

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
77. Sitzung

Berlin, den 29.09.2004, 16:00 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001

Sitzungssaal:

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG)

BT-Drucksache 15/3672

Antrag der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten durch sachgerechte Fallpauschalen

BT-Drucksache 15/3450

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

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

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Kühn-Mengel, Helga
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Roth, Karin
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
Zöllner, 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.

Kauch, Michael
Lenke, Ina
Parr, Detlef

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vors. Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,27,36	SV Franz Wagner (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK))	5,7,9
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	5,27	SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat)	5,7,9,20
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	6,27	SVe Sabine Mesech	6,7,9
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	8,24,28	SV Dr. Peter Steiner (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	6,11,27,29
Abg. Peter Dreßen (SPD)	10	SV Theo Riegel (VdAK/AEV)	6,8,18,25,28
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	11,30	SV Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus)	7,10,24,28,29
Abg. Andreas Storm (CDU/CSU)	14	SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	7,10,14,20,23,26
Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	17	SV Stefan Wöhrmann (VdAK/AEV)	10,12,15,24,27,29
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	17,18,19,20	SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)	11,18,31
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	21,22,23	SV Rudolf Henke (Bundesärztekammer)	12,34
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	25,29	SV Dr. Bernard Rochell (Bundesärztekammer)	12
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	33	SV Prof. Dr. Norbert Roeder	13,15,32,35
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	34	SV Prof. Dr. Günter Neubauer	14,16,17,21,34
		SVe Ursula Friedrich (Deutscher Landkreistag)	17
		SV Prof. Dr. Heinz-Joachim Meencke	19
		SV Gerd Dielmann (Ver.di)	20
		SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands)	22,30
		SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten)	23,32,35
		SV Heinz Kölking (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands)	23
		SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach	26,27,28
		SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband Medizintechnologie)	33
		SVe Dr. Magdalena Benemann (Marburger Bund)	34

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG)

BT-Drucksache 15/3672

Antrag der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Horst Seehofer, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten durch sachgerechte Fallpauschalen

BT-Drucksache 15/3450

Beginn der Sitzung: 16.00 Uhr.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Ich darf Sie herzlich zu unserer Öffentlichen Anhörung, der 77. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung, begrüßen. Wir haben Sie bezüglich eines Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dem „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften“ (BT-Drucksache 15/3672), eingeladen. Außerdem liegt Ihnen der Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten durch sachgerechte Fallpauschalen“ (BT-Drucksache 15/3450) vor. Wir haben Sie zur Anhörung zu dem Gesetzentwurf und dem Antrag eingeladen, damit Sie uns als Expertinnen und Experten hierzu Rede und Antwort stehen. Unser Ausschuss ist sowohl für den Gesetzentwurf als auch für den Antrag federführend. Wir haben am 10. September 2004 die Einführung in den Gesetzentwurf und in den Antrag gehabt und den Beschluss über die Durchführung der heutigen Anhörung gefasst.

Ich darf Sie bitten – die meisten von Ihnen kennen unser Verfahren –, die Mikrofone zu benutzen und Ihren Namen zu nennen sowie ggf. den Verband, den Sie vertreten, da wir eine Bandabschrift von der Sitzung erstellen. Wir gehen nach Fraktionen und den nach der Größe der Fraktionen errechneten Zeitkontingenten vor. Wir haben zwei Runden von jeweils 30 Minuten für die großen Fraktionen

und jeweils 15 Minuten für die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine erste Frage richtet sich an den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, den Deutschen Pflegerat, die Einzelsachverständige Frau Mesech, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Deutschen Krankenkassen: Würden Sie dem Ausschuss bitte einmal darstellen, warum die nach geltender Rechtslage eigentlich vorgesehene Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner über verbindliche Durchschnittskostenwerte der Ausbildungsstätten gescheitert ist.

SV **Franz Wagner** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)): Über die Details für das Scheitern dieses Verfahrens können wir relativ wenig sagen, weil wir an der Stelle leider nicht Verfahrensbeteiligte sind. Nach den Informationen, die uns vorliegen, und der Vorgeschichte war die Schwierigkeit, eine solide Datengrundlage für die Berechnung der tatsächlichen Ausbildungskosten zu erhalten. Deshalb scheint es in der Folge unterschiedliche Auffassungen darüber gegeben zu haben, ob das dann vorgelegte Angebot tatsächlich eine vernünftige Datengrundlage hatte oder nicht.

