

Prof. Dr. G. Neubauer

UNIVERSITÄT DER BUNDESWEHR MÜNCHEN
Werner-Heisenberg-Weg 39
85579 Neubiberg

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(12)
vom 23.09.04**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

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

vom 03.09.2004

29. September 2004

1. **Das deutsche Fallpauschalensystem** (DRG) steht in einem erstaunlich raschen Reifeprozess. So weist der Fallpauschalen-Katalog für 2005 eine Reihe deutlicher Verbesserungen auf. Die Erklärung der Kostenunterschiede klettert auf über 75% im Durchschnitt aller sogenannten Inlier-DRGs.
2. Gleichwohl bleiben im Durchschnitt rund **25% Kostendifferenzen** zwischen Krankenhäusern nicht erklärt. Bei einer Reihe von Fallgruppen reicht die Erklärungskraft gerade bis 50% (z.B. in der Geriatrie und Onkologie). Die Psychiatrie wurde von vornherein deswegen ausgenommen, weil die vorgeschlagenen Fallgruppen in sich zu wenig kostenhomogen sind, d.h., nur bis 25% der Kostenschwankungen durch DRGs erklärt werden.
3. Um die Krankenhäuser auf dem Weg zu **einheitlichen, landesweiten Basisfallraten** nicht ungerechtfertigt zu bestrafen oder zu belohnen, schlagen die Regierung und die CDU/CSU Fraktion unterschiedliche Wege vor:
 - a) die **Regierung** will den ökonomischen Anpassungsprozess um **ein Jahr strecken** und die Anpassung selbst progressiv mit den Raten 15/25/30/30 Prozent umsetzen. Diese Vorgehensweise unterstellt, dass in vier Jahren die Kostenerklärung der DRGs bei 100% liegt.
 - b) Die **CDU/CSU Bundestagsfraktion** schlägt vor, den Anpassungsprozess nicht zu verlängern und dafür auf eine **100%-ige Umstellung** auf das DRG-Fallpauschalensystem **zu verzichten**. Diese Vorgehensweise unterstellt, dass auch in vier Jahren das Fallpauschalensystem keine 100%-ige Kostenerklärung für alle DRGs liefern kann.
4. **Aus wissenschaftlicher Sicht**

ist der Auffassung der **CDU/CSU Fraktion** eher zuzustimmen. Bislang hat es noch kein Fallpauschalensystem geschafft, bei einer vernünftigen Zahl von Fallgruppen die Kostenerklärung zu mehr als 75% zu erreichen. Von daher ist es eine vernünftige Lösung jene Teile der DRGs aus der Konvergenz herauszulösen, bei denen die Kostenerklärung unter 65% liegt.

Das bedingt für die Krankenhäuser allerdings, dass sie dann zwei Budgets nebeneinander zu führen hätten, mit all den Abgrenzungsproblemen.

5. Der Ansatz der **Regierungskoalition**

führt notwendigerweise zu einer **weiteren Verfeinerung und Detaillierung** der Fallgruppen und der Vergütungsregelungen, so dass ein großer Vorteil des DRG-Systems verloren geht: nämlich die Leistungstransparenz und die ökonomische Vergleichbarkeit der Krankenhäuser.

Der neue Fallpauschalenkatalog 2005 gibt dazu schon Hinweise: die Fallgruppen steigen, die Zusatzentgelte werden ausgedehnt und die DRG-Systematik wird mit Kombi-Pauschalen verlassen.

Doch trotz dieser Maßnahmen lässt sich ein 100%-iger Erklärungsansatz nicht erreichen, es sei denn, jeder Patient ist seine eigene Fallgruppe – was der Aufgabe des Systems gleichkommt.

6. Es bleibt zu fragen, ob eine einheitliche landesweite oder gar bundesweite Basisfallrate überhaupt ein **vernünftiges, wettbewerbspolitisches Ziel** ist.

In einem Wettbewerbsprozess werden auch für gleiche Leistungen unterschiedliche Preise gesetzt, da der Ort, die Zeit und die persönlichen Präferenzen der Patienten die Leistungen unterschiedlich machen. Schließlich sollen auch Preissenkungen möglich sein, etwa wenn ein Krankenhaus durch Rationalisierung, durch hohe Auslastung und Spezialisierung niedrigere Preise anbieten kann. Einheitliche Festpreise verbieten das. Schließlich wissen wir aus der Wirtschaftsgeschichte, dass Einheitspreise immer zu Schattenmärkten führen!

Von daher ist auch das Ziel der Konvergenz, nämlich landeseinheitliche, ja sogar bundeseinheitliche DRG-Vergütungen anzustreben, falsch gesetzt. Aber selbst wenn man es anstrebt, müsste eine tolerable Abweichung in Höhe der fehlenden Erklärungskräfte der DRGs zugelassen werden – **alles andere wäre leistungungerecht!**

7. Eine **automatische Aufhebung der Budgetierung** nach Einführung der DRGs ist nicht zu empfehlen. Nur wenn die GKV-Ausgaben von den Arbeitskosten abgekoppelt sind, können die staatlichen Budgetvorgaben nach § 71 SGB V entfallen. Es ist also eine **Finanzierungsreform unabdingbare Voraussetzung** für eine Abschaffung staatlicher Budgetvorgaben.
8. Die Definition von teilstationären DRGs fehlt im Gesetzentwurf. Dies ist besonders bedauerlich, da hiermit mutmaßlich das gegenwärtig größte Rationalisierungspotenzial der Krankenhäuser gehoben werden könnte. Teilstationäre Patienten können ohne Übernachtung im Krankenhaus behandelt werden. Verglichen mit anderen Ländern gehören etwa 30% der deutschen Krankenhauspatienten in diese Kategorie. Das gegenwärtige G-DRG-System hat keine Antwort hierzu. Ein Grund ist, dass die Kostenkalkulation die entsprechenden Kostenarten nicht enthält, die bei einer teilstationären Behandlung nicht anfallen.
9. Das InEK ist aufzufordern, die Kosten für teilstationäre Behandlungen synthetisch zum ermitteln und entsprechend DRG-Bewertungen durchzuführen.
10. Im Gesetzentwurf ist eine begriffliche Abgrenzung von ambulanten, teilstationären und stationären Krankenhausbehandlungen vorzunehmen. Je mehr sich die Krankenhausleistungen vom Bett lösen, umso dringlicher ist eine entsprechende Leistungsdifferenzierung. Gegenwärtig verhindert auch die Definition der unteren Grenzverweildauer und die damit verbundenen Vergütungsabschläge eine Loslösung der Leistungen vom Bett. Auch dies hindert die Entwicklung moderner Krankenhausstrukturen in Deutschland. Das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz könnte hier Abhilfe schaffen.