

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
15. Sitzung

Berlin, den 09.04.2003, 12:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001
Berlin

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten
Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

BT-Drucksache 15/614

Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender

Anlage

Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Kühn-Mengel, Helga
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Eva Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heil, Hubertus
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Strebl, Matthäus
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette
Zöller, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Meyer, Doris
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Seehofer, Horst
Singhammer, Johannes
Weiß, Peter

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Höfken, Ulrike
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Hartmann, Christoph
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,9,10	SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	5,6,7,8,10,13,14,15,16,18,19,20,21
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg)(SPD)	5,20	SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.)	5,16
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	5	SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)	6,8,10,14,15,16,19,20
Abg. Peter Dreßen (SPD)	6	SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung)	6,8,18
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	8	SV Johannes-Magnus von Stackelberg (AOK)	6,9,15,16
Abg. Erika Lotz (SPD)	8	SV Dr. Bernhard Rochell (Bundesärztekammer)	10,12,13,17
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	9,10	SV Dr. Friedrich Mehrhoff (Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter)	11
Abg. Matthäus Strebl (CDU/CSU)	11	SV Dr. Hubert Erhardt (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften)	11,21
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	12	SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.)	13,17
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	13	SVe Ingrid Robbers (Deutscher Städtetag)	13
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	14,15	SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di)	14,18,19
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	16,17	SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat)	14,19
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	19,20	SV Prof. Dr. Martin L. Hansis (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.)	21
Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	21		

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser - Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG)

BT-Drucksache 15/614

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, liebe Kollegen und Kolleginnen, damit darf ich unsere 15. Ausschusssitzung eröffnen. Einzigiger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, also Fallpauschalenänderungsgesetz. Mit der Befragung der Sachverständigen beginnt die Fraktion der SPD.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine erste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Bundesverband Deutscher Privat-Krankenanstalten e.V. Mit dem jetzt vorliegenden Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetz werden die Handlungsmöglichkeiten der Selbstverwaltungspartner zur Einführung und Entwicklung eines deutschen Fallpauschalengesetzes erweitert. Erachten Sie diese Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten für zielführend und ausreichend? Glauben Sie, dass damit die Akzeptanz für die Einführung des Fallpauschalengesetzes in Deutschland wächst?

SV **Jörg Robbers** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Herr Schmidbauer, ich verstehe ihre Frage als Eingangsfrage, wie unsere Haltung zum Fallpauschalenänderungsgesetz insgesamt ist. Ja, das Gesetz ist zu begrüßen. Ich halte das Gesetz für zielführend. Ich halte das Gesetz auch für geeignet, das DRG-System in Deutschland voranzubringen. Das kann ich damit begründen, dass es die bestehenden gesetzlichen Regelungen von § 17 b KHG bzw. des gültigen Krankenhausentgeltgesetz sach-

lich modifiziert und das ist ausgesprochen positiv.

Ich möchte noch nicht an dieser Stelle, aber vielleicht an anderer Stelle darum bitten, den Grundgedanken des Fallpauschalenänderungsgesetzes in § 6 Abs. 1 noch etwas anders zu texten und den Zeitraum 2003 bis 2006 zusammenzuziehen. Ich glaube, der Grundansatz des Fallpauschalenänderungsgesetzes hilft der Selbstverwaltung, die Priorität zu setzen, um zeitnah ihren Aufgaben gerecht werden zu können.

SV **Georg Westphal** (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.): Herr Vorsitzender, Herr Schmidbauer ich versuche Ihre Frage etwas direkter zu beantworten. Die ordnungspolitische Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung würde mit dieser Gesetzesvorlage gestärkt. Wir begrüßen dies im Ausnahmefall, generell gilt auch für uns ohne Wenn und Aber die Vorfahrt für die Selbstverwaltung. Aber wir glauben aufgrund der Erfahrung der Vergangenheit, dass eine fahrplangemäße und sachgerechte Einführung des DRG-Systems ein starkes Bundesministerium benötigt und insofern haben wir uns dafür ausgesprochen. Wir glauben, dass die Interessengegensätze in der Selbstverwaltung auf der Bundesebene zu groß sind, als dass dort diese schwierige Aufgabe so bewältigt werden könnte.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft und den Verband der privaten Krankenversicherung. Wir haben durch diesen Verbesserungsprozess zur Schaffung neuer DRG-Fallgruppen und auch zur Erhöhung ihrer An-

zahl, einen Prozess geschaffen. Und da ist meine Frage, ob diese positive Entwicklung empfindlich gestört werden und wie aus Ihrer Sicht sichergestellt werden kann, dass die Öffnung der Entgelte nach § 6 Krankenhausentgeltgesetz nicht unterlaufen wird.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir sehen diese Regelung nicht als einen konstruktiven Verbesserungsprozess an, denn die Regelung bedeutet, dass von dem Grundprinzip, dass es ein bundeseinheitliches und bundesweites DRG-System geben soll, abgewichen wird, indem auf örtlicher Ebene Entgelte vereinbart werden, die nicht im Fallpauschalenkatalog stehen. Dadurch wird nach unserer Ansicht eine Entwicklung in Gang gesetzt, die zu einem Mischsystem führen wird. Nämlich auf der einen Seite ein Preissystem, das bundesweit geregelt ist und auf der anderen Seite krankenhausespezifische Entgelte. Wir haben die große Befürchtung, dass durch dieses System die Zahl der krankenhausespezifischen Entgelte sehr hoch sein wird, also entweder konstant bleibt oder vielleicht zunimmt. Sie erinnern sich vielleicht, dass die Grundhaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft immer war, diese Restgröße möglichst groß zu halten. Also insofern sehen wir keinen Verbesserungsprozess.

Sie haben danach gefragt, wie man dies abmildern kann. Wir meinen, dass es, wenn es örtliche Ausnahmen geben sollte, diese kanalisiert werden müssten. Die Bundesebene müsste eingeschaltet werden und die Option haben, bei Anträgen auf Vereinbarung örtlicher Entgelte zu prüfen, ob sie diese Lücke nicht durch pauschale Entgelte füllt.

SV Jörg Robbers (DKG): Frau Kühn-Mengel, ich möchte eine Antwort geben, die sich deutlich von der meines Vorredners unterscheidet. Die positive Entwicklung zum DRG-System, die sie schildern, wird durch das Fallpauschalengesetz überhaupt nicht behindert. Ganz im Gegenteil es ist absolut notwendig, dieses Gesetz zu schaffen.

Worum geht es uns? Uns geht es doch darum, langfristig ein DRG-System zu schaffen, was von den betroffenen Krankenhäusern akzeptiert wird, was eine Leistungstransparenz schildert, die der Versorgungswirklichkeit entspricht und das sachgerecht ist. Daher ist es

absolut notwendig neben den Leistungen, die schon jetzt sachgerecht im DRG-System abgebildet werden können, auch für diejenigen Leistungen, die das noch nicht für sich verzeichnen können, eine so genannte Öffnungsklausel zu schaffen. Das wird für einen befristeten Zeitraum zu einem Korridor individueller Zusatzentgelte führen, aber mit dem Fortschreiten des Systems – wir sprechen ja von einem lernenden System –, wird dieser Korridor deutlich geringer werden. Ich sage Ihnen, das ist der wichtigste Beitrag dieses Gesetzes für eine noch stärkere Akzeptanz des DRG-Systems.

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung): Grundsätzlich hat der Verband der privaten Krankenversicherung Verständnis für diese Änderung. Es geht darum, die Probleme der Selbstverwaltungsparteien zu entquälen und dem Ministerium stärkere Interventionsmöglichkeiten zu geben. Aber ich muss das, was Herr Gerdemann geäußert hat, unterstreichen. Es sei denn, und das wäre sehr wichtig, dass solche Ausgliederungen mathematisch wohl begründet sind. Es spricht aus unserer Sicht nichts dagegen, dass ein Krankenhaus, das ein Zusatzentgelt haben will, das sich in dem generellen Katalog nicht wiederfindet, diese Forderung mit Daten belegt. Das kann man generalisieren. Wir müssen dabei bleiben, das System mathematisch induktiv zu entwickeln und vom Verhandeln wegkommen, denn da verhandeln wir uns entweder krank oder ständig ist das BMGS beschäftigt.

Abg. Peter Dreßen (SPD): Ich habe eine Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen, vielleicht Herr von Stackelberg, und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Gibt es aus Ihrer Sicht Probleme durch die parallele Struktur aus Pauschalentgelten und tagesbezogenen Entgelten, die ja monetäre Anreize verstärken sollen, weil Entgelte für Leistungen außerhalb des DRG-Systems den Grundsatz der Beitragsstabilität gefährden können. Wenn ja, können Sie vielleicht noch ausführen, welche zusätzliche Regelungsbedarf Sie persönlich sehen?

SV Johannes-Magnus von Stackelberg (AOK): Herr Abgeordneter, allein die Ankündigung dieses Ausnahmetatbestandes in dem

Gesetzentwurf hat eine aus unserer Sicht sehr bedenkliche Entwicklung in Gang gesetzt. Viele Fachgesellschaften, die sich bisher darum bemüht haben, Vorschläge zu unterbreiten, wie sie mit ihren Problemen innerhalb des DRG-Systems eine Lösung herbei führen können, schreiben uns jetzt – und diese Briefe erreichen überwiegend das Institut, aber vereinzelt auch uns –, dass sie sich darauf freuen, dass ein Ausnahmetatbestand geschaffen würde und sie darauf hoffen, dass sie unter diesen Ausnahmetatbestand fallen. Das heißt, wer ernsthaft ein 100 %iges System will – und wir wollen das, weil wir von dem Mischsystem Abstand nehmen wollen –, der hat hier schon eine „Niederlage“ erlitten, da schon durch die Ankündigungseffekte die Bemühungen und die Motivation der Fachgesellschaften zwar nicht zusammengebrochen sind, aber doch einen erheblichen Dämpfer gekriegt haben.

