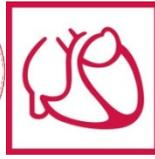




Deutsche Gesellschaft für Angiologie
Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V.



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.



Offener Brief zur Veränderung der Berücksichtigung von Sachkosten im Deutschen Fallpauschalen-(G-DRG)-System an

- **den Geschäftsführer des Dezernat II / Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
- **den Bundesminister der Gesundheit**
- **den zuständigen BMG-Abteilungsleiter**
- **den Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
- **die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes**
- **den Vorstandsvorsitzenden des PKV-Verbandes**
- **den Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus**

Der Gesetzgeber hat den Vertragsparteien der Selbstverwaltung auf Bundesebene vorgegeben, bis zum 30.6.2016 für das Jahr 2017 "sachgerechte Korrekturen" der Sachkostenanteile in den Bewertungsrelationen zu vereinbaren.

Hierzu wurden in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten Äusserungen getätigt und Vorschläge gemacht, die die unterzeichnenden Fachgesellschaften nicht länger unkommentiert lassen können. U.a. wurde behauptet, im Bereich der Herz- und Gefäßmedizin tätige Kliniken und Krankenhausabteilungen hätten in den letzten 14 Jahren mit der bestehenden Vergütungsmethodik des Deutschen Fallpauschalen-(G-DRG-)Systems massive, unberechtigte Übervergütungen durch - aufgrund der "Hebelwirkung" der Landesbasisfallwerte gegenüber der Bezugsgröße - unverhältnismässig hohe Berücksichtigung der Sachkosten erhalten. Hierzu möchten wir auf folgende, in der Diskussion unserer Einschätzung nach bisher nicht ausreichend berücksichtigte Punkte hinweisen:

Das deutsche Fallpauschalensystem wurde im Jahre 2002 von den Selbstverwaltungspartnern unter der technischen Durchführung des unabhängigen *Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus* (InEK) etabliert und seit dem – was die Methodik angeht - durch die genannten Parteien kontinuierlich weiterentwickelt. Zu keinem Zeitpunkt haben Fachgesellschaften oder gar konkrete Institutionen oder Personen aus der Krankenversorgung auf die Methodik der Vergütung Einfluss nehmen können. Insofern wären jegliche Systemcharakteristika – die zu einer vermuteten Übervergütung hätten führen können – in keinem Fall von Institutionen oder Fachgesellschaften aus der Herz- und Gefäßmedizin zu verantworten.

Weiterhin sei angemerkt, dass die hier kritisierte Hebelwirkung¹ (derzeit 15,57%²) seit Einführung des G-DRG-Systems existiert. Die Tatsache, dass der Landesbasisfallwert über der Bezugsgröße (also den mittleren Kosten) liegt, wurde bisher aber seit Einführung des G-DRG-Systems niemals diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass dies wesentlich von allen Beteiligten so akzeptiert wurde, da man sich der nicht-ausreichenden Finanzierung anderer Bereiche (z.B. Investitionsrefinanzierung, Innovationen etc.) bewusst war. Dennoch wird die für alle Kostenarten existierende Hebelwirkung nun von manchen, bezogen auf die Sachkosten, als Überfinanzierung bezeichnet. **Dieses generelle Gleichsetzen der Hebelwirkung bei Sachkosten mit einer Überfinanzierung greift allerdings zu kurz und vernachlässigt, dass diese Hebelwirkung nicht ausschließlich für Sachkosten besteht, sondern für alle Kostenarten gilt, also auch für die Personal- und Infrastrukturkosten.**

