

HVBG Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0094
vom 01.04.03

15. Wahlperiode**

Herrn
Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender Ausschuss
Gesundheit und Soziale Sicherung
im Deutschen Bundestag
Platz der Republik 1

11011 Berlin

10.03.03

Einführung der diagnose-orientierten Fallpauschalen
Auswirkungen auf die berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken

Sehr geehrter Herr Abgeordneter Kirschner,

im Rahmen unseres Gesprächs am 20. Dezember 2002 hatte ich Gelegenheit, auf die Probleme hinzuweisen, die die gewerblichen Berufsgenossenschaften mit der Einführung der diagnose-orientierten Fallpauschalen auf sich zukommen sehen.

Die konkreten Erfahrungen der letzten beiden Monate bestätigen unsere Bedenken. Sollen wichtige Versorgungsstrukturen und die Qualität bei der Versorgung schwerstverletzter Unfallopfer erhalten bleiben, sind Änderungen in den Regelungen des Fallpauschalengesetzes unbedingt erforderlich. Der im Januar im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit erarbeitete Referentenentwurf enthält ebenso wie der jetzt vorliegende Kabinettsentwurf richtige Ansätze. Aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung gehen sie jedoch nicht weit genug.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften haben ihre wesentlichen Forderungen - Herausnahme der BG-Kliniken und besonders schwerer Diagnosen aus dem Anwendungsbereich des Fallpauschalengesetzes - noch einmal zusammengefasst und eingehend begründet. Da Sie in unserem Gespräch großes Verständnis für die von mir nur kurz skizzierten Probleme gezeigt haben, erlaube ich mir, Ihnen dieses Positionspapier zur Kenntnis zu geben. Ich hoffe, dass Sie uns auch in dieser wichtigen Frage unterstützen werden. Für Fragen stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Joachim Breuer

Positionspapier
des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften
zur Einführung der diagnose-orientierten Fallpauschalen

Ab 1. Januar 2004 ist die Vergütung von Krankenhausleistungen verbindlich durch ein pauschaliertes Entgeltsystem geregelt.

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften bewerten die Einführung des so genannten DRG-Systems grundsätzlich positiv. Sie erwarten mehr Transparenz der Leistung, eine Förderung des Wettbewerbs mit einer Bereinigung leistungsschwacher Überangebote und eine leistungsgerechtere Verteilung der begrenzten Mittel im deutschen Gesundheitswesen.

Die Absicht des Gesetzgebers, mit dem neuen Vergütungssystem das gesamte Leistungsgeschehen im stationären Bereich abzudecken, lehnen sie jedoch ab. Die Komplexität und Schwere von Ausnahmefällen muss ebenso berücksichtigt werden wie der hohe Spezialisierungsgrad bestimmter Krankenhäuser und deren rechtliche Stellung:

- Die Kliniken der Berufsgenossenschaften sind durch das Krankenhausentgeltgesetz in das DRG-System einbezogen, soweit nicht die Unfallversicherung die Kosten trägt. Diese Einbeziehung ist systemwidrig, da die Einführung des DRG-Systems im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt wird, das für die BG-Kliniken keine Gültigkeit hat. Die Berufsgenossenschaften fordern daher, ihre Kliniken aus dem Anwendungsbereich des Fallpauschalengesetzes herauszunehmen.
- Hält der Gesetzgeber jedoch an seiner Absicht fest, alle Krankenhäuser in das DRG-System einzubeziehen, muss nach dem Gleichheitsgrundsatz für die BG-Kliniken eine Regelung getroffen werden, die auch ihnen einen Anspruch auf Investitionsförderung nach dem dualen Finanzierungssystem des Krankenhausentgeltgesetzes einräumt. Zur Gleichstellung muss auch eine Befreiung von der Pflicht zur Vorlage von Leistungs- und Kalkulationsdaten nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung erfolgen.
- Dringend geboten ist auch die Herausnahme schwerer Diagnosen wie Polytraumata, Schädel-Hirn-Verletzungen, Querschnittslähmungen und Brandverletzungen aus dem DRG-System. Die Behandlung dieser Patienten ist durch ein komplexes Leistungsgeschehen gekennzeichnet, das über Fallpauschalen nicht zutreffend abgebildet werden kann. Für die BG-Kliniken aber auch für andere hochspezialisierte Einrichtungen der Unfallchirurgie sind existenzbedrohende Einnahmeverluste zu erwarten. Risikoselektion, die Schließung von Spezialeinrichtungen und eine bundesweite Unterversorgung dieser Patientengruppe werden die Folge sein.
- Schließlich müssen bei der weiteren Entwicklung des DRG-Systems unterschiedliche Schweregrade bei Verletzungen und Maßnahmen der integrierten Frührehabilitation berücksichtigt werden. Notwendige und nachweislich erfolgreiche Behandlungen werden sonst unterbleiben. Gesondert vergütet werden sollten kostenintensive Sondervorhaltungen sowie die besondere personelle und sachliche Ausstattung in Spezialeinrichtungen.

