

Ferdinand Rau

Offensive Kompromissuche zum 2. FPÄndG

Beratungen zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vorzeitig beendet/ Vermittlungsverfahren erforderlich

Der Bundesrat hat am 24. September 2004 zum Entwurf des 2. Fallpauschalenänderungsgesetzes (2. FPÄndG) Stellung genommen und Änderungen in wichtigen Punkten gefordert. Besonders zu nennen sind dabei die Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr bis zum 1. Januar 2009 sowie die Forderung einer Obergrenze für konvergenzbedingte Budgetverluste in Höhe von 1 Prozent. Angesichts der Verbesserungen, die mit dem DRG-System 2005 in der leistungsorientierten Abbildung stationärer Leistungen erreicht wurden, stehen die Koalitionsfraktionen diesen Forderungen grundsätzlich kritisch gegenüber. Um die dennoch erforderliche Kompromissfindung mit dem Bundesrat ohne unnötigen Zeitverlust voranzutreiben, wurde in den Ausschussberatungen des Deutschen Bundestages auf die Einbringung von Änderungsanträgen verzichtet.

☛ Der Bundestag hat am 22. Oktober 2004 – und somit früher als geplant – das Gesetz in unveränderter Fassung in 2. und 3. Lesung abschließend beraten.

Kernpunkt des 2. FPÄndG ist die Modifizierung der Rahmenbedingungen der Konvergenzphase. Dabei spaltet sich die Krankenhausesseite in Befürworter und Kritiker auf. In der Regel orientiert sich die Haltung zum 2. FPÄndG danach, ob ein Krankenhaus mit konvergenzbedingten Budgetminderungen oder -zuwächsen rechnet. Die Krankenkassen stehen dem Gesetz grundsätzlich kritisch gegenüber und sprechen gar von einer – nicht erforderlichen – Verzögerung der DRG-Einführung. Die Bundesärztekammer und die AWMF begrüßen demgegenüber die Streckung des Einführungsprozesses, da zusätzliche Zeit für die sachgerechte Abbildung der medizinischen Leistungen gewonnen wird.

Bundesrat fordert Änderungen

Auch die Bundesländer unterstützen die Notwendigkeit von Änderungen. Über die Details der Änderungen herrschen in den Ländern jedoch deutliche Auffassungsunterschiede zwischen der Gesundheitsseite und der Seite der Kultus- und Finanzminister. Dies wurde erstmals in den unterschiedlichen Empfehlungen der Ausschüsse des Bundesrats erkennbar. Die wesentlichste Änderungsforderung des Bundesrats-Gesundheitsausschusses war die Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr mit daraus resultierenden Veränderungen der Konvergenzquoten. Die Kultus- und Finanzminister haben demgegenüber ordnungspolitisch wesentlich tiefgreifendere und kritischere Änderungen gefordert. Es ist in diesem Zusammenhang sicherlich auch der Gesundheitsseite in den Ländern zuzurechnen, dass die umfangreichen Änderungsforderungen der Kultus- und Finanzminister auf eine Obergrenze zurückgeführt werden konnten.

Die einzelnen letztlich vom Bundesrat in seiner Stellungnahme zum 2. FPÄndG beschlossenen Forderungen sind in der Übersicht zusammengefasst (siehe unten).

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung hat gegenüber den Forderungen des Bundesrats eine insgesamt kritische, aber grundsätzlich offene Grundhaltung eingenommen. Sowohl für die Forderung nach einer weiteren Abflachung der Konvergenzquoten als auch für eine Verlängerung der Konvergenzphase und die Einführung einer Obergrenze wurde eine Bereitschaft zur Prüfung signalisiert.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrats darauf hingewiesen, dass mit dem DRG-System 2005 (Fallpauschalen-Katalog und neue Zusatzentgelte) wesentliche Schritte für eine Verbesserung der leistungsorientierten Abbildung erfolgen. Dies gilt insbesondere für Leistungen der Maximalversorgung. Zu einer realitätsnahen Differenzierung zwischen unterschiedlichen Leistungen tragen auch die festgelegten Zusatzentgelte bei, die insbesondere für teure Medikamente in der Onkologie vorgesehen sind. Die aus einer nicht sachgerechten Leis-

Übersicht: Stellungnahme des Bundesrates vom 24. September 2004 zum 2. FPÄndG

- Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr; Konvergenzquoten 10, 20, 20, 25 und 25 Prozent.
- 1 Prozent Obergrenze für Budgetverluste; Übersteigendes Erlösvolumen ist bei der Festlegung des landesweiten Basisfallwerts zu mindern.
- Vollständige Gewährung der Grundlohnrate bei der Vereinbarung des Erlösbudgets.
- Ausbildungsfinanzierung:
 - Klarstellung zur regionalen Differenzierungsmöglichkeit der Ausbildungskostenzuschläge,
 - Laufzeitverlängerung für Zinsen bei ausstehenden Zahlungen an Ausbildungsfonds.
- § 21-Daten:
 - Übermittlung eines Standort-Kennzeichens bei nach Standorten differenziertem Versorgungsauftrag,
 - Übermittlung der ungekürzten PLZ des Patientenwohnorts für die Erstellung von Einzugsgebietsstatistiken,
 - DRG-Institut soll Software zur Auswertung der DRG-Daten für Länder erstellen, Finanzierung über DRG-Systemzuschlag.

tungsabbildung entstehende Gefahr, dass Budgetminderungen ungerechtfertigt erfolgen, wird hierdurch vermindert.