Die Diskussion um eine Überfinanzierung im Sachkostenbereich lässt weiterhin außer Acht, dass der Ansatz des G-DRG-Systems immer gewesen ist, ein Entgeltsystem **auf pauschaler Basis** zu entwickeln. Es bestand nie der Anspruch – bzw. wurde dieser sogar aktiv negiert –, dass für jede Behandlungskonstellation bzw. Einzelfälle korrekte und kostendeckende Erlöse erzielt werden sollten. So wie es aber bei einzelnen Patientenfällen über die Vergütung mittels Fallpauschalen zu erheblichen Mindererlösen kommen kann – und hier immer argumentiert wurde, in der Summe aller Pauschalen würde sich dies ja wieder ausgleichen – **so wird auch eine zum Teil eventuell vorhandene Überfinanzierung im Bereich der Sachkosten dazu verwendet, Unterdeckungen in anderen Bereichen gegenzufinanzieren.** Dies gilt zum Beispiel innerhalb der Herz- und Gefäßmedizin besonders, um hier defizitäre Extremkostenfälle zu finanzieren, wie aber auch zur Querfinanzierung anderer, im Fallpauschalensystem nach 14 Jahren immer noch defizitärer Versorgung.

Die bisherige Methodik mag einige Kliniken begünstigt haben, die bewusst nur ein ausgewähltes Versorgungsangebot vorhalten ("Rosinenpicker") oder als Spezialanbieter tätig sind. Gerade aber für die Maximalversorger und Universitätskliniken, die sowohl quantitativ wie auch qualitativ eine überragende Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung haben und eine medizinische **Vollversorgung** vorhalten (müssen), gilt das so aber nicht. Bei ihnen dokumentieren die jährlichen Wirtschaftsergebnisse, dass im Mittel die Fallpauschalierung keineswegs zu einer Überfinanzierung führt. Fordert man jetzt eine Anpassung der bisherigen Kalkulationsmethodik, muss diese konsequenterweise auch die aktuell immer noch bestehenden, z.T. erheblichen Unterfinanzierungen im Bereich der Extremkostenfälle, der Innovationseinführung, der Notfallversorgung, der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses sowie der flächendeckend nicht-erfolgenden Investitionen³ (Investitionszuschlag) umfassen. **Erfolgt jedoch lediglich ein**

¹ Hebelwirkung: Die Relativgewichte der DRG-Fallpauschalen werden durch Division der mittleren Kosten einer Fallpauschale durch die sogenannte Bezugsgröße ermittelt. Die Bezugsgröße selbst wird derart bestimmt, dass der nationale Casemix zwischen der zu etablierenden DRG-Version und der Vorgängerversion konstant bleibt. Die Vergütung der stationären Behandlungsfälle ergibt sich aus Multiplikation des Relativgewichts mit dem Landesbasisfallwert. Die Verhandlung der Landesbasisfallwerte basiert einerseits auf historischen Ausgangswerten, andererseits fließen u.a. Kostenentwicklungen über den sogenannten Orientierungswert, Einnahmementwicklungen der GKV über die sogenannten Veränderungsrate, sowie die Leistungsmengenentwicklungen ein. Eine unmittelbare Berücksichtigung der Bezugsgröße findet nicht statt. Da der Landesbasisfallwert im Ergebnis höher liegt als die Bezugsgröße, entsteht eine Hebelwirkung, das heißt, dass die Vergütung über den mittleren Kosten liegt.

² Aus dem Verhältnis des Landesbasisfallwert 2016 von 3.311,98 € und der Bezugsgröße für das G-DRG-System 2016 von 2.865,71€ ergibt sich eine Hebelwirkung von 15,57%.

³ Aus der Pressemitteilung zum *Krankenhaus Rating Report 2016*: „Trotz erhöhter Ertragskraft ist es um die Investitionsfähigkeit deutscher Krankenhäuser weiterhin schlecht bestellt. Im Jahr 2014 steht einem Investitionsbedarf in Höhe von 6,6 Mrd. Euro eine Investitionslücke von 3,9 Mrd. Euro gegenüber. „Die Bundesländer kommen ihren Verpflichtungen im Rahmen der dualen Finanzierung nur unzureichend nach. Um die Versorgungsqualität zu sichern, bestreiten die Krankenhäuser notwendige Investitionen in bauliche Maßnahmen

selektiver Eingriff in die Kalkulationsmethodik, kann dieser zu einer erheblichen Schieflage in der Gesamtfinanzierung mit entsprechenden Einflüssen auf die Versorgung führen.