Zur näheren Erläuterung

1. Rechtliche Widersprüche bei der Einbeziehung der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken in das DRG-System

Die gesetzliche Unfallversicherung hat nach dem SGB VII den Auftrag zur Heilbehandlung mit „allen geeigneten Mitteln“. Damit ist ihr Auftrag weiter gefasst als in der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Leistung nach den Regelungen des SGB V auf eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschränkt ist, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf“.

Um die gesetzlich geforderte hohe Qualität sowie ein auf die Bedürfnisse der Unfallversicherungsträger abgestimmtes Leistungsspektrum in der bundesdeutschen Unfallmedizin sicherzustellen, haben die Berufsgenossenschaften bis heute neun Unfallkliniken und zwei Kliniken für Berufskrankheiten aufgebaut.

Die Finanzierung der BG-Kliniken speist sich in der Regel aus zwei Hauptquellen: Die laufenden Betriebskosten werden wie im öffentlichen Krankenhausbereich aus den Krankenhausentgelten getragen. Die Finanzierung der Investitionskosten übernehmen die Berufsgenossenschaften selbst über den Gemeinschaftsfond – Teil A des Hauptverbandes. Öffentliche Investitionsfördermittel, wie sie die Krankenhäuser des öffentlichen Bereichs von den Ländern erhalten, stehen den BG-Kliniken nicht zur Verfügung. Sie sind ausdrücklich aus der gesetzlichen Regelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgenommen.

Für die BG-Kliniken gelten somit andere Finanzierungsgrundlagen als für die öffentlichen Krankenhäuser. Dennoch hat der Gesetzgeber sie jetzt erstmals durch die Einbeziehung in das DRG-System in der Vergütung diesen jetzt gleichgestellt. Diese Einbeziehung ist systemwidrig und gesetzestechnisch widersprüchlich.

Zur Begründung: Die BG-Kliniken unterfallen gemäß § 3 Abs. 4 KHG nicht dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und sind damit auch von der Förderung nach dem KHG ausgenommen. Die Einführung des DRG-Systems ist in § 17 b KHG geregelt, der auf die BG-Kliniken folglich nicht anwendbar ist. Überdies sieht dieser Paragraph die Einführung des DRG-Systems ausschließlich für die Krankenhäuser vor, die der Pflegesatzverordnung unterfallen. Diese fand jedoch bisher gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 1 BpflV konsequenterweise keine Anwendung auf Kliniken, die nicht nach dem KHG gefördert werden, also auch nicht auf die BG-Kliniken. In dem 2002 verabschiedeten Fallpauschalengesetz ist die Krankenhausentgeltverordnung durch das Krankenhausentgeltgesetz ersetzt. Hier werden in § 1 Abs. 2 KHEntgG ohne Begründung erstmals die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung in den Anwendungsbereich einbezogen, soweit nicht die Unfallversicherung die Kosten trägt. Gleichzeitig wurden die BG-Kliniken durch die Änderung von § 5 Abs. 1 Nr. 11 KHG von der Möglichkeit einer Förderung nach dem dualen Finanzierungssystem des KHG ausgeschlossen.

Die Berufsgenossenschaften fordern daher, ihre Unfallkliniken aus dem Anwendungsbereich des Fallpauschalengesetzes herauszunehmen.

Hält der Gesetzgeber jedoch an seiner Absicht fest, alle Krankenhäuser in das DRG-System einzubeziehen, müssen die BG-Kliniken nach dem Gleichheitsgrundsatz auch in der Vergütung

gleichgestellt werden: § 5 Abs. 1 Nr. 11 KHG ist zu streichen und eine Regelung zu treffen, die den BG-Kliniken einen Anspruch auf Investitionskostenfinanzierung mittels nicht zurückzahlender Förderung nach dem dualen Finanzierungssystem des Krankenhausentgeltgesetzes einräumt.

Zur rechtlichen Gleichstellung muss auch eine Befreiung von der Pflicht zur Vorlage von Leistungs- und Kalkulationsdaten erfolgen: § 11 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 KHEntgG regelt, dass Krankenhäuser, die erstmals nach dem DRG-System abrechnen, Leistungs- und Kalkulationsdaten nach den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung zur Verhandlung der krankenhausindividuellen Vereinbarung übermitteln müssen.

