

Positionspapier
zur Einführung eines neuen Entgelt-/Vergütungssystems
für den Krankenhausbereich, Weiterentwicklung der DRGs

- Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 04.03.2004 -

Die Kultusministerkonferenz hat sich wiederholt mit der Einführung des auf DRGs beruhenden neuen Entgeltsystems für die stationäre Krankenversorgung und seinen Auswirkungen auf die Universitätsklinika befasst. Die 166. AK hat sich am 5. April 2001 besorgt gezeigt und u. a. darauf hingewiesen, dass in der Umstellungsphase für die Problembereiche der Maximalversorgung (Intensivmedizin, maligne Erkrankungen, seltene Krankheitsbilder, innovative Diagnostik und Therapie, fächerübergreifende Krankenbehandlung) zusätzlich zu den jeweiligen Erlösen aus allgemein geltenden Preisen gesonderte Budgetzuweisungen vorzusehen seien.

Inzwischen ist die Einführung des Fallpauschalensystems von der Optionsphase (2003) in die Pilotphase (2004) übergegangen, in der die Krankenhausleistungen auf der Grundlage eines Katalogs mit einheitlichen Relativgewichten abzurechnen sind, in der die Bewertung der Punktzahlen jedoch noch in den Verhandlungen vor Ort nach Maßgabe der weiterhin individuell ausgehandelten Budgets und eines daraus resultierenden Basisfallwertes erfolgt.

Erst jetzt wird in vollem Umfang deutlich, wie gravierend die Einbußen sind, die den Hochschulklinika auf Grund des Systemwechsels drohen. Eine Erhebung der Arbeitsgruppe Hochschulmedizin der Kultusministerkonferenz hat einen mittleren Basisfallwert der Universitätsklinika in Höhe von etwa 3.360 € mit einer Spreizung von 3000 € bis 3800 € ergeben, dem zunächst der - allerdings noch nicht repräsentative - bundesweite Basisfallwert aus der maßgeblichen Kostenstudie des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (IneK) in Höhe von etwa 2.830 € gegenübersteht. Bisher bekannt gewordene Ergebnisse aus den einzelnen Ländern lassen auf Landesbasisfallwerte zwischen 2600 € und 2800 € schließen. Dies bedeutet, dass ceteris paribus am Ende der Konvergenzphase – also bereits ab 2007 - mit Erlöseinbußen von etwa 15% - 20 % beim Gesamtbudget für voll- und teilstationäre Leistungen gegenüber dem Budget 2004 gerechnet werden muss. Bundesweit würden damit die Universitätsklinika Erlöseinbußen von über 1 Mrd. € hinnehmen müssen.

Ein solcher Umsatzeinbruch hätte rein rechnerisch einen Stellenabbau um rd. 15.000 Beschäftigte zur Folge. Darüber hinaus ist aber klar absehbar, dass die Universitätsklinika als Zentren einer innovativen Hochleistungsmedizin, als Motor des medizinischen Fortschritts und als unverzichtbare Stätten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in ihrer Existenzfähigkeit bedroht sind.

Ähnliches muss auch für andere Krankenhäuser auf dem Gebiete der Höchstleistungsmedizin befürchtet werden. Deshalb ist nicht nur die Mediziner Ausbildung in Gefahr, sondern auch die Spitzenmedizinische Versorgung. Die Entwicklung würde im Übrigen kaum Vorteile für die gesetzliche Krankenversicherung bringen, da der Übergang in das Fallpauschalensystem im Wesentlichen nur eine Umverteilung der Budgets unter den Leistungserbringern zur Folge hätte und der Entlastungseffekt der Krankenkassen und damit der Lohnnebenkosten eher gering wäre. Nachteilig für alle Beteiligten wären auf jeden Fall aufkommende Versorgungslücken in der Hochleistungsmedizin.

Die durchweg sehr hohe Differenz zwischen dem Basisfallwert der Hochschulklinika und den Landesbasisfallwerten weist u.a. auf gravierende Mängel im System der Fallpauschalen. Eine genauere Betrachtung zeigt, dass insbesondere die nachfolgenden sechs Teilkomponenten noch nicht ausreichend und adäquat abgebildet sind:

- Intensiv- und Notfallmedizin (an Universitätsklinika bzw. in der Maximalversorgung höhere Leistungsdichte und höhere Versorgungsrisiken)
- Langlieger/Kostenausreißer (spezielle Patienten mit nicht standardisierbaren, besonders aufwändigen Behandlungsverläufen oder mit einer Kostenprogression im Behandlungsverlauf)
- teure Leistungen in der forschungsnahen Spitzenversorgung, insbesondere bei onkologischer Behandlung (aufwändige Medikamententherapie)
- hoch spezialisierte innovative Leistungen, die jüngere internationale Erkenntnisse berücksichtigen (z. B. Autoimmunologie, Neuropädiatrie, Kinderkardiologie)
- besonders aufwändige schwere Operationen, unter anderem auch Transplantationen
- ärztliche Weiterbildung (überproportionale Beteiligung der Universitätsklinika).

Die Kultusministerkonferenz ist nach wie vor der Auffassung, dass der Übergang auf das DRG-System mit erheblichen Vorteilen insbesondere bei der Herstellung der notwendigen Kosten- und Leistungstransparenz verbunden und deshalb zu begrüßen ist. Sie stellt jedoch fest, dass die konkrete Ausprägung des Systems einer deutlichen Nachjustierung bedarf, damit medizinische Spitzenleistungen adäquat vergütet und die Einrichtungen der Hochschulmedizin in ihrem Fortbestand und in ihrer Leistungsfähigkeit gesichert werden können.

Die Kultusministerkonferenz fordert alle Verantwortlichen auf, durch geeignete Veränderungen am Katalog und am System der Fallpauschalen sowie am Zeitpfad ihrer Einführung dafür zu sorgen, dass die dargestellten bedrohlichen Konsequenzen für die Hochschul- und sonstige Hochleistungsmedizin abgewendet werden. Im Einzelnen fordert die KMK

1. die Spitzenverbände der Selbstverwaltung (und ggf. das BMGS bei einer erneuten Ersatzvornahme) auf, die Besonderheiten der Hochleistungsmedizin im Fallpauschalensystem besser zu berücksichtigen. Es sind insbesondere Zusatzvergütungen für besonders aufwändige Leistungen oder besondere Regelungen für so genannte Kostenausreißer vorzusehen,
2. Bund und Länder auf, durch Gesetzesänderung dafür zu sorgen, dass die Konvergenzphase im Jahr 2005 nicht mit einem Konvergenzschritt von 33%, sondern mit höchstens 5 bis 10 % des Unterschiedsbetrags zum Landesbasisfallwert beginnt. Für die Jahre danach sollte der Verordnungsgeber ermächtigt werden, die jährlichen Konvergenzschritte jeweils einzeln festzulegen. Das würde die Flexibilität des Systems erhöhen und die Möglichkeit schaffen, es anhand von Erfahrungen schrittweise weiter zu entwickeln, bevor irreversible Konsequenzen eingetreten sind,
3. für den Fall, dass das Leistungsspektrum der Hochleistungsmedizin anders nicht ausreichend abgebildet werden kann, das Fallpauschalensystem in der Weise zu ändern, dass für ausgewählte DRG-Bereiche die Einführung von differenzierten Basisfallwerten ermöglicht wird, die sich auf Unterschiede im Versorgungsauftrag beziehen und die vom Land festzustellen oder mit den Krankenkassen zu vereinbaren sind.