Vor dem Hintergrund einer vermuteten unangemessenen Übervergütung der Sachkosten hat der Gesetzgeber verlangt, detaillierte Analysen durchzuführen und aufgrund derer eine Anpassung der aktuellen Vergütungsmethodik vorzunehmen. Hierzu hat das InEK im Rahmen eines Vortrages am 17. März 2016 auf dem *Nationalen DRG-Forum* in Berlin sein Konzept zur Anpassung der Vergütung von sachkostenlastigen Leistungen bzw. der Berücksichtigung von Sachkosten innerhalb des Fallpauschalensystems vorgestellt. **Diese nun vorgeschlagene Veränderung stellt seit Einführung des G-DRG-Systems den in seiner Verteilungswirkung eingreifendsten Systemumbau dar, den es jemals gegeben hat. Nie zuvor wurden auf einen Schlag und so nachhaltig so grosse Finanzmittel umverteilt.** Die unterzeichnenden Fachgesellschaften haben dazu folgende, erhebliche Bedenken:

a) Das InEK hat mit seinem Konzept entgegen dem Auftrag des Gesetzgebers **keine** detaillierten Analysen für einzelne Fallpauschalen oder Kostenarten vorgestellt. Stattdessen wird ein System mit einer pauschalen Kürzung **aller** Sachkostenerstattungen über **alle** Fallpauschalen vorgeschlagen ("Rasenmähermethode"). Dies ist aus unserer Sicht nicht im Sinne der Vorgaben, da die Begründung des Gesetzes von einer Anpassung bei „**sinkenden Sachkosten und steigenden Landesbasisfallwerten**“ spricht. Eine Sachkostenabsenkung bei **unveränderten oder steigenden** Sachkosten ist hingegen nicht intendiert.

Dieses Konzept lässt zudem unberücksichtigt, dass eine zum Teil erfolgte Überfinanzierung bei einigen Sachkostenarten (insbesonderen den Implantaten) wie oben dargestellt von den Kliniken der Maximalversorgung genutzt werden mußte, um die für diese "Vollversorger" bestehenden, nicht abgedeckten Kosten der Notfallversorgung, der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses sowie der flächendeckend nicht erfolgenden Investitionen abzufangen. Dies erschien auch angemessen, da der Gesetzgeber ja sehr bewusst ein **pauschales** Entgeltsystem einführen wollte. In Kenntnis der Tatsache, dass alle diese vorgenannten Punkte bisher nicht gelöst sind, erscheint das InEK-Konzept unangemessen eingreifend und auch wenig kalkulierbar bezüglich seiner Auswirkung auf die Gesamtfinanzierung einzelner Krankenhäuser.

Es ist weiterhin zu berücksichtigen, dass mit den Erlösen auch die während der Kalkulationsdauer auftretenden Kostenanstiege und Innovationen bei Arzneimittel und Medizinprodukten vor-finanziert werden, da diese aufgrund der Kalkulationsmethodik erst 2 Jahre später im Vergütungssystem Eingang finden können. Dies wird mit der jetzt vorgeschlagenen Systematik massiv eingeschränkt. Es ist hier zu befürchten, dass es so zu einer erheblichen Verschlechterung bei der Einführung aller Arten von Innovationen in der Bundesrepublik kommen wird.

Davon wird besonders die als national wichtiger Impulsgeber bekannte Herz- und Gefäßmedizin betroffen sein, aber auch die Hämato-Onkologie (trotz zahlreicher nicht-betroffener Zusatzentgelte) sowie die Neurologie, die Kinderherzchirurgie aber auch Kinderonkologie und allgemeine Kinderheilkunde, sowie andere Fächer⁴. In den letzten 10 Jahren hat sich dabei gezeigt, dass der vom Gesetzgeber hierfür vorgesehene Weg des NUB-

und Medizintechnik gezwungenermaßen zum Teil aus eigenen Mitteln. Im Jahr 2014 macht dies fast zwei Milliarden Euro aus', so Krolop [Autor der Studie]. „Das Problem dabei ist, dass nur die Hälfte der Kliniken überhaupt in der Lage ist, ausreichend viele Investitionen zu tätigen. Der Rest lebt von der Substanz. Bundesweit sehen wir inzwischen einen Investitionsstau von stolzen 27,8 Mrd. Euro.“

⁴ Bunzemeier H, Fiori W, Siam K, Roeder N. Das Krankenhaus 2016;6;475-482.

