

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0650(15)  
vom 27.09.04**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
des Marburger Bund – Bundesverbandes  
zum  
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung  
der Vorschriften zum diagnose-orientierten  
Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur  
Änderung anderer Vorschriften – Zweites  
Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG)**

Köln, 22.09.04

Mit der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wird das Ziel einer leistungsorientierten pauschalierten Vergütung von Krankenhausleistungen verfolgt. Wenige Monate vor dem geplanten Start der Konvergenzphase ist jedoch erkennbar, daß dieses Ziel nicht mit den bislang vorliegenden Regelungsmechanismen zu erreichen ist. Nach wie vor bestehen zahlreiche Problembereiche und das System verfügt insgesamt noch nicht über den notwendigen Reifegrad, um ohne weitere Korrekturen eingeführt werden zu können.

Wir nehmen Bezug auf den mit Beteiligung des Marburger Bundes zustande gekommenen Beschluß des 107. Deutschen Ärztetages, die Bestandsaufnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie des Verbandes der Universitätsklinika, die zahlreiche Problembereiche und unerledigte Aufgaben aufgelistet und politischen Handlungsbedarf noch vor Beginn der Konvergenzphase eingefordert haben, um schwerwiegende Verwerfungen der Krankenhauslandschaft zu verhindern.

Der Marburger Bund begrüßt insoweit den mit dem vorgelegten Gesetzentwurf verfolgten Ansatz, eine Modifizierung der Rahmenbedingungen für die Einführung des DRG-System vorzunehmen, hält diesen im einzelnen jedoch noch nicht für ausreichend.

Dies gilt vor allem für die Anpassung der Konvergenzphase als Kernelement des Entwurfs. Wir fordern den Gesetzgeber in diesem Zusammenhang erneut auf, internationale Erfahrungen stärker in den Lernprozeß einzubeziehen. So hatten die Krankenhäuser in den USA fünf Jahre Zeit sich an das veränderte System anzupassen, obwohl dort nur etwa 30% aller Patienten (Medicare) in das DRG-System einbezogen wurden. In Australien und Österreich wird ebenfalls kein 100%-Ansatz verfolgt und zur Verhinderung grober Verzerrungen kommen differenzierte Fallwerte zur Anwendung. Zudem wird das DRG-System in der Bundesrepublik als Preissystem eingeführt, während es in anderen Ländern im wesentlichen zur Budgetermittlung und -verteilung eingesetzt wird. An ein Preissystem sind jedoch besonders hohe Anforderungen hinsichtlich Praktikabilität, Klarheit und Verteilungsgerechtigkeit zu stellen.

Schätzungen zu Folge werden in der Bundesrepublik rd. 1/3 der Krankenhäuser Verlierer des Systems sein. Darunter insbesondere städtische Maximalversorger und

Unikliniken. Konkret bedeutet dies, daß rd. 600 Akutkrankenhäuser und zwar Häuser, in denen Spitzenmedizin betrieben und die Versorgung schwer- und schwerstkranker Patienten sichergestellt wird, von einem unausgereiften System benachteiligt und unter Umständen in ihrer Existenz bedroht werden. Damit wird die Versorgung dieser Patienten zu einem hohen wirtschaftlichen Risiko. Es besteht die Gefahr, daß die Häuser sich nach und nach aus unterfinanzierten Leistungsbereichen zurückziehen mit entsprechenden negativen Folgen für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Patientenversorgung.

Der Marburger Bund ist daher der Ansicht, daß ein Alternativmodell zur Gestaltung der DRG-Konvergenzphase, wie es von der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vorgelegt wurde, grundsätzlich eher geeignet wäre, den aufgezeigten Problemen gerecht zu werden. Da es im Sinne eines lernenden Systems eine schrittweise Einführung einzelner DRGs vorsieht und die Anwendung der DRGs an deren Reife, Homogenität und Konsistenz knüpft und damit von auch in Zukunft überprüfbaren Kriterien abhängig macht.

Sofern die Einführung eines solchen Modells nicht zeitgerecht möglich ist, halten wir sowohl eine Verlängerung der Konvergenzphase um zwei Jahre als auch eine Verringerung des für 2005 geplanten Einstiegs winkels von 15% auf lediglich 10% für notwendig.

Darüberhinaus verbinden wir damit die Forderung nach einer weiteren gründlichen Überarbeitung des Systems und verweisen im Detail hierzu auf die in der Stellungnahme der Bundesärztekammer vorgetragenen Problembereiche und Verbesserungsnotwendigkeiten.

Grundsätzlich positiv bewerten wir die in § 17b Abs. 5 KHG vorgesehenen pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation. Dies entspricht einer Forderung des Marburger Bundes um Krankenhäuser, die sich freiwillig an der Kalkulation der Fallpauschalen beteiligen, mindestens von einem Teil des damit entstehenden Aufwandes zu entlasten und zum anderen die Repräsentativität der Stichprobe durch Anreiz für weitere Krankenhäuser zu erhöhen.

Ebenfalls auf unsere Zustimmung trifft die in § 10 Krankenhausentgeltgesetz vorgesehene Möglichkeit zur Vereinbarung einer Korrektur des Basisfallwertes bei

Fehlschätzungen. Zu Recht weist der Gesetzgeber darauf hin, daß insbesondere in der Einführungsphase die Vereinbarung des Basisfallwertes auf Landesebene mit erheblichen Risiken behaftet ist. Ein nicht sachgerechtes Ergebnis etwa aufgrund unzureichender oder fehlerhafter Daten darf nicht dauerhaft fortgeschrieben werden. Von daher plädieren wir dafür, statt der Kann-Regelung eine schiedsstellenfähige Soll-Regelung vorzusehen.

Wie bereits der Referentenentwurf sieht auch der vorliegende Gesetzentwurf in § 10 Abs. 8 Krankenhausentgeltverordnung vor, den landesweit vereinbarten Basisfallwert nicht zusätzlich durch die zuständige Landesbehörde genehmigen zu lassen.

Der Marburger Bund spricht sich weiterhin entschieden gegen diese Regelung aus, die keine ausreichende Rechtssicherheit für die Krankenhäuser bietet und in der Praxis zu einer Vielzahl juristischer Auseinandersetzungen führen wird.

Solange die Länder Verantwortung für Krankenhaus- und Investitionsplanung tragen und somit auch die Budgetvereinbarungen genehmigen, ist es aus unserer Sicht systemgerecht, diese Genehmigung auch auf die vereinbarten Basisfallwerte auszuweiten.

Bedauerlich ist, daß auch der Gesetzentwurf auf die Problematik der Aus- und Weiterbildung im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems in keiner Weise eingeht.

Die Abrechnung von Krankenhausleistungen in einem diagnoseorientierten Fallpauschalensystem macht es aus ökonomischen Gründen unattraktiv, ärztlichen Nachwuchs weiterzubilden. Es gibt bereits erste Hinweise, daß sich Krankenhäuser und Universitätskliniken aus der Weiterbildung zurückziehen wollen. Kontinuierliche Anstrengungen auf dem Gebiet der ärztlichen Weiterbildung sind aber die Grundlage dafür, daß auch in Zukunft eine zeitgemäße medizinische Versorgung der Bevölkerung möglich ist. Deshalb fordert der Marburger Bund, daß Kliniken, die sich dieser Aufgabe stellen, den Weiterbildungsaufwand in angemessener Form erstattet bekommen. Dies könnte durch einen prozentualen Zuschlag auf die jeweiligen Fallpauschalen geschehen. Bei der Bemessung dieses Zuschlags kann die Anzahl der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden.