



Verband der  
Universitätsklinika  
Deutschlands

Vorstandsvorsitzender  
Rüdiger Strehl  
Universitätsklinikum Tübingen  
Geissweg 3  
72076 Tübingen  
Tel. 07071/298 2005  
Fax 07071/29 3966

Deutscher Bundestag  
Vorsitzender des Ausschusses für  
Gesundheit und Soziale Sicherung  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Datum: 22. Oktober 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0098  
vom 02.04.03  
15. Wahlperiode**

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG); BT-Drs. 15/614

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

der VUD hat bereits seit zwei Jahren unablässig schriftlich und mündlich, öffentlich und in persönlichen Gesprächen darauf hingewiesen, dass das deutsche Einführungskonzept für ein DRG-System vor allem durch drei zentrale Fehler gekennzeichnet ist:

- Den weltweit einzigartigen Ansatz, Krankenhausleistungen ausnahmslos über die DRG-Preise zu finanzieren
- Den viel zu kurzen Einführungszeitraum bis Ende 2006, der ebenfalls allen Erfahrungen im Ausland widerspricht

- Der Übertragung der Einführungsaufgabe an die Selbstverwaltung von Kassen und DKG, die hiermit aus objektiven Gründen überfordert ist, weil sie über keinen Apparat von einschlägig qualifizierten Mitarbeitern verfügt, und die subjektiv nicht konsensfähig ist.

Betrachtet man den erreichten Einführungsstand des G-DRG-Systems, dann ist folgendes aus der Sicht der Hochleistungsmedizin festzustellen:

- (1) Eine medizinische Anpassung des australischen DRG-Katalogs hat bisher in Deutschland nicht stattgefunden. Die erste nennenswerte Initiative ist vom InEK im Frühjahr 2003 gestartet worden.
- (2) Das Preissystem ist durch die FPG-Gesetzgebung mit deutlich verbesserten Differenzierung versehen worden. Allein die Selbstverwaltungsparteien nützen diese Spielräume nicht oder blockieren diese sogar in Einzelfällen.
- (3) Die Kostenkalkulationen gestalten sich schwierig und werden voraussichtlich nicht rechtzeitig für 2005 die Qualität erreichen, die den Beginn der Scharfstellungsphase rechtfertigen würde.
- (4) Die Budgetierungsregelungen im KHEntG sind weder geeignet, die Schere zwischen Einnahmedeckel und Personalkostensteigerungen zu schließen noch leistungsstarke und leistungsschwache Krankenhäuser differenziert zu finanzieren.
- (5) Das „lernende System“ ist wenig effektiv und verbraucht unnötig Zeit.

Für den VUD kam es deshalb nicht überraschend, dass das ursprüngliche gesetzliche Einführungskonzept im Jahr 2002 bereits vor Inkrafttreten repariert werden musste. Dass nunmehr eine weitere Nachkorrektur erforderlich wird, haben Insider erwartet. Es wird sich nicht um die letzte Nachkorrektur handeln. Der VUD betrachtet die zwei zentralen Änderungen als einen Schritt in die richtige Richtung, hält den Ansatz des FPÄndG aber bei weitem nicht für ausreichend. Zu den wesentlichen Tatbeständen des FPÄndG ist aus der Sicht des VUD folgendes zu bemerken:

## 1. Artikel 1, Ziff. 2, c

Diese Gesetzesänderung geht von der zutreffenden Erkenntnis aus, dass die Selbstverwaltung viele Teilaufgaben der DRG-Einführung nicht oder nur verzögert erledigt. Insofern ist es richtig, dass das zuständige Bundesministerium die derzeit geltenden Verfahren abkürzen will, um schneller im Wege der Ersatzvornahme tätig werden zu können.

Es ist aber zweifelhaft, ob dies der richtige Weg ist. Die Ermittlung der Kostengewichte für das Optionsmodell im Wege der Ersatzvornahme unter Einschaltung des InEK und Beauftragung der Firma 3M hat gezeigt, dass unter Zeitdruck mit diesem Organisationsmodell extrem fehlerhafte Resultate erzielt werden, die den DRG-Einführungsprozess diskreditieren.

Der konsequente Wege wäre es, in Anlehnung etwa an das französische Modell, die DRG-Einführung als originäre Aufgabe dem Bund gesetzlich zu übertragen und beim BMG ein kompetentes und leistungsfähiges Institut anzusiedeln.

Insofern stellt diese Gesetzesänderung nach den deutschen Erfahrungen eine geringfügige Verbesserung dar, löst aber nicht das Grundproblem.

## 2. Artikel 2, Ziff. 4, a,

(a) Die Verlängerung der Geltungsdauer von § 6 Abs.1 KHEntgG um zwei Jahre bis 2006 ist sachgerecht und geboten, wird aber nicht ausreichen. Es schwingt hierbei immer noch die Hoffnung mit, ab 2007 könnten sämtliche Leistungen über das Preissystem der DRG erfasst und abgerechnet werden. Alle Erfahrungen aus dem Ausland, insbesondere aus Australien, belegen nachhaltig, dass eine Finanzierung neben den DRG für bestimmte Krankenhausleistungen dauerhaft ermöglicht werden muss.

(b) Die Differenzierung zwischen 2003/4 („noch nicht ... erfasst werden) und 2005/6 („noch nicht ... sachgerecht vergütet werden“) ist sachlich nicht begründbar. Sinnvoll wäre stattdessen die Formulierung: „(1) Für Leistungen, die in den Jahren 2003 bis 2006 noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst oder sachgerecht vergütet werden“.

Im übrigen ist die Zuständigkeit der Vertragsparteien nach § 9 unverändert problematisch. Gerade hinsichtlich der Hochleistungsmedizin und ihrer Besonderheiten verfügen wir über nachhaltige Erfahrungen, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene nur über eine begrenzte Entscheidungskompetenz und -willigkeit verfügen, um in der gebotenen Zeit die notwendigen Entscheidungen zu treffen, damit die Versorgung der Patienten in dieser Sonderleistungssegmenten nicht gefährdet wird. Es stellt sich die Frage, wie vorzugehen ist, wenn die Vertragsparteien nach § 9 die Feststellungen gemäß § 6 Abs.1 nicht treffen, obwohl sie geboten wären.

Abschließend erlauben wir uns noch, unser Bedauern darüber zum Ausdruck zu bringen, dass Artikel 1, Ziff. 2, b, bb des Referentenentwurfs gestrichen wurde.

Diese Änderung wäre angesichts einiger Blockaden zwischen AOK einerseits und VDAK andererseits vernünftig gewesen. Es stellt sich die Frage, warum nicht im Hinblick auf eine größere Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sogar ein einfaches Mehrheitsprinzip geregelt wird.

Mit freundlichen Grüßen



Strehl