

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) – Drucksache 14/7421 –

Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates

I.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die erforderliche Zustimmung des Bundesrates zu dem Gesetzentwurf in dem vom Grundgesetz vorgesehenen Verfahren zur Beteiligung der Länder bei der Gesetzgebung herbeigeführt werden kann. Anderenfalls ist die auch von den Ländern befürwortete Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems nicht möglich, da die Einbindung in das Krankenhausfinanzierungsrecht derzeit noch offen ist.

II.

Die Bundesregierung nimmt zu den Vorschlägen des Bundesrates im Einzelnen wie folgt Stellung:

Zu Nummer 1

Zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 71 Abs. 1 Satz 1 und 1a – neu – SGB V)

- a) Die Bundesregierung stimmt zu.
- b) Der Vorschlag wird geprüft.

Zu Nummer 2

Zu Artikel 1 Nr. 3a – neu – (§ 117 Überschrift, Abs. 1 Satz 1 bis 3, Satz 4 – neu –, Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V)

- a) Die Bundesregierung stimmt zu.
- b) aa) Die Bundesregierung stimmt zu.
 - bb) Die Bundesregierung stimmt zu.
 - cc) Der Vorschlag wird geprüft.
 - dd) Eine generelle Institutsermächtigung über die Ermächtigung zum Zwecke von Forschung und Lehre

hinaus widerspricht der Struktur der vertragsärztlichen Versorgung, die von persönlichen Ermächtigungen ausgeht. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Nachrang der Institutsermächtigung (vgl. BSG, 26. Januar 2000, 6 KA 51/98 R). Zudem wären Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Beteiligung ständig wechselnder Krankenhausärzte nur schwer zu kontrollieren. Im Übrigen würden durch diese Änderung i. V. m. der Änderung zu Nummer 3, Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa (§ 120 Abs. 2 SGB V) die Leistungen der Hochschulklinika, die zur Sicherstellung der Versorgung erbracht werden, aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung herausgenommen. Dies hätte zur Folge, dass diese Leistungen den wirtschaftlichen Steuerungsmechanismen der vertragsärztlichen Versorgung (einheitlicher Bewertungsmaßstab, Honorarverteilungsmaßstäbe) entzogen würden. Eine solche Regelung könnte nicht auf den Bereich der Hochschulklinika beschränkt bleiben und würde weitreichende Folgen für das Finanzierungssystem der vertragsärztlichen Versorgung haben. Der Vorschlag ist daher abzulehnen.

- c) aa) Die Bundesregierung lehnt ab, soweit es um die Einfügung der Wörter „Sätze 1 bis 3“ geht. Diese Ergänzung ist nicht nötig, weil die Ergänzung des Absatzes 1 um einen Satz 4 (vgl. zu Nummer 2, Buchstabe b, Doppelbuchstabe dd) abgelehnt wird und insofern die bisherige Bezugnahme auf Absatz 1 ausreichend ist. Im Übrigen stimmt die Bundesregierung zu.
 - bb) Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 3**Zu Artikel 1 Nr. 4 Buchstabe b und c**

Doppelbuchstabe aa0 – neu – und Doppelbuchstabe bb
(§ 120 Abs. 2 Satz 1, 2, 4 und 5, Abs. 3 Satz 1 und 4 SGB V)

- a) aa) Die Bundesregierung stimmt zu.
bb) Der Vorschlag wird geprüft.
cc) Die Bundesregierung stimmt zu.
dd) Der Vorschlag wird abgelehnt. Bei Krankenhäusern sind die Investitionskosten überwiegend öffentlich finanziert.
- b) aa) Der Vorschlag wird abgelehnt. Bei der Vergütung der Hochschulambulanzen sollte auch künftig die Möglichkeit der Pauschalierung bestehen. In Satz 1 muss daher der Begriff „Polikliniken“ durch „Hochschulambulanzen“ ersetzt werden.
bb) Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 4

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V)

Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 5

Zu Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe c – neu –
(§ 137 Abs. 1 Satz 4 – neu – SGB V)

Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 6

Zu Artikel 1a – neu – (§ 14 Abs. 4 Satz 2a – neu – Gesetz über das Apothekenwesen)

