

Ferdinand Rau

# Kabinett bringt Fallpauschalenänderungsgesetz auf den Weg

*Am 26. Februar 2003 hat das Kabinett dem Gesetzentwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) zugestimmt. Im Sinne des mit dem Fallpauschalengesetz angekündigten lernenden Systems ist das übergeordnete Ziel des Gesetzentwurfs eine sachgerechte Weiterentwicklung der bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen der DRG-Einführung. Ein In-Kraft-Treten der Regelungen wird zum Juli 2003 angestrebt.*

Die bisherigen Erfahrungen mit der DRG-Einführung in Deutschland zeigen, dass die Rahmenbedingungen zur Einführung und jährlichen Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems noch verbesserungsfähig sind. Nicht oder nicht fristgerecht zustande kommende Vereinbarungen sowie eine erst sehr späte Erklärung des Scheiterns der zuständigen Selbstverwaltungspartner (DKG, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) sind die Folge. Diese Bedingungen erschweren dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) eine eingehende Prüfung und Entwicklung von Lösungsansätzen für dann erforderliche Ersatzvornahmen. Für die nach Erklärung des Scheiterns der Verhandlungen erforderliche Ersatzvornahme zur Entwicklung entscheidender Rahmenbedingungen des Optionsmodells (Katalogentwicklung, Abrechnungsregeln, Systemregeln) verblieben dem Ministerium im Jahr 2002 gerade einmal 2 Monate. Entsprechende Szenarios sind vor dem Hintergrund der für den Fallpauschalen-Katalog 2004 vorzunehmenden Anpassung an deutsche Versorgungsverhältnisse nicht tragfähig. Dies gilt umso mehr, als Vertreter der Selbstverwaltungspartner immer wieder, auch öffentlich, zum Ausdruck bringen, dass auch für den nächsten deutschen DRG-Fallpauschalen-Katalog von einer notwendigen Ersatzvornahme auszugehen ist.

➔ Gesetzlicher Handlungsbedarf besteht insbesondere auch, weil erkennbar ist, dass für sachgerechte Vergütungsregelungen in einigen Versorgungsbereichen zusätzliche Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner benötigt werden, insbesondere im Zusammenhang mit der erforderlichen Anpassung der australischen DRG-Klassifikation an deutsche Versorgungsverhältnisse. Dies kann sowohl für die sachgerechte Abbildung einzelner Leistungen als auch für die Leistungen von besonderen Einrichtungen (Spezialkliniken) zutreffen.

## Inhalte des FPÄndG

Vor diesem Hintergrund enthält der Kabinetentwurf des FPÄndG Regelungen zu folgenden Themen:

- Den Selbstverwaltungspartnern werden zusätzliche Handlungsmöglichkeiten eröffnet, um sachgerechte Vergütungsregelungen für die Leistungen einzelner Fachgebiete und besonderer Einrichtungen zu ermöglichen (§ 17 b Absatz 1 Satz 15 KHG). Für Spezialkliniken, deren Leistungen mit dem Entgeltsystem noch nicht sachgerecht vergütet werden, sollen zeitlich befristet noch krankenhausespezifische Vergütungsvereinbarungen getroffen werden können. Die bestehende Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausespezifischer Entgelte (§ 6 Absatz 1 KHEntgG) wird in diesem Zusammenhang bis 2006 verlängert und auch auf die Vereinbarung von Zusatzentgelten erstreckt. Für die DRG-Einführung im Jahr 2003 musste aufgrund einer fehlenden gesetzlichen Kompetenz im Rahmen der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) für die Festlegung von Zusatzentgelten für Blutgerinnungsfaktoren, die im Rahmen der Erstkalkulation nicht kalkuliert werden konnten, auf die bestehenden Preisvereinbarungen des Jahres 2002 zurückgegriffen werden. Voraussetzung für die Vereinbarung krankenhausespezifischer Entgelte bleibt jedoch, dass die Selbstverwaltungspartner wegen bestehender Abbildungsprobleme die Leistungen und Einrichtungen von der Anwendung des DRG-Systems zunächst ausnehmen. Um keine Fehlanreize zu setzen, gelten für entsprechend ausgenommene Einrichtungen die bisherigen pflegesatzrechtlichen Bestimmungen fort, insbesondere hinsichtlich der Mehr- und Mindererlösausgleiche, der Regelungen zur Budgetbegrenzung und der vorzulegenden Verhandlungsunterlagen (§ 6 Absatz 3 KHEntgG).