Sie haben gefragt, wie es mit den monetären Auswirkungen ist. Nun, es kommt hinzu, dass es sich als Krankenhaus momentan „lohnt“, seine Leistungen in den Ausnahmbereich zu bekommen. Zukünftig wird es nämlich so sein, dass nur das DRG-System ganz konkret gesehen der Basisfall und an die Beitragssatzstabilität gekoppelt sein wird. Die Ausnahmbereiche machen auch da eine Ausnahme. Es ist sogar eine Kopplung derart vorgesehen, dass, wenn die Ausnahmbereiche über die Beitragssatzstabilität herüberschießen, das im Basisfall wird korrigiert werden müsste. Das heißt, es lohnt sich ökonomisch, Ausnahmbereiche zu machen.

Es wird von uns nicht bestritten, dass es bestimmte Ausnahmbereiche geben wird – das Tropeninstitut in Hamburg ist der typische Bereich dafür, wo man eine Ausnahme schaffen muss. Aber das Bemühen im System zu bleiben, sollte man vorwegschicken.

Ich möchte auch noch eines sagen. Mit Blick auf die Änderungsanträge des Bundesrates, wo die Ausnahmbereiche von den Länderbehörden festgesetzt werden sollen, sollte man wissen, dass der AOK-Bundesverband im letzten Jahr eine hohe Motivation hatte, das DRG-System mit einzuführen. Hier würde die Motivation des AOK-Bundesverbandes als letzter Spitzenverband, der die DRGs unterstützt, zusammenfallen. Ich halte das für eine Katastrophe. Wenn hier noch die Ausnahmbereiche von den Länderbehörden geschaffen werden und man in einem Land X etwas zur Ausnah-

me erklärt, was im Land Y keine Ausnahme ist, wäre das ein Systembruch. Wenn so etwas kommt, muss man sich ernsthaft die Frage stellen, warum man das DRG-System eingeführt hat, wenn man mit derartigen Ausnahmbereichen ein Mischsystem schafft, was die Mischung ja noch perfektioniert. Die Regelung, die wir uns vorstellen, heißt „Ausnahmetatbestände aufgrund der Daten im Institut entscheiden“.

Wir als Spitzenverbände haben eine Ausnahmeregelung vorgeschlagen, wonach die Summe der Ausnahmeregelungen finanziell auf 2 % begrenzt werden sollte. Man sollte auch sehen, dass, wenn man über Leistungen redet, auch über relevante Ausnahmen redet. Wir stellen uns eine Mindestzahl von Leistungen und des Weiteren vor, dass die Beitragssatzstabilität auch für den Ausnahmbereich gilt. Es darf sich für ein Krankenhaus und für einen Krankenhausträger nicht lohnen, Ausnahmbereiche zu beantragen, um dann zukünftig aus der Beitragssatzstabilität ausbrechen zu können. Das ist zwar erst zukünftig der Fall, aber trotzdem muss man schon jetzt sagen, das muss gekoppelt werden.

SV Jörg Robbers (DKG): Ich möchte versuchen, sehr präzise auf Ihre Frage zu antworten. Die Frage zielte ja darauf ab, ob durch die Ausnahmetatbestände letztlich der Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterlaufen werden kann. Das beantworte ich mit einem eindeutigen Nein. Erstens, für das Jahr 2004 ist das Budget neutral, das heißt, insoweit vereinbaren die Krankenhäuser im Prinzip ihr Budget weiter mit der Grundlohnsummenrate, sofern es keine Nullrunden gibt. Im Jahr 2004 passiert also nichts. Es hieß soeben von meinem Vordränger, es lohne sich zukünftig in die Ausnahmetatbestände zu gehen. Das ist nicht richtig. Es geht uns bei den Ausnahmetatbeständen nicht um ein Ausbüchsen aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Ausnahmetatbestände sind und müssen allein medizinisch und leistungsgerecht zugeordnet und orientiert sein. Es ist ja nicht so, dass sich bei den Ausnahmetatbeständen jeder selber herrausucht, was sich rechnet oder nicht. Ganz im Gegenteil, die Ausnahmetatbestände haben wir auf der Bundesebene vorzugeben. Und wenn wir uns nicht einigen, macht das das BMGS. Das ist Schritt eins. Das heißt also, es kann auch durch die Selbstverwaltung verantwortlich gesteuert werden, was ausnahmefähig ist und was nicht.

Der zweite Gesichtspunkt ist, wenn ich einen Ausnahmetatbestand habe, dann muss ich den vor Ort mit vorgelegten Kalkulationen verhandeln, weil diese medizinischen Ausnahmetatbestände auch vom Grundsatz der Leistung und der Kalkulation dieser Leistungen bestimmt sein müssen. Daher meinen wir, es sind genug Sicherheiten eingebaut, dass auch dort der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sachgerecht mit in diese Verhandlungen einfließt.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe zum gleichen Sachverhalt eine Nachfrage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Verband der privaten Krankenversicherung. Sie haben gerade dargestellt, welche Anforderungen Sie an die Ausnahmetatbestände haben. Nun ist es so, dass der Gesetzentwurf und die Verlagerung der Regelungskompetenz vom Bund auf die Länder im Bundesrat und in seinen Ausschüssen diskutiert wird. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu schon Stellung genommen, aber Sie haben das in Ihrer Antwort ausgespart.

SV Jörg Robbers (DKG): Frau Abgeordnete, Sie gehen vermutlich auf das mir bekannte Papier ein, aus dem hervorgeht, dass der Gesundheitsausschuss des Bundesrates die Vorstellungen hat, dass die Einrichtungen auf der Landesebene festgelegt werden.

Ich würde das einmal etwas sibyllinisch beantworten. Nach meiner Auffassung ist die Priorität auf die Selbstverwaltungsebene zu legen. Die Selbstverwaltung ist selbst in der Lage, verantwortungsbewusst nach den nunmehr vorliegenden Änderungsvorstellungen, in einem sach- und fachgerechten Katalog vorzulegen, was noch nicht abgebildet werden kann, bzw. was den Zusatzentgelten zugeführt werden muss. Daher darf ich an dieser Stelle noch einmal einflechten, der bisherige Text, bezogen auf die Jahre 2003 und 2004, reicht uns nicht aus. Dort muss das Wort „sachgerecht“ aufgenommen werden. Je mehr wir als Selbstverwaltung auf der Basis des Gesetzes eine Transparenz darlegen, nämlich einen Katalog, in dem aufgeführt ist, welche Leistungen noch nicht verantwortbar abgebildet werden können und welche zusatzentgeltfähig sind, desto weniger müssen die Länder selbst regeln. Das ist mit dem jetzigen Gesetzestext noch nicht erreicht. Wenn sie das aber durch die

Einfügung des Wortes „sachgerecht“ für den Zeitraum 2003 und 2004 verankern, geht das Interesse der B-Länder oder anderer Länder an einer Regelungskompetenz, das selbst festzulegen gegen Null, weil ich alle relevanten Gebiete habe. Insoweit würde ich bitten, das Gesetz zu ändern und das Signal auf Vorfahrt für die Selbstverwaltung zu stellen.

Es ist die Frage, ob es notwendig ist, eine besondere Länderkompetenz zu haben. Darüber kann man streiten. Es spricht viel dafür. Ich bin ein Vertreter der Selbstverwaltung und hoffe, dass wir mit einem geänderten Gesetz die notwendige Leistungstransparenz auf der Selbstverwaltungsebene erreichen.

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung): Die Übertragung in die Länderkompetenz würde letztlich, wenn man das genau durchdenkt, das DRG-System sprengen und im Weiteren ganz ungewohnte Effekte haben können, da die Definition der Länderkompetenz nicht mehr regelgesteuert wäre, sondern anderen, z. B. ökonomischen Regeln folgen könnte. Es könnten dadurch auch ganz verheerende, neue Patientenströme fließen, die auch spezifisch ökonomisch motivierten Auswahlverfahren unterlägen. Das kann nicht im Sinne des Systems sein.

Abg. Erika Lotz (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an ver.di. Im Fallpauschalenänderungsgesetz ist eine Regelung vorgesehen, die die Kompetenz des BMGS stärkt, um sicherzustellen, dass weitere denkbare Entscheidungsblockaden der Selbstverwaltung verhindert werden. Ist diese Regelung ihrer Meinung nach ausreichend?

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Ich bitte die Vertreter des BMGS um Entschuldigung – was ich jetzt sage, könnte missverstanden werden. Ich möchte sagen, dass Ersatzvornahmen keine Garantie für Qualität sind. Das kann man am Fallpauschalenkatalog 2003 sehen, wobei ich jetzt nicht die Leute kritisieren möchte, die das gemacht haben. Die Daten waren schlecht und insofern gibt es Probleme mit dem jetzigen Katalog.

Das, was an Erweiterung der Handlungsfähigkeit des BMGS vorgesehen ist, geht nach unse-

rer Meinung in die falsche Richtung. Ich darf in Erinnerung rufen, dass das BMGS demnächst die Kompetenz erhalten soll, Ersatzvorhaben vorzunehmen, auch ohne dass die Selbstverwaltungspartner das Scheitern erklärt haben. Das ist eine sehr weit gehende Kompetenz. Der Vorschlag sieht auch noch vor, dass das BMGS für seine Ersatzvornahme das InEK, das Selbstverwaltungsinstitut, einsetzen kann, ohne dass die Träger dieses Instituts über die Inhalte, über die Arbeitsweise etc. mitbestimmen können. Es ist also eine ganz einseitige Nutzung dieses Instituts durch das BMGS.