Verfahrens nicht ausreicht, um Innovationen angemessen schnell und angemessen refinanziert in das G-DRG-System einzuführen. Zum einen wurde von den Krankenkassen selbst bei Universitätskliniken eine Entgeltvereinbarung von *NUB-Status 1*-Leistungen häufig abgelehnt, was der Intention des Gesetzgebers widerspricht. Zum anderen hat das InEK eine Vielzahl von Innovationen mit *NUB-Status 2* negativ bewertet, da die unbestrittenen Mehrkosten aus InEK-Sicht über die Pauschalierung des G-DRG-Systems bereits "sachgerecht" finanziert seien - was nichts anderes bedeutet, als dass diese mittels der Erlöse aus Fallpauschalen querfinanziert werden müssen.

Die Verabschiedung des neuen Paragraphen 137h SGB V wird darüberhinaus zu einer weiteren Verschlechterung der Innovationsfinanzierung bzw. einem Innovationsstau führen, weil die mit der Durchführung beauftragte Abteilung des G-BA personell und organisatorisch massiv überlastet ist. So haben bereits die Erfahrungen mit den Paragraphen 137c und 137e gezeigt, dass Erprobungsstudien keineswegs für die Vielzahl von Methoden, die in Zukunft anhand des vom GBA vorgestellten Bewertungsmaßstabes als neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept eingestuft werden, in absehbarer Zeit auch tatsächlich durchgeführt werden können. Dies wird in Deutschland zu einer ganz erheblich verzögerten Einführung (>5 Jahre) von für die Bevölkerung wertvollen Innovationen bei Medizinprodukten führen.

- b) Es ist nicht zu bestreiten, dass es bei der jetzigen Finanzierungspraxis durch die "Hebelwirkung" teilweise eine Überfinanzierung von Sachkosten in einigen Fallpauschalen entstehen kann. Dies betrifft aber keinesfalls alle Fallpauschalen, da es auch z.T. in einigen G-DRGs zu nennenswerten Sachkostenanstiegen gekommen ist (s.u.). Es ist zudem zu berücksichtigen, dass der selbe "Hebel" auch für die Personal- und Infrastrukturkosten Anwendung findet und hier gleichermaßen auch diese Kosten höher als kalkuliert vergütet - **was sich bei Anwendung des InEK-Konzepts durch die Umverteilung der Mittel noch verstärken würde**. Nach den Daten des statistischen Bundesamtes (Steigerungsrate lt. Veröffentlichung zum Orientierungswert für 2015) ist dabei im letzten Jahr der Aufwand für Sachkosten um 0,55%, und der für Personalkosten bundesweit um 2,22% gestiegen. Damit wird erkennbar, dass zwar die Steigerung bei den Personalkosten höher ist, aber auch bei den Sachkosten *insgesamt* ein nennenswerter **Anstieg** der Kosten aufgetreten ist - und nicht etwa ein Rückgang. Dies findet aber im Vorschlag des InEK nach unserer Beurteilung keine ausreichende Berücksichtigung. Mit dem vorgelegten Konzept des InEK käme es zu einer relevanten und unverhältnismäßigen Benachteiligung im Bereich der Sachkostenfinanzierung, und damit – da diese z.B. im Bereich der Herz- und Gefäßmedizin je nach Fallmix einer Abteilung bis zu 50% der Fallpauschalen-Erstattung ausmachen kann – zu erheblichen Veränderungen der Finanzierung dieser Abteilungen und ihrer Kliniken.
- c) Es ist dabei keineswegs so – wie an der publizierten Steigerungsrate des statistischen Bundesamtes abzulesen –, dass die Sachkosten während der für die Kalkulation benötigten 2-jährigen Verzögerung in **allen** Fallpauschalen und **allen** Sachkostenarten pauschal absinken. Sonst könnte es nicht zu einer Gesamtsteigerung um 0,55% gekommen sein. So ist es beispielsweise bei den sehr häufigen belegten DRGs F50A zu einem Anstieg der Sachkosten von 4.499,22 € in 2013 auf 4.933,09 € in 2014 gekommen, und in der F52B von 1.039,98 € auf 1.067,75 €. Eine pauschale Kürzung der Sachkostenanteile in allen G-DRGs würde also hierbei diese teils deutlichen Kostenanstiege ignorieren. Hier setzen wir mit unserem nachfolgend geschildertem Alternativ-Vorschlag an, der - deutlich detaillierter und aber dennoch technisch machbar – **gezielt** das Problem einer partiellen Überfinanzierung der Sachkosten aufgreift.
- d) In derselben Präsentation hat das InEK vorgestellt, dass die Kalkulationsstichprobe der teilnehmenden Krankenhäuser in den nächsten Jahren erheblich erweitert wird. Hierbei

