

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Herrn
Klaus Kirschner
Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit
und Soziale Sicherung
c/o Frau Marianne Steinert
Sekretariat
Ausschuß für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Deutscher Bundestag
Platz der Republik
Paul-Löbe-Haus, Zimmer 4.240
D-11011 Berlin

(0221) 3 76 62 – 70

(0221) 3 76 62 – 10

juergen.fritze@pkv.de

www.pkv.de

Az.: 822/4/1/1 Fr/sk

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0650(1)
vom 21.09.04**

15. Wahlperiode

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

Antrag der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU: Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten durch sachgerechte Fallpauschalen

Anhörung am 29.09.2004

Ihr Schreiben vom 10.09.2004

Sehr geehrter Herr Kirschner,

vielen Dank für Ihr o.g. Schreiben und die Einladung zur Anhörung am 29.09.2004. Gern folge ich für den Verband der privaten Krankenversicherung Ihrer Bitte um Stellungnahme zum Entwurf des zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes und zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU. Ich nehme Stellung nur insoweit wie spezifische Belange der privaten Krankenversicherung tangiert sind und verweise ansonsten auf die gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Zum Entwurf des 2. FPÄndG

Teilstationäre Behandlung

Gemäß § 17b Absatz 1 KHG sind auch teilstationäre Krankenhausleistungen mit Entgelten gemäß einem durchgängigen, pauschalierenden System zu vergüten. Bisher ist es der Selbstverwaltung nicht gelungen, ein solches System zu entwickeln. Einer unter anderen Gründen für das bisherige Scheitern liegt darin, dass eine Legaldefinition des Begriffes „teilstationär“ fehlt. Aber auch ohne Legaldefinition werden die Vertragsparteien gemäß § 17b KHG anstreben, den gesetzlichen Auftrag umzusetzen, und ein pauschalierendes Entgeltsystem auch für teilstationäre Leistungen einführen. Der Referentenentwurf des 2. FPÄndG sah eine Legaldefinition vor, die allerdings nicht hinreichend scharf war, um die Belange von Selbstzahlern hinreichend zu schützen. Aus hier nicht bekannten Gründen ist im Kabinettsentwurf des 2. FPÄndG die Definition weggefallen. Teilstationäre, hier insbesondere tagesklinische Behandlung ist für Selbstzahler und damit auch für die private Krankenversicherung mit besonderen ökonomischen Risiken verbunden. Anders als gesetzlich Versicherten steht Selbstzahlern, also auch Privatversicherten, grundsätzlich ohne Einschränkung frei, die liquidationsberechtigten Ärzte des Krankenhauses auch ambulant zu konsultieren. Damit ergeben sich für die private Krankenversicherung besondere Abgrenzungsprobleme zwischen tagesklinischer und ambulanter Behandlung. Bei ambulanter Behandlung kann allein der liquidationsberechtigte Arzt seine Leistungen gemäß GOÄ in Rechnung stellen. Leistungen des Krankenhauses im Sinne von Regelleistungen der Institution fallen nicht an, es sei denn es handelt sich um vor- oder nachstationäre Behandlung. Tagesklinische Behandlung bietet den Anreiz, rein ambulante Behandlung in tagesklinische „umzudefinieren“, so dass neben der ärztlichen Vergütung das tagesklinische Entgelt anfällt, ohne dass tagesklinische Behandlung tatsächlich notwendig wäre. Fehlt eine tragfähige Legaldefinition, so ist eine Flut gerichtlicher Auseinandersetzungen über die medizinische Notwendigkeit zu erwarten.

Es wird daher vorgeschlagen, §39 Absatz 1 SGB V mit folgender Formulierung zu ergänzen:

„Teilstationär ist eine Behandlung mit einem medizinisch notwendigen Zeitaufwand von mindestens 6 Stunden aber weniger als 24 Stunden, die aufgrund ihrer Komplexität oder mit ihr verbundener Risiken in einem Krankenhaus erbracht werden muss, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern.“

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 17b KHG) Buchstabe b:

Die Einführung einer Aufwandsentschädigung für die Mitwirkung der Krankenhäuser an der Rohfallkostenkalkulation gemäß Buchstabe c ist grundsätzlich nachvollziehbar. Wenn die Kostenträger künftig die Kosten der Kostenerhebung im wesentlichen erstatten sollen, so muss ihnen auch zugestanden werden, Mindestanforderungen an die Kalkulationsdaten zu stellen. Bisher lässt das von den Partnern der Selbstverwaltung entwickelte sog. Kalkulationshandbuch den Krankenhäusern notgedrungen erhebliche Ermessensspielräume. Im Zuge kommender Reformschritte könnte es sinnvoll sein, die DRG-Daten auch für die Weiterentwicklung der GOÄ zu nutzen; eine empirische Datenbasis wäre für den Diskussionsprozess sicher nützlich. Hierfür sind die für die Entwicklung des DRG-Systems im Rahmen der Rohfallkostenkalkulation erfassten

Daten geeignet. Das setzt aber voraus, dass sie von den mitwirkenden Krankenhäusern differenzierter ausgewiesen werden, als dies bisher im Kalkulationshandbuch vorgesehen ist: Die Personalkosten der Ärzte sind differenziert nach den Fachgebieten gemäß Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer auszuweisen. Das ist den Krankenhäusern zumutbar, denn dadurch entsteht kein zusätzlicher Aufwand. Die differenzierte Ermittlung der fallbezogenen Personalkosten ist bereits derzeit Gegenstand der Kalkulation.