In der Begründung des FPÄndG werden in beispielhafter und nicht abschließender Form Bereiche aufgelistet, bei denen von Seiten medizinischer Fachgesellschaften oder einzelner Fachgebietsvertreter nachhaltig auf den bestehenden Anpassungsbedarf der australischen Ausgangsklassifikation an die deutschen Versorgungsverhältnisse hingewiesen wurde (zum Beispiel Geriatrie, Pädiatrie). Dies darf jedoch nicht dahingehend missverstanden werden, dass die beispielhaft genannten Bereiche in jedem Fall zeitlich befristet vom DRG-System auszunehmen sind. Vielmehr bestehen unter anderem in diesen Bereichen besondere Prüfungsbedarfe. Das Ergebnis des Prüf- und Suchprozesses nach systemkompatiblen Lösungsansätzen ist aber aus heutiger Sicht durchaus offen. Die betroffenen Fachgebietsvertreter sind hierfür zu einem intensiven Diskurs mit dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK), aufgerufen. Auch eine Teilnahme entsprechender Kliniken an der Kalkulation ist in diesem Zusammenhang unverzichtbar. Nähere Informationen zum vereinbarten Verfahren sowie zu den erforderlichen Unterlagen für Änderungsvorschläge sind auf der InEK-

Homepage ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)) hinterlegt. Für den Fallpauschalen-Katalog 2004 ist Zuleitungsfrist für Änderungsvorschläge an das InEK der 31. März 2003.

● Die Handlungsmöglichkeiten des BMGS zur fristgerechten Einführung und Weiterentwicklung eines deutschen DRG-Fallpauschalensystems werden verbessert (§ 17 b Absatz 7 KHG). Zu nennen ist hier insbesondere die Schaffung einer Möglichkeit zur Fristsetzung, so dass dem Ministerium frühere Einwirkungsmöglichkeiten vor Erlass einer Rechtsverordnung eröffnet werden sollen. Zukünftig soll nach Verstreichen gesetzter Fristen auch ohne Erklärung des Scheiterns der Selbstverwaltungspartner eine BMGS-Ersatzvornahme möglich sein. Ferner soll das BMGS – ähnlich wie die Selbstverwaltungspartner – über flexiblere Handlungsmöglichkeiten dahingehend verfügen, dass Leistungen oder besondere Einrichtungen bestimmt werden können, die noch nicht sachgerecht mit dem neuen Entgeltsystem vergütet werden. Neben der Ausklammerung aus dem DRG-System können Vorgaben zur Art der Vergütung, zur Ermittlung der Entgelthöhe und den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen gemacht werden. Trotz der effektiveren BMGS-Kompetenzen wird an der originären Zuständigkeit der Selbstverwaltungspartner für die DRG-Einführung und -Entwicklung nicht gerüttelt. Dennoch wird klargestellt, dass das BMGS von Selbstverwaltungsvereinbarungen abweichende Vorgaben machen kann, soweit dies im Rahmen zu treffender Entscheidungen erforderlich sein sollte.

● Für eine Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte bei Innovationen nach § 6 Absatz 2 KHEntgG ist eine Informationseinholung des Krankenhauses bei den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene erforderlich. (Kann die Innovation bereits mit dem geltenden Fallpauschalen-Katalog abgerechnet werden?) Der bislang hierfür vorgesehene Termin wird vom 30. September auf den 31. Oktober eines jeden Jahres verlängert.

● Zur Entlastung der Selbstverwaltungspartner, damit diese ihre Arbeitskräfte auf die Entwicklung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs 2004 und die flächendeckende Einführung des DRG-Fallpauschalensystems zum 1. Januar 2004 konzentrieren können, wird die grundlegende Umstellung der Ausbildungsfinanzierung vom 1. Januar 2004 auf den 1. Januar 2005 verschoben (§ 17 a KHG). Unter DRG-Gesichtspunkten kann die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung auch noch im Jahr 2004 vorbereitet werden.

Damit regionalen Unterschieden in den Ausbildungskosten (zum Beispiel Ost/West) bei der Festlegung der Ausbildungszuschläge besser Rechnung getragen werden kann, wird zudem den Selbstverwaltungspartnern die Möglichkeit für regional differenzierte Ausbildungszuschläge eröffnet.

Schließlich wird klargestellt, dass im Hinblick auf die Geltung der geänderten Form der Ausbildungsfinanzierung auch für Einrichtungen der Psychiatrie, der Psychosomatik und Psychotherapie die für die Ermittlung der Finanzierungsbeträge benötigten Struktur- und Kostendaten

nach § 21 KHEntgG auch von diesen Einrichtungen an die DRG-Datenstelle zu liefern sind (§ 17 a Absatz 9 KHG).

● Die Vorgaben zur Vorlage von Verhandlungsunterlagen für die Budgetverhandlungen werden mit den Pflelegesatzverhandlungen für das Jahr 2004 differenzierter gefasst (§ 11 Absatz 4 KHEntgG). Auf Angaben, die für die Budgetvereinbarung nach dem DRG-Vergütungssystem nicht benötigt werden, zum Beispiel die prospektive Schätzung von Art und Anzahl der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der BPfIV oder die Ermittlung von tagesgleichen Pflelegesätzen, wird ausdrücklich verzichtet. Options-Krankenhäuser werden zusätzlich entlastet, indem sie die LKA-Abschnitte V1 bis V3, L4, L5 und K6 nicht vorlegen müssen. Krankenhäuser der Bundeswehr und Kliniken der Berufsgenossenschaften bleiben – wie bisher – von der Vorlagepflicht der LKA-Daten ausgenommen; entsprechendes gilt für die Buchführungspflichten nach der KHBV.

Die von den Krankenkassen vor Ort benötigten Unterlagen sind vom Krankenhaus maschinenlesbar zu übermitteln, um einen zügigen Abschluss der Budgetverhandlungen zu ermöglichen (§ 11 Absatz 4 KHEntgG). Die Vertragsparteien auf der Bundesebene haben analog zu der bisherigen Regelung nach § 15 Absatz 2 BPfIV Grundsätze für den einheitlichen Datensatzaufbau und die Übermittlung der Verhandlungsunterlagen zu vereinbaren (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 KHEntgG).

● Für den Fall, dass sich die Selbstverwaltungspartner über die Erhebung von DRG-Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG nicht einigen können, wird eine Konfliktlösung durch die Schiedsstelle auf Bundesebene eingeführt.

## Positionen der Verbände

Bei der Verbändeanhörung am 10. Februar 2003 stieß das FPÄndG insgesamt auf Zustimmung. Vertreter der Krankenhäuser, der Ärzteschaft, der medizinischen Fachgesellschaften sowie der pharmazeutischen und medizintechnischen Zulieferindustrie begrüßen insbesondere die flexibleren Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner zur Sicherstellung einer sachgerechten Vergütung. Auf grundsätzliche Zustimmung stößt der Gesetzentwurf auch bei den Ländern. Kritischer fällt hingegen die Einschätzung der Krankenkassen zu einzelnen Punkten des Gesetzentwurfs aus. Dies gilt insbesondere für die Möglichkeit zusätzlicher Entgeltvereinbarungsmöglichkeiten, die verlängerte Vereinbarungsmöglichkeit krankenhausesindividueller Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG und die verbesserten Handlungsmöglichkeiten des BMGS. Vor diesem Hintergrund wurde auf die Einführung von zunächst vorgesehenen Mehrheitsabstimmungen auf der Krankenkassenseite verzichtet; der grundsätzliche

**Einfach  
mehr  
Dienstplan.**

**GeoCon**  
Software. Service. Support.

Vorrang von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner wurde herausgestellt.