Was wir uns gewünscht haben, ist nicht eine Stärkung des BMGS, sondern eine Stärkung der Selbstverwaltung. Hier gäbe es verschiedene Möglichkeiten, wie man die Blockadesituation, die heute sehr schnell eintreten kann, weil selbst das kleinste I-Tüpfelchen durch einvernehmliche Entscheidungen entschieden werden muss, auflöst. Ein Mittel wäre – und das stand ja auch schon einmal in dem Arbeitsentwurf oder Referentenentwurf des Fallpauschalenänderungsgesetzes –, dass qualifizierte Mehrheitsentscheidungen zugelassen werden und dass z. B. ein Schlichtungsverfahren unter Beteiligung des BMGS ermöglicht wird oder zusätzlich auch, dass man versucht, die Arbeit des InEK zu stärken, indem es die Kompetenz erhält, Vorlagen zu erbringen, ohne dass ein detaillierter Auftrag seitens der Selbstverwaltungspartner vorliegt. Also wir können uns durchaus Möglichkeiten vorstellen, die partielle Blockadesituation, wie sie heute besteht, aufzulösen. Das muss aber in der Selbstverwaltung geschehen und nicht durch mehr Kompetenz des BMGS.

SV Johannes-Magnus von Stackelberg (AOK): Wenn Sie erlauben, ergänze ich die Ausführungen von Herrn Gerdelmann, womit ich mich auch von seinen Argumenten abgrenzen möchte.

Das BMGS ist durch die Ersatzvornahme letztlich in einer Schiedsamtsfunktion vorgesehen. Und man könnte sehr wohl bei der Einführung des Systems darüber diskutieren, ob man das einer Person überlassen sollte. Das Schiedsamt hat letztlich ein sehr honorierter, von mir sehr geachteter Schiedsamtsvorsitzender, ein pensionierter Richter, inne. Aber es läuft ja im Schiedsamt so, dass der neutrale Vorsitzende zwar noch zwei Beisitzer hat, aber

die Entscheidung in der Regel selber treffen muss. Ob es richtig, das einer Person zu übertragen, darüber kann man lange diskutieren.

Nun sehen wir als Spitzenverbände eine Entwicklung, die sich auch in den Entwürfen zum GMG niederschlägt, nämlich dass die Selbstverwaltung zunehmend durch die Verwaltung des BMGS, durch die Administration, ausgehebelt wird. Diese Frage hat Herr Gerdelmann aus meiner Sicht ausreichend beantwortet. Man kann aber sehr wohl noch lange diskutieren, ob die Zeit für ein Schiedsamt schon jetzt reif ist oder erst in der nächsten Runde. Das ist eine sehr ernsthafte Frage, in wie weit man das auf Dauer im BMGS belässt.

Ich kann es schon verstehen, dass nach den Erfahrungen der letzten Runde einfach gesagt wird, die Zeit, die das BMGS im letzten Jahr hatte, ist für so eine Aufgabe zu kurz. Deswegen verstehe ich es auch, dass wir als Selbstverwaltung Fristen gesetzt bekommen, die wir dann zu erfüllen haben und nach der Frist eine neutrale Stelle entscheidet. Wofür ich und die anderen Spitzenverbände überhaupt kein Verständnis haben ist, dass selbst bei Einigung der Selbstverwaltung, das BMGS diese Entscheidung kippen kann. Wir haben uns in der Selbstverwaltung auf ein Regelwerk verständigt bzw. sind noch dabei uns zu verständigen. Ich frage mich, nach welchen Kriterien sich das BMGS richten will. Das kann doch nur nach dem Kriterium sein, wer am lautesten schreit, bekommt recht. Oder wonach wird da entschieden?

Insofern bitte ich sie herzlich, wenn schon eine Einigung vorliegt, dass dann die Selbstverwaltung das BMGS toppen kann. Ich bitte herzlich, die von mir kritisierte Ausnahme herauszunehmen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Herr Robbers und Herr Weisbrod-Frey, Sie können in der zweiten Fragerunde noch zu der Frage Stellung nehmen. Wir kommen jetzt zu den Fragen der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassen und nimmt auf die aktuelle Entwicklung Bezug. Ich möchte fragen, von wie vielen Fällen gehen Sie aus, in

denen es aufgrund von überwiegend von dem Krankheitsverlauf her geprägten, schwer abbildbaren Leistungen bei nicht unter die Optionsmöglichkeiten fallende Krankenhäusern zu einer nicht sachgerechten Vergütung mit dem DRG-System kommen kann. Nennen sie bitte Beispiele für Abteilungen oder Erkrankungsarten, wie z. B. neurologische Frührehabilitation oder Kinderherzchirurgie, wo das eine Rolle spielen könnte.

SV Dr. Bernhard Rochell (Bundesärztekammer): Wir rechnen damit, dass 20 bis 30 % der Leistungen an den deutschen Krankenhäusern nicht korrekt über dieses System abgebildet werden können. Die Schwachstellen dieses Systems liegen insbesondere in der Intensivmedizin, der Frührehabilitation, der Dermatologie, der Pädiatrie und der Kinderchirurgie. Im onkologischen Bereich haben wir ganz massive Schwachstellen bei multimodalen Therapiekonzepten. Diese können nicht aus dem Stand in dieses Einheitssystem gepresst und darüber abgebildet werden. Wir sehen große Abbildungsprobleme in bestimmten Bereichen der Transplantationsmedizin. Bei der Unfallchirurgie ist die Polytraumabehandlung ein wesentlicher Schwachpunkt. Wir haben Defizite, wenn Patienten zusätzliche Behinderungen haben, die ihrerseits in die Kliniken einen besonderen Aufwandstatbestand darstellen. Auch bei chronisch Erkrankten in der Rheumatologie haben sich Probleme gezeigt.

Wir sind dabei, dies in bestimmten Praxisprojekten aufzuarbeiten. So haben wir von acht verschiedenen Fachgesellschaften eine Praxisrevolution gemacht. Die detaillierten Endauswertungen werden in diesem bzw. im nächsten Monat veröffentlicht.

Ich möchte darauf hinweisen, dass sich die Fachgesellschaften und die Ärzteschaft sehr wohl in diesem System bewegen wollen und nicht von vornherein Ausflüchte suchen. Wir arbeiten darauf hin, möglichst viele der Leistungen über das DRG-System abschließend abbilden zu können.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Herr Dr. Faust, ich möchte eine kurze Nachfrage stellen. Meinen sie den gestrigen Kompromiss im Bundesrat oder das zukünftige System?

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich meine das allgemein, aber auch in Bezug auf den inzwischen bekannt gewordenen Kompromiss im Bundesrat. Ich möchte von Ihnen eine Einschätzung, wie sich der gestrige Kompromiss auswirkt.

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Herr Dr. Faust, wir haben die Anhörung zum Gesetzentwurf. Wir wissen noch nicht, was der Vermittlungsausschuss endgültig beschließt. Ich denke, wir sollten da nicht vorgehen.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Ich kann nahtlos an das anschließende, was Herr Dr. Rochell gesagt hat. Wir sind in einer Situation, in der wir eine sogenannte Haushalts- oder eine Problemliste in der Selbstverwaltung haben, die durch das InEK erstellt wird. In diese Liste gehen alle Meldungen bis zum 31. März 2003 ein. Welche Leistungen müssen ins DRG-System eingepflegt werden? Welche Leistungen können noch nicht sachgerecht eingepflegt werden und welche mit Zusatzentgelte bieten sich an? Diese Liste muss im Augenblick durch die Selbstverwaltung abgearbeitet werden. Deren Abarbeitungsverständnis hängt weitgehend von der Ausgestaltung dieses Gesetzes ab, denn ich gehe davon aus, dass dieses Gesetz am 01. Juli 2003 in Kraft treten soll. Das ist sozusagen der Höhepunkt des Zeitpunktes der Selbstverwaltung, diese Kataloge festzulegen. Wir plädieren nachdrücklich dafür, auch noch für die Jahre 2003 und 2004 die Nicht-Sachgerechtigkeit als Kriterium zu nehmen. Der Katalog wird sich letztlich danach richten, wie diese Formulierung endgültig ausfällt.

Ich sehe mich leider im Augenblick außer Stande, Ihnen eine valide Zahl dazu zu nennen, welche Leistungen noch nicht richtig erfasst werden können. Insofern darf ich Ihr Augenmerk auf Seite 13 des vorliegenden Entwurfs lenken, dort sind die kritischen Bereiche angesprochen worden. Da kann man sicherlich noch den einen oder anderen Bereich hinzufügen.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Uns geht es mehr um das Verfahren. Man kann nicht im Vorhinein sagen, welche Bereiche,

welche Krankheitsarten das sein werden. Wir müssen abwarten, wie die Datenlage ist. Was wird bei dem Berechnungsschema, dass das InEK durchführt, durch den Rost fallen? Dann werden wir genau wissen, wie viele Ausnahmemöglichkeiten nötig oder für welche Bereiche sachgerechte Vergütungen nicht feststellbar sind.

Das ist in der Sache selbst kein Problem, denn wir alle gehen davon aus, dass wir uns in einem lernenden System befinden und dass am Anfang Lücken bestehen, die im Laufe der Zeit gefüllt werden müssen. Das Problem und die Unterschiede in der Auffassung bestehen darin, wie man diese Lücken füllt. Da ist unser Petition, dass man auch für die Bereiche, wo es keine sachgerechten Vergütungen gibt, eine Pauschale, ein Preissystem handhabt und dort keine krankenhausindividuellen Entgelte zulässt. Das ist der Unterschied in den Auffassungen.

Abg. **Matthäus Strebl** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter und an den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die ersten Erfahrungen mit dem DRG-System zeigen, dass zahlreiche Leistungen nicht sachgerecht mit Fallpauschalen abgebildet oder auch vergütet werden können. Ist dies Ihrer Auffassung nach ein vorübergehendes Problem oder gibt es Leistungen und Einrichtungen/Häuser- wie bei der gewerblichen Berufsgenossenschaft- die auf Dauer nicht in das Fallpauschalensystem einzubinden sind?

SV **Dr. Friedrich Mehrhoff** (Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter): Wir sehen ein langfristiges Problem darin, dass sehr viele Behinderungen, mit denen Menschen ins Krankenhaus kommen, nicht in dem DRG-System abbildbar sind.