Deshalb wird vorgeschlagen, in § 17b Absatz 3 nach Satz 3 folgenden Satz einzufügen:

„Die Kalkulationen haben die fallbezogenen Personalkosten der Ärzte differenziert nach den Fachgebieten gemäß Weiterbildungsordnung auszuweisen“.

Zu Artikel 5 Nr.1

Die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in eine Vergütungsvereinbarung zu überführen, stößt grundsätzlich auf Verständnis. Es ist aber denkbar, dass die Aufhebung der Ermächtigungsgrundlage gemäß § 134 SGB V eine Regelungslücke hinterlässt, indem einige der entsprechenden Landesverordnungen auf die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung Bezug nehmen. Es ist also nicht auszuschließen, dass die geplante, ersatzlose Aufhebung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung dem berechtigten Schutzbedürfnis der Patientinnen zuwider läuft. Diese Regelungslücke tangiert Selbstzahler, Beihilfeberechtigte und auch Privatversicherte, indem zahlreiche Tarife der privaten Krankenversicherung die Kostenerstattung auf der Basis der geltenden Rechtsgrundlagen regeln. Deshalb wird angeregt zu prüfen, ob die Ermächtigungsgrundlage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung nicht grundsätzlich beibehalten werden sollte, wenn auch anderenorts geregelt.

Zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Die vorgetragenen Sorgen vor negativen Folgewirkungen der Einführung des DRG-Systems sind grundsätzlich nachvollziehbar. Diese potentiellen Folgewirkungen sind bekannt und waren bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung des Gesetzgebers, ein solches Entgeltsystem einzuführen, bekannt. Eines der zentralen Ziele der Einführung des Systems war gerade die Leistungsgerechtigkeit der Entgelte und die Steigerung der Effizienz der Versorgung im Krankenhaus. Selbstverständlich sollten die Steuerungseffekte des Systems strukturellen Unterschieden der Krankenhaustypen gerecht werden. Diesem Ziel dienen u.a. der Sicherstellungszuschlag und andere Ausnahmeregelungen (z.B. im Sinne besonderer Einrichtungen).

Die Systemanpassung an deutsche Verhältnisse erfolgt streng datenbasiert, um das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit nicht zu gefährden. Um den Krankenhäusern hinreichend Zeit für die Reorganisation der Abläufe und Strukturen zu geben und gleichzeitig die Kostenträger einigermaßen vor unangemessenen Ausgabensteigerungen (auch infolge Systemartefakten) zu bewahren, erfolgt die Einführung unter dem Schutz der sog. Konvergenzphase. Tatsächlich hat das DRG-System noch nicht den gebotenen Reifegrad erreicht. Einer der wesentlichen Gründe liegt in der Datenbasis für die Kalkulation der Bewertungsrelationen, indem bei der Rohfallkostenkalkulation in den mitwirkenden Krankenhäusern das Prinzip der Kostenträgerrechnung noch unzureichend umgesetzt ist. Das wird erkennbar an der hohen Korrelation zwischen Bewertungsrelati-

onen und Verweildauern ($r \approx 0,8$, d.h. rund 70% der Varianz der Bewertungsrelationen sind aus der Verweildauer erklärbar). Damit werden Leistungen mit hohem Sachkostenanteil grundsätzlich unterbewertet, und umgekehrt.

Die im Antrag vorgeschlagenen Interventionen weichen vom Prinzip der Datenbasierung ab und gefährden damit das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit. Will man dem Prinzip einer systematischen (gerechten) Entwicklung des Entgeltsystems treu bleiben, so ist der einzig rationale Ansatz, alle Betroffenen (Krankenhäuser und Kostenträger gleichermaßen) vor Fehlsteuerungen zu schützen, die Konvergenzphase zu verlängern und die Konvergenzschritte zu verkleinern. Dabei wäre rational, die Konvergenzschritte zu Beginn eher größer und gegen Ende eher kleiner zu wählen. Entscheidend ist, die gewonnene Zeit für die Verbesserung der Kostenträgerrechnung zu nutzen und anhand der gewonnenen Daten besondere Faktoren (z.B. Strukturmerkmale der Krankenhäuser) zu identifizieren, die neben der DRG-Systematik durch Zuschläge zu würdigen wären. Dies sieht das geltende Recht bereits grundsätzlich vor. Z.B. Aus-, Fort- und Weiterbildungskosten werden im derzeitigen Kalkulationsverfahren sehr wohl berücksichtigt. Die Datenqualität erlaubt im derzeitigen Kalkulationsverfahren anscheinend aber nicht, anhand dieser Kostenart Strukturmerkmale bestimmter Krankenhaustypen zu identifizieren und entsprechend differenziert zu würdigen.

Tatsächlich ist die Anwendbarkeit eines DRG-Systems begrenzt. Es trifft grundsätzlich zu, daß die Kostenheterogenität desto größer ist, je mehr der Faktor Zeit als therapeutisches Agens wirkt, wie z.B. bei der Frührehabilitation. Je höher die Kostenheterogenität, desto größer sind die ökonomischen Risiken gleichermaßen für Krankenhäuser und für Kostenträger. Entsprechende Systemanpassungen oder gar Ausgliederungen sollten aber auch hier datenbasiert erfolgen, nicht normativ. Entsprechendes gilt für Alterssplits z.B. in der Kinder- und Jugendmedizin.

Mit freundlichen Grüßen
Ltd. Verbandsarzt

(Prof. Dr. J. Fritze)