## Weiteres Verfahren

Für das FPÄndG ist eine Paralleleinbringung durch die Bundesregierung einerseits sowie die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen andererseits vorgesehen. Die erste Lesung im Bundestag ist für den 20. oder 21. März 2003 vorgesehen. Der Bundesrat soll sich in einem ersten Durchgang bereits am 11. April 2003 mit dem Gesetzentwurf befassen. Die Beratungen im Gesundheitsausschuss des Bundesrates werden im April und Mai erfolgen. Die abschließende Beratung im Bundestag ist für den 23. Mai 2003 vorgesehen. Nach einer möglichen abschließenden Befassung des Bundesrates am 20. Juni 2003 könnte das Gesetz zum Juli 2003 in Kraft treten.

Anschrift des Verfassers:  
Ferdinand Rau,  
Bundesministerium für Gesundheit und  
Soziale Sicherung,  
Probsthof 78 a, 53121 Bonn ■

## Dr. Michael Schmidt Fallpauschalen- änderungsgesetz: Ein Schritt in die richtige Richtung

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat nicht zuletzt durch die Erfahrungen im Rahmen der Rechtsverordnung zur Einführung der ersten Version des G-DRG-Systems für 2003 kurzfristig einen Referentenentwurf für eine Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen vorgelegt. Nachdem sich die Vertragsparteien auf Bundesebene im Jahr 2002 nicht auf Abrechnungsbestimmungen und auf die Ausgestaltung des Optionsmodells einigen konnten, hatte die DKG am 17. Mai 2002 das Scheitern der Verhandlungen über die Abrechnungsbestimmungen und am 24. Juni 2002 das Scheitern der Verhandlungen zum Optionsmodell erklärt. Damit war die Grundlage für eine Rechtsverordnung nach § 17 b Absatz 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geschaffen worden, um die fristgerechte Einführung des G-DRG-Systems zum 1. Januar 2003 zu gewährleisten. Mit der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19. September 2002 legte das damalige Bundesministerium für Gesundheit die erste deutsche G-DRG-Version mit den dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen im Rahmen einer so genannten Ersatzvornahme vor.<sup>1)</sup>

Mit Schreiben vom 30. Januar 2003 hat das BMGS den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser – Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG) vorgelegt. Mit diesem Gesetz sollen die bisherigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die Einführung eines DRG-Systems, die insbesondere im KHG und im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt sind, weiterentwickelt werden. Wesentliche Inhalte des Referentenentwurfes sind:

- Dem BMGS soll die Möglichkeit eingeräumt werden, den Vertragsparteien auf Bundesebene Fristen für die anstehenden Aufgaben zur Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zu setzen und ggf. eine Rechtsverordnung nach § 17 b Absatz 7 KHG (Ersatzvornahme) durchzuführen, auch ohne dass eine Vertragspartei auf Bundesebene das Scheitern der Verhandlungen erklärt haben muss.
- Eine Klarstellung, dass das BMGS im Wege der Rechtsverordnung nach § 17 b Absatz 7 KHG selbst erlassene Vorschriften ändern kann, auch ohne dass eine Vertragspartei auf Bundesebene diesbezüglich das Scheitern der Verhandlungen erklärt haben muss.
- Eine Klarstellung, dass das BMGS nicht an die Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene gebunden ist, wenn die bereits getroffene Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zu bestimmten Teilbereichen des G-DRG-Systems die Vorgabe und Umsetzung einer erforderlichen Entscheidung des BMGS im Rahmen der Ersatzvornahme behindern würde.
- Dem BMGS soll die Möglichkeit eingeräumt werden, durch Rechtsverordnung die Vergütungsregelungen für Leistungsbereiche und „besondere Einrichtungen“, die noch nicht sachgerecht mit dem G-DRG-System vergütet werden können, flexibel zu bestimmen.
- Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen künftig bei ihren Entscheidungen nach dem Mehrheitsprinzip (Dreiviertelmehrheit) abstimmen.<sup>2)</sup>
- Die Öffnungsklausel für krankenhausesindividuelle sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG soll bis 2006 verlängert werden. Darüber hinaus soll die Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte ermöglicht werden.
- Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, den übrigen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG Verhandlungsunterlagen auf maschinellen Datenträgern zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen eine entsprechende Vereinbarung zum einheitlichen Aufbau der Datensätze und zum Verfahren für die Datenübermittlung schließen.
- Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 21 KHEntgG (Übermittlung von DRG-Daten) soll schiedsstellenfähig ausgestaltet werden.
- Die Einrichtungen der Psychiatrie, der Psychosomatik und der Psychotherapie, die nicht dem KHEntgG unterliegen, sollen in die Datenübermittlungspflicht nach § 21 KHEntgG ausschließlich für die Datensätze bezüglich der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen einbezogen werden.

