – neu – (§ 4 Abs. 6 Satz 3 – neu – und § 10 Abs. 3 Nr. 6 – neu – KHEntgG)

Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 Buchstabe g ist dem § 4 Abs. 6 folgender Satz 3 anzufügen:
 - „Der Absolutwert eines mit negativem Vorzeichen addierten Angleichungsbetrages darf 1,0 vom Hundert des für das Jahr 2005 nach Absatz 2 festgelegten Ausgangswertes nicht überschreiten (Kappungsgrenze); die Veränderung des Angleichungsbetrags aufgrund der voraussichtlichen Leistungsänderungen nach Absatz 4 bleibt unberührt.“
- b) In Nummer 7 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe einzufügen:
 - a) Dem Absatz 3 wird folgende Nummer angefügt:
 - „6. die veränderte Ausgabenentwicklung auf Grund der Kappungsgrenze für den Angleichungsbetrag in § 4 Abs. 6 Satz 3.““

Begründung

Zu Buchstabe a

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

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

Dass ohne eine Änderung – wie vorgeschlagen – derartige Verwerfungen speziell im Bereich der Maximalversorgung tatsächlich drohen, ergibt sich aus Erkenntnissen über die Streuung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte: Bei einem möglichen mittleren Landesbasisfallwert in Höhe von 2 700 Euro ist gegenwärtig zu

erwarten, dass vor allem große Krankenhäuser und Universitätsklinika einen Basisfallwert zwischen 3 100 und 3 600 Euro aufweisen. Auch noch höhere Basisfallwerte sind nicht auszuschließen. Der Regierungsentwurf schließt die Angleichung im vierten Jahr ab und verzichtet auf eine Kappungsgrenze.

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

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

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

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

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

bußen wegen voraussichtlicher Minderleistungen nicht durch die Kappungsgrenze geschützt.

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

Zu Buchstabe b

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

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

6. Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe 0a – neu – (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b KHEntgG)

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

„0a) Dem Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe b werden die Wörter „bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrages gemäß § 8 Abs. 1 Satz 4 zusätzlich Kennzeichen des entlassenden Standortes,“ angefügt.“

Begründung

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

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

7. Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe 0b – neu – (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d KHEntgG)

In Artikel 2 Nr. 9 ist nach Buchstabe 0a – neu – folgender Buchstabe einzufügen:

„0b) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe d werden die Wörter „um die letzten zwei Ziffern verkürzte“ gestrichen.“

Begründung

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

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

8. **Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe a1 – neu –** (§ 21 Abs. 3 Nr. 3 KHEntgG)

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

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

Begründung

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

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung

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

Der Vorschlag wird geprüft.

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

Der Vorschlag wird geprüft.

3. **Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe d** (§ 17b Abs. 6 Satz 4 KHG),

Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe a, b, d bis h, j, k
(§ 4 KHEntgG),

Artikel 2 Nr. 4 (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG),

Artikel 2 Nr. 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa
(§ 10 Abs. 7 Satz 1 KHEntgG),

Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe b (§ 21 Abs. 5 Satz 3 KHEntgG)

Die vorgeschlagenen Änderungen zielen auf eine weitere Verlängerung der Konvergenzphase um noch ein Jahr sowie auf eine stärkere Abflachung der Konvergenzquoten (10, 20, 20, 25 und 25 Prozent bezogen auf den Ausgangswert 2005) ab. Die Quoten für die Vergütung zusätzlicher Leistungen sollen gegenüber dem Regierungsentwurf vermindert werden.

Mit dem DRG-System 2005 (Fallpauschalen-Katalog und neue Zusatzentgelte) erfolgen wesentliche Schritte für eine Verbesserung der leistungsorientierten Abbildung, insbesondere von Leistungen der Maximalversorgung. Die zu erwartende bessere Abbildung aufwändiger Leistungen vermindert die Gefahr von ungerechtfertigten Budgetminderungen, z. B. bei Krankenhäusern der Maximalversorgung. Auch die mit dem Regierungsentwurf vorgesehene Finanzierung zusätzlicher Leistungen zugunsten der Krankenhäuser sowie die ab 2005 greifende Möglichkeit einer Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen und der Wegfall der Grundlohnratenbegrenzung für die Budgetabschlüsse der einzelnen Krankenhäuser verbessern die Ausgangslage. Der Vorschlag für eine weitere Abflachung der Konvergenzquoten bzw. für eine Verlängerung der Konvergenzphase wird dennoch geprüft.