Darüber hinaus wird es auch bei der Frührehabilitation sehr schwierig sein, kurzfristig Lösungen zu entwickeln. Wir haben schon lange versucht, auch unter den Selbstverwaltern der Sozialversicherung, Lösungen zu erarbeiten. Es entspricht nicht dem deutschen DRG-System, das australische System eins zu eins zu übersetzen. Das australische hatte die Frührehabilitation nicht in ihrem DRG-Katalog. Insoweit braucht es etwas länger, diese

Schutzkonstellation im DRG-System abzubilden.

SV **Dr. Hubert Erhardt** (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaft): Wir haben mit drei berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken an der Kalkulationsphase teilgenommen und waren jetzt auch wieder beteiligt. Wir berechnen auch das ganze Jahr über parallel, also sowohl nach DRG-System, als auch nach tagesgleichen Pflegesätzen, so dass wir dem InEK und der Politik jederzeit alle Daten über den Bereich der Schwerstverletzten liefern können. Etwa 50 % der Schwerbrandverletzten-Betten und der Querschnittgelähmten-Betten sind in den neuen berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken.

Wir haben in der Kalkulationsphase letztes Jahr aus unserer Sicht den Nachweis erbracht, dass sich derzeit Querschnittgelähmte und Schwerbrandverletzte, sowie Polytraumatisierte in dem jetzigen Fallpauschalensystem nicht darstellen lassen. Wir sind auch der Auffassung, dass es darum geht, in einem lernenden System möglichst alle Bereiche nach und nach mit Fallpauschalen abzudecken. Wir sehen aber im Moment bereits massive Gefährdungen für die beiden von mir aufgeführten Bereiche. Da gibt es Einrichtungen, die sich schon jetzt Betten abbauen, weil sie diese Patienten in nächster Zeit nicht wiedergespiegelt sehen. Das liegt daran, dass wir bei Querschnittgelähmten schon in der Akutphase einen hohen Anteil von Frührehabilitationen haben, was wir überhaupt nicht im OPS und im ICD-10-Schlüssel darstellen können.

Wir haben von den Kliniken die Mitteilung bekommen, dass 100 % unserer Daten richtig waren, aber nur 74 % übernommen worden sind. Für uns lag es nahe, dass wir mit unseren Schwerstverletzten über 30 % höher als der Durchschnitt lagen und dass deshalb unsere Daten gar nicht eingeflossen sind. Deshalb haben wir jetzt auch angeregt, damit Strukturen nicht zerschlagen werden und man Zeit, hat sich damit intensiv zu befassen – es muss auch möglich sein, nach und nach möglichst viele Gruppen in Fallpauschalen abzubilden –, zunächst die Querschnittgelähmten, Schwerbrandverletzten und Polytraumatisierten aus den Fallpauschalen heraus und in den Ausnahmekatalog hinein zu nehmen. Und gleichzeitig muss man sich überlegen, wie man mit Einrichtungen, in denen praktisch nur

Schwerstverletzte untergebracht sind und die dadurch gar keinen Ausgleich über einen Case-Mix haben, und die auch ausdrücklich aus dem Fördermittelkatalog ausgenommen sind, umgeht. Diese Einrichtungen werden alleine aus Arbeitgebermitteln finanziert. Selbst Bundesländer sind nicht berechtigt, Fördermittel zu geben. Das führt natürlich häufig bei den Arbeitgebern zur Diskussion, ob diese BG-Unfallkliniken nicht für Patienten nach dem SGB V geschlossen werden sollten. Das ist eine heftige Diskussion, die in der Selbstverwaltung umgeht und deshalb haben wir vom Hauptverband die Anregung dargelegt, diese neuen Unfallkliniken – wie es in der Vergangenheit der Fall war – aus dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung herauszunehmen. So war es bis zum 31. Dezember 2002 und die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen haben diese Einrichtungen gerne für einen ganz kleinen Teil ihrer Schwerstverletzten genutzt.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer: Ist eine Beibehaltung des ursprünglichen Zeitplanes für die Einführung des Fallpauschalensystems vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen mit der Erstellung und Anwendung des deutschen DRG-Systems angebracht oder sollte hier eine Änderung vorgenommen werden? Diese Frage stelle ich vor dem Hintergrund, dass die Kosten für die Aus- und Weiterbildung in Krankenhäusern überwiegend aus den Fallpauschalen finanziert werden sollen. Droht hier die Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser und deren Rückzug aus der Aus- und Weiterbildung? Welche Änderungen sehen Sie dort?

Abschließend eine Zusatzfrage an den Verband der Krankenhausdirektoren. Wie stehen Sie in diesem Zusammenhang zu der Ausbildung der Operationstechnischen Assistenten?

SV **Dr. Bernhard Rochell** (Bundesärztekammer): Zunächst zum Zeitplan der Umsetzung der DRG-Einführung. Wir halten das Fallpauschalenänderungsgesetz mit seinen Öffnungen für dringend notwendig, damit der Zeitplan überhaupt gehalten werden kann. Mit der Konvergenzphase ab 2005 wird angestrebt, das System stufenweise ökonomisch scharf zu schalten. Das bedeutet, dass das System die Leistungswirklichkeit an deutschen Kranken-

häusern in allen Facetten gerecht abbilden muss. Während dieser massiven Umverteilungsphase ab 2005 muss es auch gerechte Gewinner und Verlierer geben. Diese Voraussetzung sehen wir ohne die weiteren Öffnungen nicht für umsetzbar.

Wir haben in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass wir ohnehin Probleme sehen bei der Umsetzung des Zeitplans. Auch die Grundsätze der Umverteilung sollten vor dem Hintergrund des Kostendrucks, den wir im Gesundheitssystem haben, diskutiert werden. Zu fragen ist beispielsweise, ob die beabsichtigte Umverteilung zwischen den aus dem Blickwinkel des DRG-Systems effizient erscheinenden Häusern zu Ungunsten der ineffizient erscheinenden Häuser richtig ist. Sind hier die Anreize richtig gesetzt?

Zu überlegen ist auch, ob wir nicht aus diesem System Mittel benötigen, um Leistungsverlagerungen aus dem Krankenhausbereich in andere Versorgungsbereiche oder umgekehrt sachgerecht gegen zu finanzieren. Die Wechselwirkungen dieses Systems sind aus unserer Sicht noch völlig unzureichend gesetzlich berücksichtigt. Hier muss dringend eine Nachbesserung erfolgen. Insofern müsste man den Zeitplan nochmals diskutieren. Wir haben vorgeschlagen, das im Rahmen dieses Fallpauschalenänderungsgesetzes zu tun.

Zu der Frage der Weiterbildung: Hier sehen wir das große Problem, dass die Ausbildungsfinanzierung der Gesundheitsfachberufe im bisherigen Gesetz sehr wohl berücksichtigt ist. Dies trifft jedoch nicht auf die ärztliche Weiterbildung an den Krankenhäusern zu. Wir haben große Befürchtungen, dass zu dem derzeitigen Ärztemangel noch ein fachlicher Weiterbildungsmangel hinzu kommt. Hier sollten möglichst auf Landesebene Möglichkeiten geschaffen werden, den Weiterbildungsbedarf nach den Notwendigkeiten der regionalen Versorgung zu unterstützen. Es darf nicht dazu kommen, dass Krankenhäuser, die weiterbilden, in diesem System zu Verlierern und Weiterbildungsassistenten zum finanziellen Klotz am Bein des Krankenhauses werden. Hier bitten wir dringend um Nachbesserung.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Da der Verband der Krankenhausdirektoren nicht vertreten ist, möchte ich meine Frage zu den

Assisten an den Verband der Universitätskliniken richten.

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V.): Wir sehen das Problem genauso wie Herr Rochell. Wir sehen hier dringend einen Reglungsbedarf, der sich an das Beispiel des amerikanischen Praktizierens von DRG-Systemen anlehnen könnte. Dort bekommen Krankenhäuser, die Weiterbildungsaufgaben wahrnehmen, spezielle Zuschläge in eng umrissener Form. Dies ist für den damit verbundenen Mehraufwand unerlässlich. Würden wir z. B. zu 80 oder 90 % Fachärzte einsetzen, erhöhten wir die Effektivität und den Standard unserer Versorgung. Aber wir kämen mit den anderen Aufgaben nicht mehr nach. Werden hier keine finanziellen Anreize durch entsprechend sachgerechte differenzierte Regeln gesetzt, ist die eben skizzierte Entwicklung zu befürchten.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die DKG, den Deutschen Städtetag und die Bundesärztekammer: Wie könnte nach Ihrer Auffassung sichergestellt werden, dass die Entwicklung der Personalkosten im Krankenhausbereich im Fallpauschalensystem in Zukunft angemessen berücksichtigt werden?

SV Jörg Robbers (DKG): Ich möchte noch einen Satz zum Beruf des Operationstechnischen Assistenten sagen. Diese absolut bedarfsgerechte Berufsform ist die am meisten unterschätzte Möglichkeit der Aus- und Weiterbildung. Es wäre wünschenswert, wenn man die Berufsform in diesem Gesetz oder einem anderen Gesetzen legitimieren und auch finanzieren würde.

Nun zur Frage bezüglich der Personalkostensituation. Darauf kurz zu Antworten ist schwer. Das DRG-System muss dazu führen, dass leistungsgerechte DRG's auf Grund der tatsächlich anfallenden Kosten zukünftig richtig erfasst werden. Ich habe persönlich noch meine Zweifel, ob wir die echten Personalkosten einschließlich Zusatzversorgung richtig erfassen. Das ist eine Aufgabe des Kalkulationshandbuches und wir achten sehr darauf, dass die Refinanzierung der vollen Personalkosten im DRG-System erfolgt. Wir richten unseren Augenmerk darauf, aber ich kann Ihnen in der

Kürze der Zeit nicht die Schwachstellen schildern.