werden insbesondere die oben schon erwähnten Kliniken mit einem ausgewählten, häufig spezialisierten Versorgungsangebot und einer anderen Einkaufsmacht bzgl. des medizinischen Sachbedarfs verstärkt eingehen. Es ist aufgrund der Kostenstrukturen dieser Häuser anzunehmen (da nur ein ausgewähltes Versorgungsspektrum vorgehalten wird sowie nur eingeschränkt eine Beteiligung an der kostenaufwändigen Weiterbildung und Notfallversorgung erfolgt), dass die Berücksichtigung dieser Häuser gerade im Bereich der Herz- und Gefäßmedizin wie auch der des Bewegungsapparates zu einer weiteren, erheblichen Absenkung der Bewertungsrelationen in diesen Bereichen führen wird. Dies kann auch dazu führen, dass die für diese Häuser vermuteten niedrigeren Sachkosten nicht vom Durchschnitt der deutschen Krankenhäuser realisiert werden können und daraus eine erhebliche finanzielle Benachteiligung der anderen Kliniken ohne eine entsprechende Einkaufsmacht resultiert.

Wenn es dabei nicht gelingen wird, die Ausgaben für Notfallversorgung und Weiterbildung zu erfassen und getrennt sachgerecht zu vergüten, wird dies zu einer weiteren Verschlechterung gerade der Kliniken mit Vollversorgung führen, die auch den Großteil der Weiterbildung tragen. Somit wird nun in 2 Schritten zunächst die Berechnungsmethodik und dann die Berechnungsgrundlage massgeblich verändert, mit derzeit unabsehbaren Folgen für das Gesundheitssystem in Deutschland. **Es erscheint vom Vorgehen daher grundsätzlich sinnvoller, zunächst die Berechnungsgrundlage zu optimieren, und dann - darauf aufbauend und die neuen Zahlen kennend - eine sachgerechtere Berechnungsmethodik aufzusetzen.**