● Die Einführung der pauschalen Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen nach § 17 a KHG soll auf den 1. Januar 2005 verschoben werden.

Das BMGS verfolgt nach eigenen Angaben mit der Vorlage des FPÄndG das Ziel,

- die Entscheidungsprozesse durch Mehrheitsentscheidung zu beschleunigen,
- die Vertragsparteien auf der Bundes- und der Landesebene durch Verschiebung der pauschalen Finanzierung der Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen zu entlasten, damit sie ihre Arbeitskräfte voll auf die flächendeckende Einführung des G-DRG-Systems zum 1. Januar 2004 konzentrieren können,
- die Handlungsmöglichkeiten des BMGS zu stärken, um die fristgerechte Einführung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sicherzustellen,<sup>3)</sup>
- die Öffnungsklausel in § 6 KHEntgG bis zum Jahr 2006 zu verlängern, damit Krankenhäuser für medizinische Leistungsbereiche, die noch nicht sachgerecht vergütet werden können, krankenhausesindividuelle Entgeltverhandlungen führen können,<sup>4)</sup>
- den Vertragsparteien auf Bundesebene einen Konfliktlösungsmechanismus für die Verhandlungen über Vereinbarungen nach § 21 KHEntgG zur Verfügung zu stellen.

Die betroffenen Verbände wurden mit Schreiben vom 30. Januar 2003 aufgefordert, bis zum 10. Februar 2003 eine Stellungnahme zum Referentenentwurf abzugeben und gleichzeitig für den 10. Februar 2003 zu einer mündlichen Anhörung in das Bundesministerium eingeladen.

## Vorläufige Stellungnahme

Die DKG hat fristgerecht eine schriftliche vorläufige Stellungnahme abgegeben und an der mündlichen Anhörung am 10. Februar 2003 im Bundesministerium teilgenommen. Die vorläufige Stellungnahme der DKG basiert unter anderem auf dem nach den Bundestagswahlen vorgelegten Sofortprogramm vom 8. Oktober 2002, in dem Vorschläge zur Modifizierung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen zur Einführung des DRG-Vergütungssystems, vor allem durch Anpassungen des KHG und des KHEntgG, enthalten sind. Teile des Sofortprogramms finden sich in dem vorliegenden Referentenentwurf wieder. Der Ausweitung der Öffnungsklausel in § 6 KHEntgG kommt beim FPÄndG besondere Bedeutung zu. Die Befristung der Öffnungsklausel auf das Jahr 2006 entspricht allerdings nicht den Praxisbedürfnissen eines DRG-Systems, da noch mehrere Jahre vergehen werden, bis es für das breite Behandlungsspektrum deutscher Krankenhäuser ein sachgerechtes Vergütungssystem nach § 17 b KHG geben wird. Darüber hinaus regt die DKG zur Erleichterung des flächendeckenden Einstiegs in das DRG-Vergütungssystem an, die Zuständigkeit in der praktischen Umsetzung des § 6 KHEntgG vollständig auf die örtliche Ebene zu verlagern. Die für die Umsetzung der jetzigen Formulierung des § 6 KHEntgG notwendigen lückenlosen Informationen über die vollständige Breite des Behandlungsspektrums deutscher Krankenhäuser werden auf Bundesebene kurzfristig nicht vorliegen.

Die Stärkung des BMGS im Rahmen der Ersatzvornahme begründet eindeutig dessen Mitverantwortung bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, was aufgrund der ordnungspolitischen Bedeutung des DRG-Vergütungssystems ausdrücklich zu begrüßen ist. Dabei ist allerdings den Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene Beachtung zu schenken („Vorfahrt für die Selbstverwaltung“). Wenn sich das BMGS über Selbstverwaltungsvereinbarungen hinweg setzen sollte, dann müsste dies für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sachlich notwendig sein und durch das BMGS begründet werden. Eine entsprechende Nachjustierung in der neuen Formulierung des § 17 b Absatz 7 KHG ist daher erforderlich.