Die Freigabe der Abgabe von Arzneimitteln durch Klinikapotheken an ambulant behandelte Patienten gegen Bezahlung ist Gegenstand der Beratungen in Verbindung mit der anstehenden Änderung des Gesetzes über das Apothekenwesen. Diese Beratungen finden zurzeit im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages statt, so dass ein baldiger Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens möglich ist. Diesen Ergebnissen sollte nicht vorgegriffen werden; dies um so mehr, als zwischen dem Anliegen und dem vorliegenden Gesetzentwurf kein Zusammenhang besteht. Die erforderliche Diskussion sollte daher nicht im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Fallpauschalengesetz geführt werden.

Zu Nummer 7

Zu Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa0 – neu –, Doppelbuchstabe aa, bb und cc, Buchstabe c1 – neu –

(§ 17b Abs. 1 Satz 4, 5 bis 8 – neu –, Abs. 4 Satz 1 KHG),

Zu Artikel 5 (§ 5 Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 2 KHEntgG)

- a) aa) aaa) Der Änderungsvorschlag wird abgelehnt. Maßstäbe zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung, wie z. B. zumutbare Entfernungen zum nächsten Krankenhaus für die Notfall- und die Grundversorgung sowie für spezielle Versorgungsangebote oder die Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit öffentlichen Ver-

kehrsmitteln, sollen bundeseinheitlich festgelegt werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass diese „Maßstäbe“ in Bezug auf die konkrete Entscheidungssituation für das einzelne Krankenhaus zu prüfen sind. Im Streitfall liegt die Letztentscheidung über einen Versorgungszuschlag bei der zuständigen Landesbehörde. Vor diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit unterschiedlicher Maßstäbe für die einzelnen Bundesländer nicht gesehen.

- bbb) Der Vorschlag wird abgelehnt. Auch nach geltendem Pflegesatzrecht wird die Vergütungshöhe nicht von den Ländern festgelegt. Maßstab für Versorgungszuschläge sollte nicht allein die Krankenhausplanung sein, sondern bundesweit gültige, objektive Leistungskriterien.
- ccc) Unter Hinweis auf die voranstehenden Ausführungen wird der Vorschlag angelehnt.
- ddd) Unter Hinweis auf die voranstehenden Ausführungen wird der Vorschlag angelehnt.
- bb) Unter Hinweis auf die voranstehenden Ausführungen wird der Vorschlag abgelehnt.
- b) aa) aaa) Unter Hinweis auf die voranstehenden Ausführungen wird der Vorschlag abgelehnt.
bbb) Unter Hinweis auf die voranstehenden Ausführungen wird der Vorschlag abgelehnt.
- bb) Der Vorschlag wird abgelehnt. Die Änderung hätte zur Folge, dass die Sicherstellungszuschläge unabhängig davon gezahlt würden, ob die Versorgung der Bevölkerung auch ohne das Leistungsangebot eines bestimmten Krankenhauses gesichert wäre (durch ein anderes Krankenhaus). Die Zuschläge werden allein an die Landesplanung geknüpft. Strukturverändernde Anreize des neuen Vergütungssystems werden damit beseitigt oder zumindest in das Belieben des Landes gestellt.

Zu Nummer 8

Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG)

Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 9

Zu Artikel 5 (§ 4 Abs. 12 – neu – und § 11 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG)

- a) Die Bundesregierung stimmt zu. Allerdings sind zur Erreichung des Gewollten die Verweisungen zu korrigieren.
- b) aa) Die Bundesregierung stimmt zu.
bb) Die Bundesregierung stimmt zu.

Zu Nummer 10

Zu Artikel 5 (§ 6 Abs. 2 Satz 1 und 3 KHEntgG)

- a) Der Vorschlag wird geprüft.
- b) Der Vorschlag wird geprüft. Es bestehen Zweifel, ob die Schiedsstelle zur Lösung von Konflikten bei der Vergü-

tungsvereinbarung für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden geeignet ist. Üblicherweise befasst sich die Schiedsstelle mit unterschiedlichen Vorstellungen zur Höhe bestimmter Leistungen. Hier geht es aber insbesondere um die Frage des Ob, und zwar in einem schwierigen Bereich medizinisch-wissenschaftlicher Fragen. Entscheidungen sollen im Konsens erreicht werden.