Zu Recht ist hier eine Ausnahme für die Bundeswehrkrankenhäuser vorgesehen, da diese erst durch das Fallpauschalengesetz in den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung einbezogen wurden. Die BG-Kliniken sind ebenfalls erst durch das Fallpauschalengesetz vom Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung erfasst worden. Daten der letzten Budgetvereinbarung liegen bei ihnen ebenso wie bei den Bundeswehrkrankenhäusern regelmäßig nicht vor.

Die Berufsgenossenschaften fordern daher, ihre Kliniken durch Einbeziehung in die Regelung von § 11 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 KHEntgG ebenfalls von dieser Verpflichtung auszunehmen.

2. Leistungsspektrum und Qualitätsstandard der medizinischen Rehabilitation bei den Berufsgenossenschaften sind durch das DRG-System nicht adäquat abzubilden

Die BG-Kliniken sind Zentren der Maximalversorgung und stehen als solche für besonders komplizierte und aufwändige Behandlungen wie Polytraumata, Querschnittlähmungen, Schädel-Hirn-Verletzungen und schwere Brandverletzungen zur Verfügung. Als Spezialkliniken leisten sie einen weit über den Kreis der BG-Patienten hinaus wirksamen Beitrag zur unfallmedizinischen Versorgung in Deutschland. Und sie stellen einen hohen Anteil der Spezialbetten für Schwerst- und Mehrfachverletzte; rund 50 % der Betten für Schwerbrandverletzte und für Querschnittgelähmte befinden sich in BG-Kliniken.

Durch das DRG-System erhält ein Krankenhaus künftig für jeden Patienten eine von den tatsächlichen Behandlungskosten unabhängige Vergütungspauschale. Die Höhe dieser Vergütungspauschale bemisst sich in erster Linie nach der Hauptdiagnose und eventuellen Nebendiagnosen. Diesem System liegt der Gedanke zu Grunde, dass die pauschaliert vergüteten Behandlungsfälle bei gleichen Diagnosen im Wesentlichen kostenhomogen sind und sich daher Mittelwerte errechnen lassen. Für einen großen Teil der Krankenhausfälle kann eine solche Kostenhomogenität angenommen werden. Nicht gegeben ist sie jedoch bei der Behandlung Schwerst- und Mehrfachverletzter, die in den BG-Kliniken einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Patienten ausmachen.

Die wenigen Fallgruppen, die das DRG-System in dem so genannten Fallpauschalenkatalog für die Vergütung vorsieht, können das breite Spektrum der Verletzungsmuster bei Polytraumatisierten, Querschnittgelähmten und Schädel-Hirn-Verletzten nicht erfassen. So gibt es bei Querschnittgelähmten nur die sehr große Unterteilung in Tetra- und Paraplegie. Nach dem klinischen Verlauf und dem Aufwand der Behandlung sind aber fünf Unterscheidungen in ultrahohe, hohe und tiefe Tetraplegiker sowie in hohe und tiefe Paraplegiker notwendig.

Die tatsächlichen Kosten, die im Krankenhaus entstehen, hängen neben den Kosten für Prozeduren, zum Beispiel Operationen, ganz entscheidend von der Liegedauer ab. Bei den Schwerstverletzten weist die Liegedauer ganz erhebliche Spannbreiten auf: Sie kann nur einige Tage betragen, sie kann aber auch bei mehr als 200 Tagen liegen. Eine derart lange Liegedauer mit entsprechend hohen Behandlungskosten ist bei den Schwerstverletzten kein Zeichen für eine unwirtschaftliche oder gar überflüssig lange Behandlung. Sie hat ihre Ursache vielmehr in den schweren und zum Teil lebensbedrohlichen Verletzungen der Patienten. Überdurchschnittlich lange Liegezeiten haben Querschnittpatienten. Ihre Versorgung zeichnet sich nach einer meist schnell abgeschlossenen Akutbehandlung durch eine intensive Rehabilitation aus, deren Erfolg stark von individuellen psychischen und damit nicht antizipierbaren Faktoren abhängt.

Schließlich handelt es sich bei den genannten schweren Diagnosen um sehr kleine Patientenkollektive, wie das Beispiel Polytrauma mit abdominellem Eingriff zeigt. In die 2002 durchgeführte Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen sind nur dreizehn Fälle eingeflossen, von denen über 38 % die sehr hoch angesetzte obere Grenzverweildauer von 32 Tagen deutlich überschritten haben.

Ist eine adäquate Abbildung von Schwerst- und Mehrfachverletzungen im DRG-System auf Grund der geringen Fallzahlen sowie der erheblichen Unterschiede im Behandlungsverlauf und in den Behandlungszeiten nicht möglich, kann auch keine kostendeckende Behandlung schwerstverletzter Patienten sichergestellt werden. Für hochspezialisierte Einrichtungen wie die BG-Kliniken ist im Bereich Unfallchirurgie mit erheblichen Einnahmeverlusten zu rechnen, die bei verpflichtender Einführung des DRG-Systems zwischen 30 % und 50 % liegen können.