Nach Auffassung der DKG sollte bei der pauschalen Finanzierung der Ausbildungsstätten und -vergütungen die Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten (OTA) aufgenommen werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben sich bereits am 15. Dezember 2000 in § 3 ihrer Vereinbarung über die Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17 b Absatz 1 Satz 4 KHG dafür ausgesprochen, die OTA-Ausbildung in die pauschale Finanzierung der Ausbildungsstätten und -vergütungen einzu beziehen.

Die DKG schlägt in Übereinstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen Änderungen in Bezug auf die Qualitätssicherung vor, um eine administrative Vereinfachung des bisherigen Finanzierungsverfahrens zu den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu ermöglichen. Nach Auffassung der DKG sollte das FPÄndG auch genutzt werden, um technische Unstimmigkeiten im KHEntgG zu bereinigen; eine entsprechende Auflistung technischer Verbesserungsvorschläge wurde der vorläufigen Stellungnahme als ergänzende Änderungsvorschläge beigelegt. Die Unstimmigkeiten betreffen insbesondere die Ermittlung des Gesamtbetrags sowie die Interpretation einzelner Begriffe in Verbindung mit dem Aufbau des Abschnitts B1 nach Anlage 1 des KHEntgG (Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung – AEB). Darüber hinaus sind die gesetzlichen Vorgaben zur Ermittlung der Mehr- und Mindererlösausgleiche im KHEntgG dringend korrekturbedürftig, da sie zu widersinnigen Ergebnissen führen können.<sup>5)</sup>

## Anhörung

Nach Aussagen des BMGS soll das FPÄndG so schnell wie möglich in die Kabinettsabstimmung, damit die 2. und 3. Lesung im Deutschen Bundestag bereits Ende Mai stattfinden kann; ein In-Kraft-Treten des Gesetzes wäre damit zum 1. Juli 2003 möglich. Die vertretenen Verbände



haben das FPÄndG dem Grunde nach begrüßt und im Wesentlichen Detailkritik geübt. Die Öffnungsklauseln in § 6 KHEntgG, die Stärkung der Interventionsmöglichkeit des BMGS und die Veränderung des Abstimmungsverhaltens der Vertragsparteien auf Bundesebene standen im Mittelpunkt der Anhörung. Von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde das veränderte Abstimmungsverhalten der Selbstverwaltung auf Bundesebene heftig kritisiert; die Arbeitsgeschwindigkeit der Vertragsparteien auf Bundesebene ließe sich durch Einführung des Mehrheitsprinzips bei Abstimmungen nicht erhöhen.

Darüber hinaus beachte das FPÄndG nicht die Belange der Kostenträger; der Referentenentwurf könne durchaus auch als „Krankenhausschutzgesetz“ bezeichnet werden. Die Vertreter der Leistungserbringer haben die Entfristung der Öffnungsklauseln nach § 6 KHEntgG zur sachgerechten Einführung des DRG-Systems angemahnt, während die Vertreter der Kostenträger die Befristung auf die budgetneutrale Einführungsphase (2004) im Sinne eines „lernenden Systems“ als ausreichend ansehen. Alle Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene haben eine klarstellende Formulierung der erweiterten Interventionsmöglichkeit des BMGS gefordert, um den Charakter der bisherigen ordnungspolitischen Rahmenbedingung „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ nicht in Frage zu stellen.

## Fazit

Mit dem FPÄndG geht das BMGS einen Schritt in die richtige Richtung; insbesondere bei der Formulierung der Öffnungsklauseln in § 6 KHEntgG fehlt das letzte Quäntchen für eine wirklich sachgerechte Lösung. Das Gesetzgebungsverfahren sollte allerdings auch genutzt werden, um weitere technische Unstimmigkeiten im KHEntgG zu bereinigen. Die Verbesserung der Interventionsmöglichkeiten des BMGS sind aus ordnungspolitischer Sicht zu begrüßen, doch sind klarere Formulierungen im Sinne eines „Vorranges der Selbstverwaltung“ zwingend notwendig.