SVe Ingrid Robbers (Deutscher Städtetag): Es ist auch unser Wunsch, dass die Personalkosten in den DRG's sachgerecht abgebildet werden. Für die kommunalen Krankenhäuser gibt es hier ein spezielles Problem. In der Regel sind wir an die Tarifverträge gebunden, soweit nicht jemand aus dem Tarifvertrag ausgetreten ist. Unsere Forderung ist schon seit langem, dass es einen speziellen Tarifvertrag für Krankenhäuser gibt, der die Besonderheiten berücksichtigt. Diesbezüglich verhandeln wir mit dem Verband der kommunalen Arbeitgeberverbände. Wir haben den Eindruck, dass jetzt der Einstieg zwischen ver.di und dem VKA gefunden worden ist, auf der Basis eines Rahmentarifvertrages spezielle Regelungen für Krankenhäuser aufzusetzen. Hier müssen unserer Meinung nach die Besonderheiten Einfluss finden.

Ein weiteres Problem für die kommunalen Krankenhäuser stellt die Zusatzversorgung dar. Hier waren die kommunalen Krankenhäuser erheblich belastet, so dass sie nicht mit privaten Krankenhäusern konkurrieren konnten, die diese Lasten nicht tragen müssen. Die kommunalen Häuser fühlen sich durchaus wettbewerbsfähig mit den privaten Krankenhäusern. Sie wollen keine Sonderstellung, aber sie wollen eine Gleichstellung haben. Wir finden die Forderung berechtigt, dass die Nachteile, die durch die Tarifverträge für die kommunalen Krankenhäuser z. Zt. bestehen, in der Zukunft beseitigt werden.

SV Dr. Bernhard Rochell (Bundesärztekammer): Ich möchte ergänzend auf die Arbeitszeitproblematik an den deutschen Krankenhäusern hinweisen. Hier sind wir uns vielfach einig, dass das Bundesarbeitsgericht anders gesprochen hätte, wenn wir als Gegenpartei eine öffentliches Krankenhaus gehabt hätten. Wir haben ein Riesenproblem unbezahlter Überstunden - das sollte möglichst schnell korrigiert werden. Natürlich ist das ein Problem, was auch das Fallpauschalenänderungsgesetz etwas überschreitet. Wir haben hier Vorschläge für § 6 Abs. 5 der Bundespflegeverordnung gemacht. Vorbereitend wurde bereits ein Ansatz von Seiten des Gesetzgebers geschaffen.

Die Tarifverträge müssen bei der Weiterentwicklung des DRG- Systems ebenfalls berücksichtigt werden, insbesondere bei der Festlegung der Basisfallwerte auf Landesebene. Im bisherigen Gesetz ist dies viel zu unpräzise gefasst. Wir haben deshalb in unserer Stellungnahme vorgeschlagen, die Berücksichtigung der Tarifverträge im § 10 des Krankenhausentgeltgesetzes klarer zu verankern.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an ver.di, den Deutschen Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Die Umstellung der Ausbildungsfinanzierung soll auf den 01. Januar 2005 verschoben werden. Was spricht nach Ihrer Ansicht für und was gegen eine solche Verzögerung? Wie wird sich die Verzögerung auf die Zahl der Ausbildungsplätze auswirken?

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Das Gesetzgebungsverfahren hat nur auf den ersten Blick nichts mit den Ausbildungsplätzen und der Ausbildungsplatzentwicklung zu tun. Eine Verschiebung lädt aber geradezu ein, weiter am Ausbildungsplatzabbau festzuhalten. Wir sehen mit Sorge, dass seit 1997 etwa 10 % aller Ausbildungsplätze in den Krankenhäusern abgebaut worden sind - und die Zahl steigt weiter. An die Ausbildung, die eine in die Zukunft reichende Frage für die Krankenhäuser ist, muss mit der selben Sorgfalt herangegangen werden, wie an die Entwicklung des Fallpauschalensystems. Wir haben aus diesem Grund wenig Verständnis für die Verschiebung und bitten Sorge zu tragen, dass nicht zu weiterem Ausbildungsabbau eingeladen wird.

Sve Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat): Die Verschiebung um ein Jahr hört sich sehr gering an und man könnte meinen, dass wir keine Kritik daran üben müssten. Ich sehe aber ein großes Problem auf die Pflege zukommen. Das, was eben von Herrn Weisbrod-Frey angesprochen wurde, wird sich massiv verschärfen. Wir haben seit dem Jahr 2000 ein Ausbildungsplatzverlust von 20 %. Das heißt, wir liegen heute bei rund 950 Ausbildungsstätten. Es ist zu erwarten, dass wir in den nächsten zwei Jahren durch den Abbau von Akutbetten, durch die Kostensanierungen der Krankenhäuser noch einen weiteren Abbau von Ausbildungsplätzen von 20 % haben wer-

den. Es ist kontraproduktiv, in einem Wachstumsmarkt, den wir jetzt zu erwarten haben und wo Fachkräfte der Pflege gebraucht werden, auf diesem Weg Ausbildungsplätze zu verlieren.

Darüber hinaus müssen wir deutlich sagen, dass sich die Infrastruktur für eine praktische Ausbildung durch diese Einführung der DRG's massiv verschlechtern wird. Wir haben eine Fallzahlsteigerung und eine Steigerung der Pflegeintensität. Meine Vorredner haben bereits angesprochen, dass die Schwerstpflege im Krankenhaus akut zunehmen wird. Hier benötigen wir entsprechende Fachkräfte.

Ich kann sie nur dazu auffordern, dieser Verschiebung nicht zuzustimmen. Es ist eine Diskriminierung der Pflege, wenn man auf diesem Wege die Ausbildung auf einem solchen Verschiebebahnhof abstellt.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Meine Antwort deckt sich nicht mit der Antwort meiner Vorrednerin Frau Müller. Wir halten diese Verschiebung insoweit für sachgerecht, weil vorher eine einwandfreie technische Umsetzung nicht möglich wäre. Wir haben keine Bedenken für die vorgesehene gesetzliche Ausgestaltung.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die zweite Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Zur flächendeckenden DRG-Einführung zum 01. Januar 2004 wird ein Großteil der Krankenhäuser nicht über genügend Budgetvereinbarungen verfügen. Welche Lösungsmöglichkeiten stellen Sie sich vor, damit der entgeltlich flächendeckende Umstieg der Krankenhäuser nicht verzögert wird.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir hoffen, dass es genügend Budgetabschlüsse geben wird. Selbstverständlich gehen auch wir nicht davon aus, dass es 100 % sein werden, so dass man eine Lösung finden muss. Wir haben den sogenannten technischen Basisfallwert vorgeschlagen, der als eine Abschlagsregelung verwendet kann, um keine Lücken auftreten zu lassen.

SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Es trifft zu, dass ein Großteil, vielleicht auch der größte Teil der Krankenhäuser, für dieses Jahr noch keine Budgetabschlüsse hat. Das hängt mit dem Verfahren zum 12. SGB V-Änderungsgesetz zusammen. Hier sind rund 800 Krankenhäuser in der Warteschleife und wir hoffen, dass sich das für das Jahr 2004 nicht wiederholt.

Es ist Aufgabe der Selbstverwaltung, sich schnell für das System 2004 zu entscheiden. Falls es sachlich unüberbrückbar ist, muss rechtzeitig das Scheitern erklärt werden, damit das BMGS ausreichend Zeit hat, mit dem InEK ein System zu entwickeln. Der Zeitplan der Selbstverwaltung ist meiner Meinung nach so programmiert, dass für die Krankenhäuser für das Jahr 2004 rechtzeitig ein anwendungsreifes DRG-System präsentiert werden kann. Wir wollen nicht wieder in diesen unsäglichen Zustand zwischen halb abgelaufenem Jahr und noch nicht vorliegender Budgetabschlüsse kommen. Diesen Zeitraum wollen wir zurückschrauben.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN): Ebenfalls noch eine Frage an den Vertreter der Spitzenverbände und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Es gibt von verschiedenen Seiten Widersprüche zu Einbeziehung der berufsgenossenschaftlichen Kliniken in das DRG-System. Wir haben das auch vorhin vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften gehört. Ich frage Sie, welche Gründe sprechen Ihrer Ansicht nach dagegen, diese Berufsgenossenschaften herauszunehmen?

SV Johannes-Magnus von Stackelberg (AOK): Erlauben Sie ein weiteres Mal, dass ich noch auf Ihre vorherige Frage etwas sage. Die vorherige Frage bezog sich auf den technischen Basisfallwert. Wir haben es durchaus begrüßt, dass die Bundesregierung das DRG-System geschmeidiger machen will. Der Hauptpunkt wäre, dass man auch wirklich einen Einstieg möglich macht. Sie wissen, dass grundsätzlich im Gesetz prospektive Verhandlungen vorgeschrieben werden. Es ist aber leider in der Praxis nicht immer so, wie es das Gesetz vorsieht. Ich möchte das jetzt nicht vertiefen, aber wir haben einzelne Landesbereiche, die verhandeln jetzt noch die Budgets von vor zwei Jahren.

Wenn man den technischen Basisfallwert nicht einführt, wird im Jahre 2004 kein flächendeckender Einstieg in das DRG-System möglich sein. Das heißt, der Hauptpunkt zum Lauffähigmachen in diesem Gesetz fehlt. Es ist der technische Basisfallwert, der gebraucht wird, um den Häusern, die noch keine genehmigten Budgets haben, den DRG-Einstieg überhaupt zu ermöglichen. Wenn Sie das nicht machen, sind diese Häuser draußen. Dann fehlt Ihnen ein Großteil der Krankenhäuser.