4. **Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe e** (§ 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und 3 – neu – KHEntgG)

Der Vorschlag wird geprüft.

5. **Zu Artikel 2 Nr. 2 Buchstabe g und Nr. 7 Buchstabe a1 – neu –** (§ 4 Abs. 6 Satz 3 – neu – und § 10 Abs. 3 Nr. 6 – neu – KHEntgG)

Die Änderung sieht für konvergenzbedingte Budgetminderungen eine jährliche Obergrenze in Höhe von 1 Prozent vor. Einheitliche Bezugsgröße soll jeweils das

unveränderte Ausgangsbudget des Jahres 2005 sein (ohne Leistungsveränderungen). Durch die Anfügung von § 10 Abs. 3 Nr. 6 KHEntgG soll das durch die Obergrenze geschonte Budgetvolumen einzelner Krankenhäuser nicht zugunsten von Krankenhäusern verausgabt werden, deren Budgets sich im Zuge der Umstellung des Entgeltsystems erhöhen.

Der für das Jahr 2005 neu kalkulierte Fallpauschalen-Katalog verbessert nochmals wesentlich die leistungsorientierte Abbildung insbesondere von Leistungen der Maximalversorgung. Darüber hinaus sind Zusatzentgelte für teure Medikamente insbesondere in der Onkologie vorgesehen. Die zu erwartende bessere Abbildung aufwändiger Leistungen vermindert die Gefahr von ungerechtfertigten Budgetminderungen, z. B. bei Krankenhäusern der Maximalversorgung. Auch die mit dem Regierungsentwurf vorgesehene Finanzierung zusätzlicher Leistungen zugunsten der Krankenhäuser sowie die ab 2005 greifende Möglichkeit einer Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen und der Wegfall der Grundlohnratenbegrenzung für die Budgetabschlüsse der einzelnen Krankenhäuser verbessern die Ausgangslage. Der Vorschlag einer Obergrenze sowie deren vertretbare Höhe wird dennoch geprüft.

6. **Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe 0a – neu –** (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b KHEntgG)

Der Vorschlag wird geprüft.

7. **Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe 0b – neu –** (§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe d KHEntgG)

Die Verkürzung der an die DRG-Datenstelle zu übermittelnden Postleitzahl des Wohnorts der Patientin oder des Patienten dient aus Gründen des Datenschutzes dazu, die Herstellung eines Personenbezugs zum einzelnen Patienten weitgehend auszuschließen. Dies gilt um so mehr, als bei den Stellen, denen Daten nach § 21 Abs. 2 KHEntgG von der DRG-Datenstelle übermittelt werden, Auswertungen vorgenommen werden. Die Umsetzbarkeit des Vorschlags wird unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten noch geprüft.

8. **Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe a1 – neu –** (§ 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG)

Bereits heute erhalten die Länder für Zwecke der Krankenhausplanung Daten nach § 21 KHEntgG. Die Daten werden vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner in einem Standard-Datenformat, das von marktüblicher Standard-Software gelesen werden kann (z. B. MS Ac-

cess, SPSS), bereitgestellt. Landesspezifische Auswertungen sind auf dieser Grundlage möglich und werden auch bereits von einigen Ländern durchgeführt. Um die Auswertung der z. T. großen Datenmengen für die einzelnen Länder zu vereinfachen und zu vereinheitlichen, hat sich das DRG-Institut in Abstimmung mit den Ländern bereit erklärt, für die Auswertungszwecke der Länder ein Softwaretool zu entwickeln. Sofern Bedarf für den Erwerb entsprechender EDV-Programme gesehen wird, sind diese von den Ländern aus Landesmitteln zu finanzieren. Eine Überwälzung der Kosten auf das durch den DRG-Systemzuschlag finanzierte DRG-Institut und damit eine Finanzierung durch die Versicherungsgemeinschaft ist nicht zulässig. Dieser Grundsatz gilt ungeachtet der Tatsache, dass der DRG-Systemzuschlag durch die vorgeschlagene Änderung nur um ein Drittel Cent (0,003 Euro) ansteigen würde. Die Änderung ist somit abzulehnen.