## Anmerkungen

- 1) Siehe Bundesgesetzblatt Teil I, Nummer 68, Seite 3674
- 2) Damit soll das einheitliche – einstimmige – Votum der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgegeben werden. In Konfliktfällen auf der Kassenseite soll damit auf das gesonderte Abstimmungsverfahren (§ 17 b Absatz 2 Satz 5 KHG in Verbindung mit § 213 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) verzichtet werden.
- 3) Nach Ablauf der durch das BMGS vorgegebenen Fristen für die Vertragsparteien auf Bundesebene soll das BMGS tätig werden können, auch ohne dass eine Vertragspartei das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat.
- 4) Gleichzeitig soll den Krankenhäusern ermöglicht werden, krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren.
- 5) Siehe dazu auch Koerdt, Stefan; Schmidt, Michael, Der Teufel steckt im Detail: die Erlösausgleiche nach dem KHEntgG, in: das Krankenhaus 9/2002, Seite 713

Anschrift des Verfassers:

Dr. Michael Schmidt,  
stellvertretender Geschäftsführer im Dezernat  
Krankenhausfinanzierung und -planung der DKG,  
Münsterstraße 169, 40476 Düsseldorf ■

# Bereitschaftsdienst: BAG-Entscheidung zwingt Staat zum Handeln

Vor dem Ersten Senat des Bundesarbeitsgericht (BAG) wurden am 18. Februar 2003 zwei Fälle verhandelt, die sich mit der Frage beschäftigten, inwieweit der Bereitschaftsdienst in Deutschland als Arbeitszeit zu werten sei. Grundlage der Klagen ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 3. Oktober 2000 („SIMAP-Urteil“), wonach der Bereitschaftsdienst, den die spanischen Ärzte der Teams zur medizinischen Grundversorgung in Form persönlicher Anwesenheit in der Gesundheitseinrichtung leisten, insgesamt als Arbeitszeit anzusehen ist. Vorgelegen hat zunächst der Fall eines Kreisverbandes des Roten Kreuzes, in dem der Betriebsrat eines Rettungsdienstes gegen die Wirksamkeit einer Betriebsvereinbarung geklagt hatte, die unter Einbezugnahme des Bereitschaftsdienstes eine Arbeitszeit von mehr als 48 Stunden vorgesehen hatte.

Das BAG stellte zunächst fest, das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG) lasse diese Regelung zu. Allerdings bestehe ein Widerspruch zwischen deutschem Arbeitszeitgesetz und europäischem Recht (Richtlinie 93/104/EG). Das deutsche ArbZG genüge den Anforderungen der Richtlinie nicht. Eine europarechtskonforme Auslegung des Arbeitszeitgesetzes sei jedoch nicht möglich, da ansonsten einige Vorschriften des Gesetzes keinen Anwendungsbereich mehr hätten. Sie würden folglich nicht ausgelegt, sondern aufgehoben. Derartige Kompetenzen seien den Gerichten verwehrt. Der deutsche Gesetzgeber sei nunmehr gefordert, diesen Widerspruch zu lösen.

☞ Damit schwelt, wie die DKG in einem Rundschreiben feststellte, der Konflikt um die Einordnung des Bereitschaftsdienstes in Deutschland weiter, bis der Gesetzgeber eine grundsätzliche Lösung herbeigeführt hat.

In einem zweiten Fall hatte der Betriebsrat eines Krankenhauses den Verstoß einer betrieblichen Arbeitszeitvereinbarung gegen die Richtlinie 93/104/EG vorgebracht. Der Senat hat einen solchen Verstoß verneint, weil die angegriffenen Betriebsvereinbarungen bloße Rahmenregelungen für konkrete Dienstpläne enthalten und eine europarechtskonforme Umsetzung zulassen. Nur andeutungsweise behandelte das BAG das Thema der unmittelbaren Geltung der Richtlinie, also die Fragestellung, inwieweit eine Privatperson Ansprüche auf eine nicht oder nicht hinreichend umgesetzte Richtlinie stützen könne.

## Arbeitgeber handeln rechtmäßig

DKG-Präsident Dr. Burghard Rocke wertete das BAG-Urteil vom 18. Februar als deutliches Zeichen für die Kran-