Sve **Marie-Luise Müller** (Deutscher Pflegerat): Wir können sagen, dass es nach dem

19. September 2004 Gespräche zwischen den Spitzenverbänden der GKV und dem Deutschen Pflegerat gegeben hat, nach denen wir den Vereinbarungsentwurf, den die GKV nun zur Diskussion gestellt hat, aus unserer Sicht in vollem Umfang mittragen können. Die GKV wird hierzu sicherlich entsprechende Ausführungen machen, so dass der Deutsche Pflegerat zunächst erst einmal das, was die GKV zu § 17a KHG vortragen wird, voll mitträgt.

SVe Sabine Mesech: Ich denke, das Scheitern einer Einigung auf einen einheitlichen Kostenrahmen hängt sicher auch damit zusammen, dass in den Bundesländern einfach sehr unterschiedliche Ausgangslagen herrschen. Es gibt unterschiedliche Niveaustufen und unterschiedliche Rahmenbedingungen, was in diesem Falle bei der Festlegung der Kosten nicht bedacht worden ist. Hinzu kommt sicherlich, dass die Krankenhäuser gar nicht so sehr an einer Transparenz der Kosten interessiert sind, weil sie durch die Ausgliederung der Kosten verpflichtet werden.

SV Dr. Peter Steiner (Deutsche Krankenhausesellschaft (DKG)): Die DKG konnte den Abschluss einer Vereinbarung zur Ausbildungsplatzfinanzierung aus zwei Gründen nicht verantworten. Zum einen ist die Datenlage der 21er Daten so schlecht, dass daraus keine vernünftigen Werte abgeleitet werden konnten. Die Streuung der Kostenwerte war extrem hoch: Sehr viele Ausbildungsstätten liegen unterhalb eines Mittelwertes und sehr viele Ausbildungsstätten oberhalb dieses Mittelwertes. Zum anderen konnte die DKG – wir haben die Daten bei einzelnen Ausbildungsstätten auch validiert – eine Pauschalierung aus genau diesem Grund nicht vertreten. In der Konsequenz hätte das dazu geführt, dass eine starke Unterfinanzierung von Ausbildungsstätten stattgefunden hätte, was wiederum zum Abbau von Ausbildungskapazitäten und Arbeitsplätzen geführt hätte.

SV Theo Riegel (Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV)): Aus unserer Sicht gibt es zwei Gründe für das Scheitern einer Vereinbarung: einerseits strategische Gründe, andererseits inhaltlich-technische Gründe. Die strategischen Gründe sehen wir wie folgt: Derzeit ist das Verfahren so gestaltet, dass es in

der Hoheit der Krankenhausträger liegt, welche Mittel den Ausbildungsstätten zur Verfügung gestellt werden. Wir haben derzeit eine äußerst intransparente Situation. Aus unserer Sicht würde diese Vereinbarung auf der Bundesebene dazu führen, dass die Beträge pro Ausbildungsplatz feststünden und auf diese Weise Transparenz in das Geschehen käme. Dadurch wäre auch sichergestellt, welche Beträge von den Trägern für die Ausbildungsstätten – und somit für den eigentlichen Zweck – zur Verfügung gestellt werden. Vor dieser Transparenz scheut man sich unseres Erachtens, weil dadurch das ‚Gutsherren-Modell‘, nach dem derzeit die Mittel verteilt werden, obsolet würde.

In der ersten Runde zeigten die Daten in der Tat eine breite Streuung. Das war unseres Erachtens nach Strategie bedingt, lag aber auch an der schlechten Kenntnis der Kosten, die für die einzelnen Ausbildungsplätze tatsächlich anfallen. Die zweite Runde hat zu einer ganz deutlichen Verbesserung der Daten geführt. Wir haben die Werte, die wir ermittelt haben, mit den Pflegeverbänden und mit Trägern von Ausbildungsstätten analysiert. Dabei sind wir sehr schnell zu der Erkenntnis gekommen, dass man mit diesen Werten sehr gut leben könnte.

Von Seiten der Kostenträger haben wir uns zudem weit nach vorne gewagt, indem wir die Mehrkosten, die auf diese Ist-Werte aufgeschlagen werden sollen, um 150 Mio. statt 100 Mio. Euro aufgestockt haben. Wir haben nämlich gesagt, dass wir uns der Verantwortung für die Ausbildung auch hier stellen wollen. Die Gründe für das Scheitern liegen unseres Erachtens nach also in der strategischen Zielsetzung, die Intransparenz aufrecht zu erhalten, um vor Ort die Mittel nach ‚Gutsherrenart‘ zu verteilen. Dadurch wird die Finanzierung der Ausbildungsstätten massiv gefördert. Wir stehen auf dem Standpunkt, dass die jetzt gefundenen Werte, die wir in die Verhandlungen eingebracht haben und die die volle Unterstützung der Pflegeseite erfahren, nicht nur als Richtwerte geeignet wären, sondern für eine Vereinbarung bzw. im Rahmen der Ersatzvornahme vorgegeben werden sollten, wenn die Vereinbarung nicht zu Stande kommt.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage dreht sich auch um die Finanzierung der Ausbildungskosten. Ich hätte die Frage gern beantwortet vom InEK, dem Berufsverband für