Zu Nummer 11

Zu Artikel 5 (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG)

Der Vorschlag wird abgelehnt. Der Gesetzentwurf soll auf die DRG-Einführung begrenzt werden. Die Systematik des geltenden Rechts wird deshalb im Übergangszeitraum bis Ende 2006 beibehalten. Die Frage der Erbringung von ärztlichen Wahlleistungen wird im Rahmen eines gesonderten Gesetzgebungsverfahrens, mit dem der ordnungspolitische Rahmen des DRG-Fallpauschalensystems ab dem Jahr 2007 festgelegt wird, zu klären sein.

Zu Nummer 12

Zu Artikel 5 (§ 21 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG)

Der Vorschlag wird geprüft. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Länder nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG Datensätze über jeden einzelnen Krankenhausfall erhalten, ihnen somit eigene, weitreichende Auswertungsmöglichkeiten eröffnet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit erhält demgegenüber keine Datensätze, ist also auf die Hilfe der Datenstelle in einer begrenzten Anzahl von Fällen angewiesen. Die DRG-Datenstelle würde durch die unterschiedlichen Anforderungen von 16 Ländern arbeits- und kostenmäßig zusätzlich belastet. Im Übrigen schreibt § 21 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG vor, dass die Datenstelle jährlich bundes- und landesweite Ergebnisse der DRG-Datenauswertung veröffentlicht.

Zu Nummer 13 (Zum Gesetzentwurf insgesamt)

Die Bundesregierung strebt mit dem Gesetzentwurf u. a. einen leistungsorientierten Finanzfluss, eine bedarfsgerech-

tere und effizientere krankenhauserneuerung und krankenhauserneuernde Ressourcerverteilung an. Die vom Bundesrat aufgestellte Forderung nach einer insgesamt kostenneutralen Ausgestaltung der Reform verträgt sich mit diesem Ziel nicht, da dies nur durch eine unveränderte Aufrechterhaltung des Status quo gelingen würde. Zudem ist der Grundthese der Stellungnahme des Bundesrates entgegenzutreten: Weder einzelne Trägergruppen (z. B. öffentlich-rechtliche Krankenhäuser) noch bestimmte Krankenhausarten (z. B. Universitätskliniken) können heute eindeutig als Verlierer oder Gewinner der DRG-Einführung ausgemacht werden.

Die vorliegenden Daten stellen auf Grund der derzeit noch mangelhaften Datenqualität, insbesondere unzureichend kodierter Diagnosen und Prozeduren, keine hinreichende Basis für entsprechende, belastbare Analyseergebnisse dar. Auch liegt bislang die von den Selbstverwaltungspartnern zu entwickelnde deutsche Fassung des DRG-Fallpauschalenkatalogs, die Besonderheiten der deutschen Versorgungsstrukturen berücksichtigen soll, nicht vor. Darüber hinaus ist ohnehin davon auszugehen, dass organisatorische Änderungen, ein verbessertes Rechnungswesen und eine Modernisierung der Datenverarbeitung zur Optimierung der Wirtschaftlichkeit kommunaler Krankenhäuser genutzt werden können, so dass nur ein Teil der durchzuführenden Maßnahmen auf die Einführung des DRG-Vergütungssystems unmittelbar zurückgeführt werden kann. Insgesamt müssen für Länder und Kommunen als Träger von Krankenhäusern organisatorische und technische Umstellungen nicht zu Mehrausgaben führen, vielmehr sind Einsparungen möglich (z. B. bei der Aufbau- und Ablauforganisation sowie auf Grund der Reduktion von Logistikkosten).

Zu Nummer 14 (Zum Gesetzentwurf insgesamt)

Auf die voranstehenden Ausführungen wird verwiesen, wonach für die einzelnen Trägergruppen derzeit keine eindeutige Vorhersage über Gewinn- oder Verlustrisiken möglich ist.