Aus Sicht der Berufsgenossenschaften ist es daher dringend geboten, schwere Diagnosen wie Polytraumata, Querschnittslähmungen und Schädel-Hirn-Verletzungen aus dem Katalog der Fallpauschalen herauszunehmen und für diese Fälle eine leistungs- und aufwandsbezogene Vergütung sicherzustellen.

Für die schweren Brandverletzungen wurde bereits eine entsprechende Regelung getroffen. Der neue Referentenentwurf für ein Fallpauschalenänderungsgesetz verfolgt diesen Weg weiter, indem er in § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 4 KHG dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit die Möglichkeit einräumt, für bestimmte Leistungen oder besondere Einrichtungen, die mit dem DRG-System noch nicht sachgerecht vergütet werden können, gesonderte Regelungen zu treffen. Die Berufsgenossenschaften begrüßen diese Regelung ausdrücklich, doch darf es sich hierbei nicht nur um eine Interimslösung handeln, wie die vorliegende Fassung des Gesetzentwurfs impliziert.

3. Der mit der Einführung der Fallpauschalen auch für Ausnahmefälle entstehende Kostendruck gefährdet das hohe Qualitätsniveau in der unfallmedizinischen Versorgung in Deutschland

Da kein Krankenhaus es wirtschaftlich verkraften kann, bei der Behandlung Schwerst- und Mehrfachverletzter dauerhaft Verluste einzufahren, werden viele Kliniken gezwungen sein, Strategien für ihr eigenes Überleben zu entwickeln.

Sollte es nicht zu einer Herausnahme der schweren Diagnosen oder einer deutlich verbesserten Ausstattung der Fallpauschalen entsprechend der Schwere des Falls kommen, werden die Berufsgenossenschaften prüfen müssen, inwieweit ihre Unfallkliniken auch in Zukunft in

bisherigem Umfang Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung versorgen können. Angesichts der hohen, aus eigenen Mitteln zur Verfügung gestellten, Investitionskosten und der hohen Betriebskosten für die personelle und sachliche Ausstattung der Kliniken wird eine stärkere Auslastung mit BG-Patienten anzustreben sein. Unter Umständen muss sogar eine weitestgehende Begrenzung auf diese erfolgen.

Andere unfallmedizinische Spezialeinrichtungen werden auf den entstehenden Kostendruck ebenfalls reagieren. Zu erwarten ist eine Risikoselektion mit einer Konzentration auf leichte Fälle. Zu befürchten ist darüber hinaus eine Orientierung am Minimalstandard und nicht an der bestmöglichen Behandlung. Dies gilt insbesondere für die Versorgung berufsgenossenschaftlich Versicherter in den zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Vertragskliniken. Hier kann kaum der deutlich höhere Qualitätsstandard „mit allen geeigneten Mitteln“ nach dem SGV VII durchgesetzt werden, wenn die Abrechnung nach dem DRG-System eine leistungsgerechte Vergütung verhindert.

Besonders kritisch ist die künftige Entwicklung im Hinblick auf die integrierte Frührehabilitation zu sehen. Sie ist wesentlicher Bestandteil des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens und erfolgt zum frühest möglichen Zeitpunkt in enger Verzahnung mit der Akutbehandlung. Die integrierte Frührehabilitation ist bei schwerstverletzten Unfallopfern ein entscheidender Faktor für die möglichst weitgehende Wiederherstellung. Derzeit können hochspezialisierte Querschnittgelähmten-Zentren ihre Patienten zu 97 % nach Hause in ihr familiäres und soziales Umfeld entlassen. Da das DRG-System die für solche Erfolge erforderliche lang andauernde und umfassende Behandlung nicht abdeckt, kann dies für den einzelnen Patienten bedeuten, dass seine Rehabilitation weit hinter dem Möglichen zurückbleibt und hierdurch auch seine Wiedereingliederung in den Beruf nicht oder nur eingeschränkt erfolgen kann. Für die Berufsgenossenschaft hat dies gegebenenfalls höhere Rentenzahlungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit zur Folge, für den Patienten höhere Invalidität und ein zunehmendes Risiko, in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden zu müssen.

Die Fallgruppen des DRG-Systems müssen daher durch die Berücksichtigung unterschiedlicher Schweregrade bei Verletzungen stärker differenziert, Pauschalen für Diagnosen mit aufwändigen Behandlungen besser ausgestattet und der notwendige rehabilitative Anteil berücksichtigt sowie der hohe Ausstattungsstandard von Spezialeinrichtungen durch Sonderzuwendungen erhalten werden.