Zudem wird die Ausgangslage für Krankenhäuser mit einer dynamischen Leistungsentwicklung durch die in § 4 Absatz 4 KHEntgG in der Fassung des 2. FPÄndG vorgesehene Finanzierung zusätzlicher Leistungen positiv beeinflusst. Zusätzliche, prospektiv vereinbarte Leistungen werden in der Konvergenzphase durch ansteigende Finanzierungsquoten sukzessive an die Vergütungshöhe der bundesweiten Fallpauschalen und Zusatzentgelte angepasst. Bei einer Leistungsverminderung gelten allerdings die Quoten in gegensätzlicher Richtung entsprechend.

Budgetvereinbarung ohne Grundlohn-Obergrenze

Mit dem Einstieg in die Konvergenzphase ab dem Jahr 2005 verbessert sich auch die Situation leistungsfähiger Krankenhäuser in der Hinsicht, dass die Grundlohnratebegrenzung für den Budgetabschluss des einzelnen Krankenhauses wegfällt. Die Veränderungsrate bindet perspektivisch nur noch das landesweite Preisniveau (Basisfallwert), nicht aber die verhandelbare Höhe des Erlösbudgets des einzelnen Krankenhauses. Die Vertragspartner vor Ort sind frei, dynamische Budgetzuwächse zu vereinbaren; dies gilt aber auch für Budgetverminderungen (zum Beispiel wegen Leistungsverminderungen aufgrund stationersetzender Leistungen).

Vorhaltungsfinanzierung durch Sicherstellungszuschläge

Im Zusammenhang mit voraussichtlichen konvergenzbedingten Budgetverlusten ist auch das ab dem Jahr 2005 nutzbare Instrument der Sicherstellungszuschläge auf seine Entlastungsmöglichkeiten hin zu prüfen. Sicherstellungszuschläge sind für die Vorhaltung von Leistungen zu zahlen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar, zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung aber notwendig sind (§ 17 b Absatz 1 Satz 6 KHG i. V. m. § 5 Absatz 2 KHEntgG). Da die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ergänzende oder abweichende Vorgaben von den Voraussetzungen für eine notwendige Vorhaltung erlassen kann, können die Zuschläge auch ohne eine entsprechende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene von den Vertragsparteien vor Ort krankenhausesindividuell vereinbart werden. Entsprechendes ist durch das Scheitern einer Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner in diesem Punkt für das Jahr 2005 gegeben. Die Vertragsparteien vor Ort haben dabei jedoch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits anbietet, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Im Konfliktfall entscheidet das Land über die Frage der Zuschlagsgewährung (nicht: Zuschlagshöhe). Dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Obergrenzenhöhe muss diskutierbar sein

Bereits die Gegenäußerung der Bundesregierung gibt den Hinweis, dass zwischen einer Obergrenze und deren Höhe

zu trennen ist. Sofern eine Obergrenze grundsätzlich diskussionsfähig sein soll, muss auch deren Höhe zur Disposition gestellt werden können. Eine dogmatische Verkettenung ist auch angesichts der dargestellten Katalogverbesserungen und weiterer Einflussgrößen, die eine Verbesserung der Ausgangslage von Maximalversorgern zur Folge haben, nicht akzeptabel. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass sich die DKG ebenso wie der VKD für eine insgesamt höhere Obergrenze als von den Ländern gefordert ausgesprochen haben.

Keine Finanzierung von Länderaufgaben aus Beitragsmitteln

Nur die Forderung, dass das DRG-Institut für die Länder eine Auswertungs-Software für die DRG-Daten nach § 21 KHEntgG erstellen soll, wird in der Gegenäußerung der Bundesregierung kategorisch abgelehnt. Bereits bislang erhalten die Länder für Zwecke der Krankenhausplanung Daten nach § 21 KHEntgG. Das DRG-Institut stellt die Daten in einem Standard-Datenformat bereit, das von marktüblicher Standard-Software gelesen werden kann. Landespezifische Auswertungen sind auf dieser Grundlage möglich und werden auch bereits von einigen Ländern durchgeführt. Um die Auswertung der teilweise großen Datenmengen für die Länder zu vereinfachen und zu vereinheitlichen, hat sich das DRG-Institut in Abstimmung mit den Ländern bereit erklärt, für die Auswertungszwecke der Länder ein Softwaretool zu entwickeln. Sofern Bedarf für den Erwerb entsprechender EDV-Programme gesehen wird, sind diese von den Ländern aus Landesmitteln zu finanzieren. Eine Überwälzung der Kosten auf das durch den DRG-Systemzuschlag finanzierte DRG-Institut und damit eine Finanzierung durch die Versichertengemeinschaft ist abzulehnen. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, dass der DRG-Systemzuschlag durch die vorgeschlagene Änderung nur um ein Drittel Cent (0,003 €) ansteigen würde.

Weiteres Verfahren

In der Stellungnahme des Bundesrats und der Gegenäußerung der Bundesregierung zeichnen sich in der Frage der Änderung der Rahmenbedingungen der Konvergenzphase die unterschiedlichen Grundpositionen der beiden Kammern ab. Deshalb wurde der verfrühte Abschluss der Beratungen im Bundestag beschlossen. Damit wurde zugleich wichtige Zeit für die Suche nach konstruktiven Lösungen gewonnen. Zur Kompromissfindung ist nun ein Vermittlungsverfahren unverzichtbar. Nach dem am 5. November 2004 erfolgenden 2. Durchgang des 2. FPÄndG im Bundesrat besteht die Möglichkeit, den Vermittlungsausschuss anzurufen. Ein Abschluss in diesem Jahr ist damit grundsätzlich weiterhin möglich.

Anschrift des Verfassers:

Ferdinand Rau, c/o Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 53108 Bonn ■