- e) Obwohl das InEK mit Blick auf die von ihm vorgeschlagenen Veränderungen bisher keine Daten zur Umverteilung von Casemix-Volumina nach Größe (=Bettenanzahl) der Krankenhäuser vorgelegt hat, zeigen eigene Simulationen, dass insbesondere die Maximalversorger und die besonders belasteten Universitätskliniken zu den großen Verlierern der Reform gehören werden. D.h. die geschätzten 600-800 Mio. €, die allein im Bereich der Herz- und Gefäßmedizin umverteilt werden, werden insbesondere diesen Großkliniken entzogen werden und auf viele kleine Krankenhäuser umverteilt. Dies wird die ohnehin schon über alle Maßen beanspruchten Maximalversorger in eine kaum kompensierbare finanzielle Schieflage bringen, während ihnen gleichzeitig wichtige Unterstützungen für medizinische Innovationen, Notfallversorgung, Ärzterweiterung und vor allem auch Investitionen durch längst überfällige, aber bisher immer noch nicht eingeführte Änderungen der Systematik weiterhin vorenthalten bleiben.
- f) Ein Problem bleibt sowohl bei dem vom InEK vorgeschlagenen, pauschalen Ansatz wie auch der von uns vorgeschlagenen, detaillierteren Methode leider unberührt: Durch die z.T. erheblich unterschiedlichen Landesbasisfallwerte besteht bundesweit bereits jetzt schon ein erhebliches Ungleichgewicht – bzw. aus Sicht der Leistungserbringer in Bundesländern mit niedrigen Landesbasisfallwerten eine nicht-begründbare Ungerechtigkeit – bei der Vergütung an sich gleichwertiger medizinischer Leistungen. So sind die Länder Bayern, das Saarland und insbesondere Rheinland-Pfalz erheblich gegenüber den anderen Bundesländern bevorteilt. Durch die jetzt vom InEK vorgeschlagene Verwendung des Bundes-Basisfallwerts als Divisor bei den Sachkosten würde diese "Finanzierungsungerechtigkeit" zwischen den Bundesländern verstärkt eingebracht, da diese Bundesländer dann weiterhin sowohl bei der dann deutlich schärferen Sachkosten-Erstattung wie auch bei der Hebelwirkung der gesamten Fallpauschale in unbegründeter Weise bevorzugt würden. Das wäre zwar nicht schlechter als vorher, würde sich aber dann bei insgesamt deutlich schlechterer Finanzierungssituation erheblich stärker zu Gunsten der Kliniken in diesen Bundesländern bemerkbar machen. Bildlich gesprochen wird den Kliniken in den 3 bevorzugten Bundesländern das "Wasser bis zum Hals" stehen – den Kliniken in den anderen Bundesländern aber bis zum Scheitel. Bei

unserem nachfolgend dargestelltem Vorschlag besteht dieser Nachteil ebenfalls, wird aber etwas abgemildert.

Diese vorangestellte Diskussion soll klar machen, dass die jetzt vorgeschlagenen Veränderungen der Berücksichtigung von Sachkosten im G-DRG-System eben nicht nur eine mutmassliche Überfinanzierung bei Teilbereichen der Sachkostenerstattung angehen, sondern in eine sehr komplexe Problemsituation eingreift und umfassende Konsequenzen für die Gesamtfinanzierung haben werden. Vor diesem Hintergrund schlagen wir alternativ zum Vorschlag des InEK folgenden, detaillierteren und - aus unserer Sicht - im Sinne der Vorgaben des Gesetzgebers sachgerechteren Ansatz vor:

Für alle ca. 1.200 Fallpauschalen des Katalogs soll für die Sachkosten (Sachkostenarten: 4a+b Arzneimittel, 5 Implantate, und 6a+b Medizinischer Sachbedarf) anhand der jeweils aktuellsten vorliegenden Kalkulationsdaten (z.B. derzeit aus dem Jahr 2015) und den Daten des Jahres zuvor (z.B. also derzeit 2014) berechnet werden, bei welchen Fallpauschalen es jeweils zu nennenswerten Sachkostenreduktionen gekommen ist. Dies erfolgt in folgenden Schritten:

1. Hierzu wären zunächst für die Erstellung des G-DRG-Systems 2017 die Kalkulationsdaten des Jahres 2014 mit dem Übergangsgrouper 2014/16 in das G-DRG-System 2016 zu gruppieren, und ebenso die derzeit aktuellsten Kalkulationsdaten des Jahres 2015 mit dem Grouper 2015/16 in das G-DRG-System 2016 zu gruppieren. So soll die Sachkostenentwicklung auf Basis der aktuellsten DRG-Version (hier 2016) für das nächste Jahr (also hier 2017) für sich entsprechende Fallpauschalen ermittelt werden.
2. Bei denjenigen Fallpauschalen, bei denen nun eine Reduktion der Sachkosten um mehr als 5%⁵ zwischen diesen beiden Datenjahren nachweisbar ist, werden die Sachkosten für die Kalkulation unter Annahme einer linearen Entwicklung um den doppelten⁶ Sachkostenrückgangsbetrag abgesenkt. Der nachgewiesene Sachkostenrückgang zwischen dem Jahr 2014 und dem Jahr 2015 wird somit auf Basis der aktuellsten Kalkulationsdaten aus 2015 auf die neu zu ermittelnde DRG-Version des Jahres 2017 projiziert.⁷ Falls der Sachkostenrückgang einer Fallpauschale innerhalb eines Jahres (hier: 2014 auf 2015) mehr als 10% beträgt, soll die Plausibilität eines derart erheblichen Kostenrückgangs durch Rückfragen des InEK bei einigen Krankenhäusern überprüft und gegebenenfalls auf den aktuell existierenden Kostenrückgang adaptiert werden, anstatt ohne Überprüfung die doppelte Sachkostenreduktion durchzuführen.⁸

⁵ Der Vorschlag von 5% soll der gesetzlich vorgegebenen Formulierung „systematische Übervergütung“ Rechnung tragen. Die amtliche Begründung spricht von „sinkenden Sachkosten und steigenden Landesbasisfallwerten“. Von einer Sachkostenabsenkung bei steigenden Sachkosten ist dort nicht die Rede. Da Sachkosten sowohl ansteigen als auch absinken können, wird erst ab einem Kostenrückgang von 5% von einem systematischen Übervergütungsszenario ausgegangen (siehe Fußnote 2 zum Ausmaß der Hebelwirkung).

⁶ Hier findet der doppelte Wert Eingang, da eine Projektion für 2 Jahre erfolgen soll (hier: von 2015 nach 2017)

⁷ Dies unterscheidet sich in zweifacher Weise vom InEK-Ansatz: das InEK will mit der „Rasenmäher“-Methode alle Sachkostenerstattungen kürzen, unabhängig davon, ob überhaupt ein Kostenrückgang erfolgt ist. Zum anderen verwendet der InEK-Ansatz den Bundesbasisfallwert als Korrekturfaktor und nimmt – aus uns unklaren Gründen – an, dass bei Division durch den Bundesbasisfallwert und nachfolgender Multiplikation mit den Landesbasisfallwerten das Ergebnis eine sachgerechte Vergütung sein wird, obwohl der Bundesbasisfallwert methodisch nicht mit einer Übervergütung von Sachkosten gegenüber Personalkosten in Zusammenhang gebracht werden kann. Bei unserem Ansatz wird hingegen zum einen mit den tatsächlichen Kosten - allerdings unter Annahme einer linearen Entwicklung - gerechnet, d.h. immerhin aber auf der Basis von realen Kalkulationskostendaten. Zum anderen erfolgt eine Anpassung dann nur bei einem tatsächlichen Absinken.

⁸ Da hier eine Absenkung um den doppelten Sachkostenrückgangsbetrag (also über 20%) eine drastische Reduktion bedeuten würde, sollte diese nicht ausschließlich aufgrund einer Projektion von der ermittelten, aber zurückliegenden Kostenreduktion (hier 2014 auf 2015) auf das künftige DRG-System (hier 2017) erfolgen, sondern vielmehr anhand der realen Kostensituation/-entwicklung plausibilisiert und gegebenenfalls angepasst werden.

3. Die Ermittlung der endgültigen Bewertungsrelationen erfolgt durch Division der (evtl. aufgrund der durchgeführten Sachkostenkorrektur abgesenkten) Gesamtfallkosten mit der - nach der bisherigen Methode der Konstanz des nationalen Casemix - ermittelten Bezugsgröße.