Es ist ein Vorschlag des AOK-Bundesverbandes, der von den Spitzenverbänden und inzwischen auch von der Krankenhausesseite aufgenommen worden ist, in dem Formular E1 noch weitere Angaben vorzusehen, die die Berechnung des Basisfallwertes ermöglichen. Das ist für diejenigen Krankenhäuser, die zwar prospektiv verhandeln wollen, aber den Zeitpunkt 01.01. nicht so ganz geschafft haben.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Bezüglich der Einbeziehung der berufsgenossenschaftlichen Kliniken und den rechtlichen Widersprüchen kann man durchaus Zweifel haben, ob das rechtlich alles so in Ordnung ist, aber wir brauchen die berufsgenossenschaftlichen Kliniken und insofern muss es eine Regelung geben. Es ist natürlich die Frage, ob man so viel Aufwand betreiben muss, um das zu regeln. Wir würden bezüglich des Zustandekommens der Vereinbarungen ein vereinfachtes Verfahren vorschlagen. Und das wäre das Thema, was Herr von Stackelberg gerade schon angesprochen hat, nämlich, dass man auf ein Verfahren des technischen Basisfallwertes übergeht. Soweit ich informiert bin, unterliegen z.B. die Berufsgenossenschaften nicht der Krankenhausbuchführungsverordnung. D. h., die Bereitstellung von Daten, die notwendig wären, ist hier sehr aufwendig und da ist natürlich die Frage, ob Aufwand und Ergebnis im Verhältnis stehen. Man müsste hier ein vereinfachtes Verfahren suchen.

SV Jörg Robbers (DKG): Frau Selg, keine einfache Frage. Was die Grundproblematik der berufsgenossenschaftlichen Kliniken anbelangt, hat einer der Vorredner die Leistungsfelder genannt, weshalb hier keine zwingende Anwendung des DRG-Systems geboten ist. Das ist unsere Einlassung zum § 6, dass wir

die Aufgabenfelder genau festlegen. Und deswegen sage ich, das Wort „sachgerecht“ ist entscheidend für 2003 und 2004, damit man sagen kann, diese Leistungsfelder sind nicht abbildbar und somit können Krankenhäuser, die diese Leistungsfelder abdecken, noch nicht durch das DRG-System erfasst werden.

Ich sehe zudem, dass durch die beabsichtigte Formulierung des § 6 Abs. 1, auch Einrichtungen oder besondere Einrichtungen herausgenommen werden können. Und ich würde es begrüßen, wenn in dem Gesetzestext bzw. in der Begründung eindeutig festgestellt wird, dass Häuser, die diese noch nicht abgebildeten Leistungsfelder haben, bis auf Weiteres nicht im DRG-System und durch das DRG-System erfasst werden.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich würde gerne Herrn Robbers, Herrn Westphal, die Krankenkassenvertreter und Herrn Strehl fragen. Ich sagte schon, dass bei der Anwendung der Fallpauschalen verkürzte Liegezeiten entstehen und die Anschlußverlagerung sehr häufig in den ambulanten Bereich erfolgt. Welche begleitenden Maßnahmen halten Sie im Zusammenhang mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz für dringend notwendig, die wir auf den Weg bringen sollten?

SV Jörg Robbers (DKG): Wir haben eine eindeutige Vision, dass wenn ein Patient eingewiesen wird, wir nach dieser Einweisung den Patienten so lange behandeln können sollten und müssen, bis sein Genesungsgrad als positiv einzustufen ist. Wir halten es für nicht richtig, dass wir als Krankenhäuser nach wie vor nur auf das Bett fixiert sind. Wir wünschen uns Behandlungsfreiheit um gerade wegen der sich abzeichnenden und von Ihnen zu recht angeführten verkürzten Liegezeiten, die rechtliche Möglichkeit zu erhalten, auch solche Patienten im Anschluß an den echten stationären Teil auch noch ambulant so nachzubetreuen, um ihn dann verantwortungsvoll entlassen zu können. D. h., wir bitten darum, sozusagen als Logik und als Aufbaumodul des Fallpauschalenentgeltgesetzes, im Zuge der anstehenden Gesundheitsreform auch eine angemessene ambulante Nachbehandlungsmöglichkeit über den Rahmen der nachstationären Behandlung hinaus zu ermöglichen. Damit dieses immer wieder skizzierte Feld, wir würden die Patienten möglicherweise blutig entlassen, weil er

sich nicht mehr rechnet, damit diese ganzen Pauschalvorhaltungen von Anfang an im Keim erstickt werden. Daher wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie die Idee der Behandlungsfreiheit nach Einweisung für die notwendigen Behandlungszeiträume aufgreifen würden.

SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V.): Es ist uns enorm wichtig, dieses Thema anzusprechen. Wir glauben, dass die Verlagerungseffekte von Leistungen unbedingt geregelt werden müssen.

Allerdings glaube wir, dass man in diesem Gesetzgebungsverfahren die praxisorientierten Maßnahmen nicht einführen, sondern angesichts der Schwere der Aufgabe angemessene Schnittstellen zu definieren und die Vergütungen zu regeln, man diesbezüglich möglichst bald ein eigenes Gesetzgebungsverfahren in Gang setzen sollte.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Die festzustellende Verkürzung der Liegezeiten ist eigentlich überhaupt kein Problem, solange es nicht auf Kosten der medizinischen Notwendigkeit geht. Wir haben den Eindruck, dass die Verkürzung zum Teil auch ein statistischer Effekt ist. Wir stellen fest, dass die Zahl der Kurzliegerfälle und die Zahl der teilstationären Krankenhausfälle relativ stark zunimmt, so dass insgesamt der Durchschnitt der Liegezeit statistisch verkürzt wird. Wenn die Verkürzung der Liegezeit medizinisch gerechtfertigt ist, sehen wir überhaupt kein Problem.

Was wir uns allerdings wünschen, ist eine mehr integrierte Versorgung gestalten zu können. Dass also die nachfolgenden Institutionen mit eingebunden werden können. Aber da ist die Gesetzeslage heutzutage noch sehr schwerfällig. Insofern ist auch das Thema „integrierte Versorgung“ bis heute noch nicht sehr umfangreich umgesetzt worden.

SV Johannes-Magnus von Stackelberg (AOK): Ich sehe insbesondere in der Frage der Rehabilitation einen Diskussionsbedarf, weil wir die Rehabilitation teilweise aufgrund der landesrechtlichen Vorschriften unterschiedlich geregelt haben. Hier werden wir sehr genau einsteigen müssen. Es ist grundsätzlich möglich, dies zu regeln, aber das wird uns noch viel Mühe bereiten, weil wir unterschiedliche

Versorgungslagen in der Bundesrepublik haben.

Ich sehe weniger die Schwierigkeiten bei der Verlagerung in den ambulanten Bereich, hier wird man genauso gut sagen können, es landen heute schon viele Fälle in dem stationären Bereich, die da gar nicht reingehören, die von ambulanten Ärzten und niedergelassenen Ärzten verschoben werden. Aber die Fragen der Reha werden uns mit Sicherheit begleiten. Hierzu haben die Spitzenverbände auch in Änderungsanträgen schon Vorüberlegungen vorgenommen und das wird eine spannende Frage werden.

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.): Ich möchte mich anschließen an das, was Herr Dr. Gerdemann gesagt hat. Ich glaube, wir werden in Deutschland eine Verweildauerverkürzung haben, die medizinisch unbeachtlich ist, weil wir derzeit teilweise relativ hohe Werte haben. Dort, wo sie medizinisch beachtlich ist und sozusagen medizinische Anschlußbehandlung erforderlich macht, da werden wir ein Problem bekommen. Nicht dort, wo die Vertragsärzte einsteigen können – die werden dann zu den Kassen gehen und sagen, dafür wollen wir mehr Geld haben –, sondern die bisherigen Regelungen für nachstationäre Behandlungen funktionieren nicht mehr so wie bisher.

Wir haben eine Regelung, wonach die nachstationäre Behandlung innerhalb der Grenzverweildauer nicht mehr abrechnungsfähig ist und damit ist eigentlich eine Errungenschaft des alten Systems verloren gegangen. Sie müssen sich also Gedanken machen, wo medizinisch eine Nachbehandlung durch das Krankenhaus wegen verkürzter Verweildauer erforderlich ist und wie sie das sozial- und vergütungsrechtlich hinbekommen. Dafür haben wir keine Lösung.

Wenn Sie sich in Amerika wiederum diese Beispiele angucken, dann gibt es ambulante Pflegeteams, die beim Krankenhaus vorgehalten werden und die auf Anruf hin sich bei diesen Patienten melden, wenn Nachblutungen oder dergleichen auftreten und das funktioniert dort bestens. Ich glaube, hier muss schlicht nur noch eine additive Regelung in das System hinein, weil solche Stützpunkte am sinnvollsten durch das primär behandelnde Krankenhaus vorgehalten werden können. Die Lösung

fehlt noch und das muss man Ihnen sagen, das erzählen wir sei 1 ½ Jahren. Die Lösung wird nicht teuer sein. Man kann sie relativ einfach organsieren.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich stelle die gleiche Frage noch an die Bundesärztekammer und an Prof. Fritze.

SV Dr. Bernhard Rochell (BÄK): Wir hatten die Verlagerungseffekte und das Problem, dass die Gegenfinanzierung nicht hinreichend gesichert ist schon einmal angesprochen. Ich möchte einmal ein Beispiel nennen. Die stationäre Anschlußpflege nach SGB V finden Sie nicht außerhalb des Krankenhauses geregelt. Das ist ein riesiges Loch, was da droht. Da drohen Verschiebungen zu Lasten der Pflegeversicherung nach SGB XI. Aber wir erwarten natürlich, insbesondere auf den ärztlichen Bereich bezogen, auch massive Verlagerungen in den vertragsärztlichen Bereichen, wo die Gegenfinanzierung des Mehraufkommens an Leistungen nicht gesichert ist. Wir gehen auch schon von einer signifikanten Verweildauerverkürzung durch DRG-Anreize aus. 20 % könnte da eine realistische Marke innerhalb der nächsten drei Jahre sein, wenn die Anreize so bleiben.

Die Frage ist, sind die Anreize durch das System immer richtig gesetzt? Ein Beispiel aus der Praxis: Es werden aus dem Entgeltkatalog die durchschnittlichen Verweildauern, die nach einem geometrischen Mittelwertverfahren bestimmt sind, festgelegt und die werden mit den realen Verweildauern, die dann arithmetisch gemittelt werden, verglichen. Diese Verweildauern im Katalog gestalten sich - einem mathematischen Gesetz folgend - immer systematisch viel geringer als die arithmetischen Verweildauern und so werden falsche Anreize gesetzt, weil dieses System in der Praxis teilweise auch noch nicht so angenommen worden ist.

Um das ganz krass zu formulieren: Aus Hamburg hatten wir neulich einen Anruf eines Chefarztes, der eine neue Abteilung für Palliativmedizin und Frührehabilitation eröffnet hat und dem wurde von Seiten der Krankenhausleitung gesagt, entweder werden die Patienten jetzt diesen Verweildauerwerten angepasst und dann entsprechend auch entlassen – Verweildauersenkung in einer palliativmedizinischen

Abteilung ist geradezu unsinnig – oder die Abteilung wird wieder geschlossen, falls der Gesetzgeber kein Signal setzt, dass eine adäquate Gegenfinanzierung im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes erfolgt.

Hier haben wir das Problem, dass einerseits in vorauseilender deutscher Gründlichkeit vieles missverstanden wird, auf der anderen Seite haben wir aber auch noch ein Regelungsproblem, dass solche Bereiche nicht aufgefangen werden, dass Wechselwirkungen, Verlagerungen von Leistungen anderer Versorgungsbereiche nicht gegenfinanziert werden und dass hier nicht die notwendige Sicherheit gegeben wird, dass man nicht in ein Loch fällt. Diese Sicherheit muss auch den Versicherten gegeben werden.

SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung): Das ist ein ganz heißes Eisen, das Sie da anfassen. Jetzt spreche ich ausnahmsweise auch einmal sehr subjektiv für die private Krankenversicherung, denn dort sind eben keine Regularien, abgesehen vom Versicherungsvertrag und medizinisch notwendiger Heilbehandlung, die aktiv steuernd eingreifen. Das bedeutet, wir müssen damit rechnen, dass gerade Privatversicherte frühzeitig aus dem Krankenhaus in andere Versorgungsbereiche hinaus manövriert werden, zumal das ökonomisch besonders attraktiv ist. Für den Chefarzt ist es attraktiver, das ambulant weiter zu behandeln, was eigentlich mit der Fallpauschale bereits abgegolten wäre. Daraus ergibt sich – und dasselbe gilt für die Reha etc. – eine besondere Sensibilität oder Empfänglichkeit im Bereich der Privatversicherung, die sich in Kostensteigerungen manifestieren wird.

Andererseits darf man das nicht überzeichnen. Wir hoffen, dass möglichst alle Krankenhäuser an der jährlichen Rohfallkostenkalkulation teilnehmen, so dass vorzeitige Entlassungen bedeuten – die liegen hoffentlich nicht nur im Bett die Patienten, sondern es geschieht auch etwas mit ihnen –, dass in Wirklichkeit Kosten gesenkt wurden und dann müssen eben im Folgejahr die DRGs, also die Bewertungsrelationen, entsprechend angepasst werden. Insofern haben wir die Hoffnung, dass sich dieser Mechanismus ausreguliert.

Verkürzte Verweildauer kann bedeuten: Vor-enthalten medizinisch notwendiger und be-

zahlter Leistungen und das muss eben kontrolliert werden. Das wird der MDK garantiert auf GKG-Seite tun und dass werden die Privatversicherer genauso tun.

SV Jörg Robbers (DKG): Frau Abg. Lotz hatte die Frage gestellt, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu dem Absatz 7 steht, wo das Interventionsrecht des BMGS für den Fall ausformuliert ist, wenn die Selbstverwaltung gescheitert beziehungsweise an unüberbrückbare Hindernisse gekommen ist. Ich möchte eindeutig sagen, dass wir diese Regelungen für angemessen halten. Man muss natürlich beachten, dass hierin ein großer erzieherischer Effekt liegt. Und ich glaube, diese Regelung ist deswegen so ausgefallen, weil man regierungsseitig das Ziel verfolgt, sehr schnell und ohne Verzögerungen das DRG-System nicht nur einzuführen, sondern auch zukünftig noch zu modifizieren, auszugestalten und jederzeit anzupassen. Ich halte das für eine angemessene Regelung.

Ich möchte allerdings einen Gesichtspunkt hervorheben, den auch die Vorredner, Herr Dr. Gerdemann und Herr von Stackelberg, vorgebracht haben. Auch ich finde es ausgesprochen problematisch, wenn bei einer solchen Ersatzvornahme oder eines Einklinkens des BMGS letztlich von einvernehmlichen Regelungen der Selbstverwaltung abgewichen werden kann. Das ist eine sehr problematische Regelung.

Man muss dazu wissen, dass es ausgesprochen schwierig ist, zu einvernehmlichen Regelungen zu kommen. Ich will nicht sagen, dass immer unser Herzblut daran hängt, aber es ist eine geregelte Sache und es wäre schön, wenn die Bundesregierung diesen Satz noch einmal überdenkt. Denn, wenn man empfindlich ist, kann man das als ein wirkliches Interventionsrecht gegenüber der Selbstverwaltung auffassen. Die anderen Ziffern 1 bis 3 halte ich hingegen nicht für ein Interventionsrecht, sondern letztlich für notwendig, wenn ich das DRG-System beschleunigen will.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Wir halten diese Regelung auch für erforderlich, und zwar im vollen Umfang. Wir haben gesehen, wie schwer sich die Selbstverwaltung getan hat, im letzten Jahr Regelungen zu finden und wie schwierig es war, dass in letzter Sekunde das BMGS eine Ersatzvornahme vor-

nehmen musste, die dadurch natürlich mit Mängeln ausgestattet war. Wir gehen davon aus, dass dieses System in Zukunft schnell reversibel sein muss, um sich auch der in der Zukunft geforderten Qualität anzupassen.

Wir halten es daher auch für erforderlich, dass das BMGS von den Empfehlungen abweichen kann. Es sitzen auch nicht immer alle Beteiligten in der Selbstverwaltung. Wir können uns durchaus vorstellen, dass damit die Patienteninteressen stärker berücksichtigt werden, wenn diese von der Selbstverwaltung noch nicht berücksichtigt worden sind. Wir hoffen aber mit den Kassen und mit der Krankenhausgesellschaft gemeinsam, dass von diesen Möglichkeiten so wenig wie möglich Gebrauch gemacht wird. Aber als Eigenmittel notwendig, um das Verfahren zu beschleunigen und schnell zu Regelungen zu kommen, sind sie allemal.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Wir haben vorhin zur Kenntnis nehmen müssen – ich komme noch einmal zur Ausbildungsfinanzierung zurück –, dass die vorgeschlagene Lösung für 2004 abgelehnt beziehungsweise sehr kritisch betrachtet wird. Ich frage die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und ver.di: Wie lässt sich aus Ihrer Sicht der Übergang von der Budgetfinanzierung zur Fondslösung gestalten, ohne dass damit eine Negativentwicklung eingeleitet wird und Ausbildungsplätze verloren gehen?

Ich schiebe eine Frage an den Deutschen Pflegerat und ver.di nach: Worin sehen Sie den zusätzlichen gesetzlichen Regelungsbedarf bei der Umstellung der Krankenpflege-Ausbildungsfinanzierung auf die im Gesetz vorgesehene Fondslösung?

SV Jörg Robbers (DKG): Ich möchte klar hervorheben, dass wir gegen die beabsichtigte Verschiebung keine Bedenken haben, weil – das wurde mir von Expertenseite versichert – eine angemessene technische Umsetzung vor diesem Zeitpunkt nicht sachgerecht möglich erscheint und dieser Tatsache beugen wir uns. Ich bitte daher um Verständnis, dass ich – um hier die Linie zu halten – zu keinem abweichenden Votum kommen möchte.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir begrüßen die Neuregelung der Ausbildungskosten, denn diese Neuregelung führt zu einer besseren Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern. Sie führt auch dazu, dass die Kosteneinforderungsstellung der Krankenhäuser oder der Ausbildungsstätten innerhalb der Krankenhäuser gestärkt wird. Insofern sind wir für diese neue Regelung. Dass sie verschoben wird, das bedauern wir, aber wir sehen darin keinen Beinbruch. Das hat auch keine taktischen, sondern rein technische Gründe. Wenn wir das um ein Jahr verschieben, wird damit auch die Datenbasis verbessert, denn die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die Datenerfassungsvoraussetzung verbessert. Insofern habe ich kein Problem mit der Verschiebung. Sie hat rein technische Gründe und nicht irgendwelche inhaltlichen materiellen Ursachen.

SV Herbert Weisbrod-Frey (ver.di): Ich habe vorhin schon ausgeführt, dass wir gegen eine solche Verschiebung sind, dass wir es durchaus für machbar halten, die geforderte Frist, die jetzt im Gesetz steht, einzuhalten. Wir wundern uns auch immer über die Argumente, dass die Datenbasis nicht ausreichend sei. In Tarifrunden ist sie immer ausreichend, um Ausbildungsvergütungsabsenkungen zu fordern. Dort werden uns die Daten immer vorgelegt. Ich weiß nicht, ob diese auf dem Weg hierher verschwinden. Ich erinnere zudem daran, dass es für die Krankenhäuser durchaus möglich war, sich im vergangenen Jahr relativ schnell auf das neue Vergütungssystem einzustellen. Dort, wo es gewollt ist, wird diese Datenbasis durchaus geschaffen.

Ich appelliere noch einmal daran, dass Ausbildung eine Investition in die Zukunft ist. Die heutigen Versäumnisse werden uns in den nächsten Jahren sehr weh tun. Von daher fordere ich noch einmal, alle Anstrengungen zu unternehmen, den Termin zu halten.

Sve Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat): Ich bin Ihnen dankbar, dass Sie das Thema noch einmal aufgegriffen haben. Ich möchte zu der Verschiebung nichts mehr hinzufügen. Dazu sind die Positionen ausgetauscht worden.