So können diese Sachkostenkorrekturen auf die Fallpauschalen der DRG-Version 2017 übertragen werden. In jedem Jahr werden einige Fallpauschalen aufgrund veränderter Gesamtkostenergebnisse eliminiert bzw. neu etabliert, die in früheren Systemen nicht vorhanden waren. Die Sachkostenanpassungen können bei entsprechender Veränderung der Gesamtkosten notwendige Anpassungen des G-DRG-Systems bzgl. der Fallgruppen zur Folge haben.

Hierzu folgende konkrete Beispiele (mit den derzeit aktuellsten, öffentlich-verfügbaren Kalkulationsdaten der Jahre 2013 und 2014, und unter der Annahme, dass eine Gruppierung mit den Übergangsgroupen 2013/2015 und 2014/2015 wie unter Schritt 1 beschrieben, bereits erfolgt ist):

Untersucht wird zunächst die F01C: Der Sachkostenanteil (Kostenarten 4a+b, 5, 6a+b) betrug 10.509,61 € im Jahre 2013 und 10.375,48 € im Jahre 2014 (Sachkostenentwicklung minus 1,3%). Entsprechend erfolgt keine Anwendung der oben beschriebenen Anpassungsschritte.

Untersucht wird dann die F02B: Hier beträgt der Sachkostenanteil 5.876,85 € im Jahre 2013 und 5.413,71 € im Jahre 2014 (Sachkostenentwicklung minus 7,9% = 463,14 €). Nun wird wie unter Schritt 2 beschrieben, folgende Anpassung vorgenommen: Die Sachkosten der F02B aus dem Jahr 2014 werden um das Doppelte des Differenzbetrags abgesenkt, also um 926,28 € auf 4.487,43 €. Mit diesem Wert für diese Sachkostenpositionen wird nun weiter gerechnet mit Schritt 3 und das Relativgewicht ermittelt (kann hier nicht simuliert werden, kann nur vom InEK mit allen Fallpauschalendaten durchgeführt werden)

Zusammenfassend halten auch die Unterzeichner eine Novellierung der Sachkostenkalkulation für angemessen. Um dadurch bedingte Verwerfungen im Finanzierungssystem des Gesundheitswesens aber zu vermeiden, **sind dazu nun auch die längst überfälligen und vom Gesetzgeber ebenfalls geforderten Verbesserungen im Bereich der Innovationseinführung, der Finanzierung von Extremkostenfällen, der Notfallversorgung, der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses sowie der flächendeckend nicht-erfolgenden Investitionen unbedingt zeitnah einzuführen.**

Mit Blick auf die anstehende Erweiterung der Kalkulationsstichprobe (s. Punkt d) würden die Unterzeichner es zudem für zielführender und erheblich kontrollierbarer halten, **zuerst** im nächsten Jahr die Kalkulationsstichprobe zu optimieren und **dann erst** die Kalkulationsmethodik anzupassen. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben gehen wir aber davon aus, dass auf einer jetzt zu erfolgenden Änderung der Berechnungsmethodik bestanden wird und schlagen daher das oben dargestellte Konzept vor.

Das vorgelegte Konzept des InEK mit einer pauschalen Kürzung ohne detaillierte Analysen der Kostenentwicklungen in den einzelnen Fallpauschalen entspricht so nach unserer Einschätzung nicht den Vorgaben des Gesetzgebers und **enthält aus unserer Sicht ein erhebliches Risikopotential für die Existenz vieler, eine Vollversorgung-vorhaltende Kliniken - insbesondere der Maximalversorger und Universitätsklinika - sowie für die zukünftige zeitnahe Einführung von wichtigen Innovationen in die medizinische Versorgung.**

Für eine inhaltliche Diskussion stehen wir allen beteiligten Institutionen, wie auch schon in den letzten 14 Jahren des konstruktiven Dialogs, jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. U. Hoffmann
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Angiologie (DGA)



Prof. Dr. G. Torsello
Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)



Prof. Dr. Ch. W. Hamm
Past-Präsident der Deutschen
Gesellschaft für Kardiologie (DGK)



Prof. Dr. A. Welz
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)