Vom Grundsatz her finden wir es natürlich eine Verbesserung, dass es nun ein Ausbildungsbudget gibt, welches tatsächlich über einen Fonds geregelt wird, damit Transparenz geschaffen wird und auch kein Zugriff mehr für andere Finanzierungen innerhalb des Krankenhauses möglich ist. Von daher ist das sicherlich ein Fortschritt auf diesem Gebiet und wir werden sehen, ob sich damit alle Krankenhäuser – auch die, die nicht ausbilden – in die Pflicht genommen fühlen und eine gemeinsame Ausbildung zusammen finanzieren.

Was wir bemängeln ist nach wie vor, dass wir im Zuge des neuen Krankenpflegegesetzes mit der Novellierung für 2004 erhebliche Einbußen im Krankenhaus bekommen werden. Die Auszubildenden werden noch weniger vor Ort sein, weil die Ausbildung schwerpunktmäßig in ambulanten Einrichtungen und stationären Altenheimrichtungen stattfindet. Diese Bereiche beteiligen sich nicht an der Finanzierung. Das heißt, die auszubildenden Krankenhäuser werden nach wie vor in die schwierige Situation gebracht, dass sie dieses Ausbildungsfeld subventionieren müssen.

Die Ausbildung muss grundsätzlich ein steuerfinanzierter Teil sein, damit Normalität in diesem Beruf hergestellt wird, wie wir das in anderen Berufen auch haben.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich wollte noch einmal die Deutsche Krankenhausgesellschaft und auch die Spitzenverbände der Krankenkassen zur Negativentwicklung befragen: Sehen Sie durch die Verschiebung um ein Jahr eine Negativentwicklung in diesem Bereich?

SV Jörg Robbers (DKG): Wir müssen zwei Dinge deutlich unterscheiden, die man nicht miteinander vermischen sollte. Ob die Ausbildungsvergütung insgesamt Schwächen hat und zu gering ist oder die Umstellung der Finanzierung problematisch ist, sind zwei verschiedene Dinge. Aber wir trennen es, wie auch Herr Dr. Gerdemann gesagt hat. Wir nehmen sozusagen das Recht mit dem bisherigen Vergütungsverständnis und übertragen es auf die neue Lage. Dafür brauchen wir die Verschiebung. Das darf ich auch dem Vertreter von ver.di sagen, die tariflichen Zahlen, die Sie anführen, die in Ihren Tarifverhandlungen zur Sprache gekommen sind, sind nicht die Zahlen, die wir

brauchen. Das sind die Ist-Zahlen, um zu anderen Bemessungen und total anderen Organisationswegen zu kommen.

Frau Dr. Spielmann, wenn man fragt, ist dieser Beruf überhaupt attraktiv oder muss ich dafür mehr tun, dann kann man sagen, ja. Aber ich sollte es nicht damit vermischen, wie ich die vorhandene Vergütung technisch umstelle. Die rein technische Umstellung, das wage ich zu behaupten, hat keinen unmittelbaren Einfluß auf die Attraktivität dieses Berufszweigs.

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Ich habe vorhin schon gesagt, dass wir die Neuregelung positiv sehen. Wenn die Frage ist, ob es bezogen auf den Zeitrahmen der Verschiebung eine Negativentwicklung gibt, dann möchte ich generell sagen, nein. Da sehen wir keine Negativentwicklung, denn es ist keine Verkürzung des Finanzvolumens damit verbunden, sondern das Geld steht zur Verfügung. Das Einzige, was passieren könnte – und das würden wir natürlich auch nicht gutheißen – ist, dass der eine oder andere Träger in die Versuchung kommen könnte, das Geld, was für Ausbildungszwecke in diesem Zeitraum zur Verfügung gestellt wird, für andere Zwecke zu verwenden. Aber das unterstelle ich nicht.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und an den MDS. Es ist ja schon über die Frage der Qualität der Behandlung gesprochen worden. Wir machen uns hier nichts vor, dass die Behandlungsqualität von ganz entscheidender Bedeutung ist. Nun ist die Frage gewesen, wie kann ich die Behandlungsqualitäten sicherstellen. Das ist für mich die Frage an Sie: Welche zusätzlichen Qualitätsindikatoren und Risikoadjustierungen sollten unter Wahrung der Anonymität der Versicherten von der mit der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V beauftragten Stelle benutzt werden? Was brauchen wir an zusätzlichen Verankerungen im Gesetz, um zu verhindern, dass das, was vorhin mit den Stichworten „Blutige Entlassung“ oder „Drehtüreffekt“ beschrieben worden ist, eintritt?

SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV): Wir sehen die Qualitätssicherung im Zusam-

menhang mit dem DRG-System als eine ganz wichtige Aufgabe an. Ich möchte auch sagen, der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren auf diesem Gebiet sehr viel positives entwickelt.

Allerdings könnte die jetzige Regelung noch verbessert werden, indem man die Daten aus dem § 21 Krankenhausentgeltgesetz auch für andere Zwecke zur Verfügung stellt, z.B. für das Bundeskuratorium für Qualitätssicherung, natürlich in einer anonymisierten Form, wie Herr Schmidbauer das angesprochen hat. Damit wäre ein ganz wichtiger Schritt vollzogen, um die Qualitätssicherung noch weiter zu verbessern. Wir wünschen uns, dass diese Daten für Qualitätssicherungszwecke weiter als bisher geregelt verwendbar sind.

SV Jörg Robbers (DKG): Ich bin Ihnen für die Frage außerordentlich dankbar, weil sie einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem Fallpauschalenänderungsgesetz und insbesondere mit § 6 Abs. 1 hat. Sie haben unser Plädoyer verstanden, dass die DRG mit dem Jahre 2004 da, wo es vertretbar und gut geht, als Vergütungsteil ausgestaltet werden, dass daneben aber, wo es nicht geht, Öffnungsklauseln und Zusatzentgelte Platz greifen sollen.

Warum betone ich das noch einmal? Es muss ein falsches und nicht differenziertes Vergütungssystem vermieden werden, damit keine Fehlanreize entstehen und nicht gesagt wird, damit komme ich nicht hin, ich muss den Patienten schnell verschieben. Das kann man, um das an der Wurzel zu packen, nur dadurch lösen, dass man gemeinsam von Anfang an ein solides System für 2004 auf die Beine stellt. Ich glaube nicht, dass es darüber hinaus noch weiterer gesetzlicher Regelungen bedarf, um diese allgemein und auch von Ihnen beschriebenen Risiken der Fehlanreize des DRG-Systems einzudämmen.

Ich glaube gerade das jetzige Vergütungssystem fördert den Wettbewerbsgedanken. Ich glaube, es kann sich kein Krankenhaus leisten, gerade bei der zunehmend gewünschten Mündigkeit von Patienten und Patientinnen, schneller zu entlassen, als das medizinisch vertretbar ist. Ich glaube, ein solches Haus würde sich selbst über kurz oder lang in Frage stellen.

Wir haben gemeinsam mit der Selbstverwaltung ein zunehmend stabiler werdendes Sys-

tem einer externen Qualitätssicherung. Das muss ich sagen. Ich finde es beispielhaft, was die Selbstverwaltung ausgearbeitet hat. Wir haben die Qualitätsberichte, die jetzt auch gesetzlich umgesetzt werden und wir haben nicht zuletzt ein sehr differenziertes und scharfes Prüfsystem durch den Medizinischen Dienst. Ich glaube, diese ganzen Elemente werden es richten. Ich glaube nicht, dass diese abstrakte Gefahr real wird.

SV Prof. Dr. Martin L. Hansis (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.): Ich kann an die Ausführungen der Vorredner nahtlos anschließen. Wir glauben, dass die Gesetzgebungsvoraussetzungen ausreichend sind. Es geht jetzt in der Tat darum, die Risikoindikatoren oder die Qualitätsindikatoren ganz gezielt und sehr zügig an die neuen Vergütungsregelungen anzupassen. Die neuen Vergütungsregelungen machen andere Qualitätsindikatoren als bisher notwendig.

Abg. Gerald Weiß (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Ich darf noch einmal den Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften fragen und auf die Beantwortung der Frage meines Kollegen Strebl durch Herrn Dr. Erhardt zurückkommen. Sie nannten die Querschnittsgelähmten, Schwer-Brandverletzten und Polytraumatisierten als Leistungssektoren, die der Darstellbarkeit in DRG nicht zugänglich seien. Darf ich noch einmal nachfragen: Gilt das dem Grunde nach? Halten Sie das für grundsätzlich nicht möglich oder nur momentan? Können Sie sich vorstellen – entsprechende Weiterentwicklung der Datengrundlage der Methodik unterstellt –, dass man das eines Tages machen kann? Meinen Sie, wenn Sie das so sehen, dass diese Sektoren der Klarheit halber in den Ausnahmekatalog hinein müssten und wie wäre dann Ihrer Meinung nach ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren entwickelbar?

SV Dr. Hubert Erhardt (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften): Je nachdem wie ein Fallpauschalenkatalog ausgestaltet ist und in welche Feinheiten er geht, ist aus unserer Sicht natürlich alles in einem Fallpauschalenkatalog darstellbar. Aber auf absehbare Zeit verschließen sich die drei Verletzungsmuster der Darstellung in dem deutschen Fallpauschalenkatalog. Das haben wir

hinreichend durch Zahlen nachgewiesen. Wir selber, seitens des Hauptverbandes, werden mit den Zentren daran arbeiten, um Vorschläge zu unterbreiten, wie man diese Verletzungsmuster auch in Fallpauschalen abbilden könnte. Ich denke, dass das sinnvoll ist und dem Anliegen, möglichst überall Fallpauschalen zu haben, entgegenkommt. Derzeit ist es nicht darstellbar. Würde es derzeit abgebildet, hätte es aus

unserer Sicht eine verheerende Wirkung auf die Versorgung.

Der **Vorsitzende** schließt die Sitzung um 13.46 Uhr.