Pflegeberufe, dem Deutschen Pflegerat und von Frau Mesech: Wie interpretieren Sie die zu den Ausbildungskosten vorliegenden Werte? Ist die Qualität der ermittelten und beim InEK vorliegenden Werte dazu geeignet, die adäquate Finanzierung der Ausbildungskosten sicherzustellen?

SV Dr. Frank Heimig (Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK)): Von den Vorrednern wurde bereits ausgeführt, dass sich die Qualität der Daten bei der letzten Erhebung gegenüber denen der vorherigen deutlich verbessert hat. Die grundsätzliche Frage, ob sie ausreichend gut und geeignet ist, um die Finanzierung der Ausbildungskosten sicherzustellen, vermag ich nicht zu beantworten.

SV Franz Wagner (DBfK): Nach unseren Einschätzungen sind die zuletzt vorgelegten Daten in der Interpretation, in der Weiterentwicklung, in der Prüfung – auch mit Experten aus den Schulen – durchaus belastungsfähig und ein Ausgangswert, mit dem man arbeiten könnte. Die Vorschläge, die jetzt da sind, beinhalten auch die Möglichkeit, Korrekturen vorzunehmen, wenn sich nachweislich feststellen lässt, dass die dort kalkulierten Beträge nicht ausreichen.

SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat): Ich möchte auf die Problematik der Datenermittlung hinweisen. Zum ersten Mal wurde bundesweit eine Datenermittlung in dieser Größenordnung vorgenommen. Aller Erfahrung nach kann man nicht gleich eine Punktlandung erwarten, bei der alle Vertragsparteien mit den erhobenen Daten zufrieden sein können, da das Ausbildungsbudget in den Krankenhäusern selten so differenziert im internen Budget verteilt worden ist. Das ist nicht anders als im DRG-System, wo vor zwei Jahren zum ersten Mal begonnen worden ist, sehr konkret Kosten für einen Fall zu berechnen, und die Krankenhäuser aus der Historie heraus erhebliche Schwierigkeiten haben, hier auch tatsächlich Kosten oder Kostenblöcke zusammenzutragen, die zu einer DRG führen.

Bei den Ausbildungskosten erleben wir im Moment die gleiche Situation. Ich meine, dass man den Krankenhäusern bzw. den Ausbildungsstätten – und damit den Betroffenen, nämlich Schulleitungen, Pflegedirektoren und

Auszubildenden – eine Chance geben muss. In der Logik des DRG-Systems müssen wir auch hier einen vorgegebenen Einstiegswert und die Schief lagen akzeptieren können, wenn wir jährlich eine Weiterentwicklung und Anpassung machen, wie wir das derzeit bei den DRG's durch das InEK erleben. Wenn wir diese Schief lage im Rahmen der Konvergenzphasen ausgleichen können, haben wir in drei Jahren einen Wert in der Pauschalierung, der dann sehr wohl zu einer Vereinheitlichung auf der Bundesebene führen kann, und bei dem wir sicher sein können, dass damit das Bundesgesetz für die Krankenpflege auch qualitativ hochwertig umgesetzt werden kann.

Ich plädiere dafür, dass man sich hier noch einmal sehr deutlich dazu bekennt. Ich denke, dass Herr Riegel richtig definiert hat, dass es hier strategische und technische Überlegungen gab, sich im Moment dagegen auszusprechen.

SVe Sabine Mesech: Ich kann das unterstützen. Der Ausgangspunkt ist sicherlich der, dass die Daten für die Ausbildung in den Krankenhäusern relativ unbekannt waren, weil man sich bisher nicht darüber verständigt hat und die Daten auch deshalb sehr unterschiedlich sind, weil die Ausgangsbedingungen in den einzelnen Bundesländern – auch in den einzelnen Schulen – sehr, sehr unterschiedlich sind. Man kann schwer vergleichen. Die mir bekannten Daten kann ich nur mit der Situation an meiner eigenen Schule vergleichen. Für meinen Bedarf liege ich relativ gut. Aber ich weiß aus Gesprächen, dass es manche Schulen sehr hart treffen würde, wenn sie in dieser Datenlage einsteigen müssten, und andere nicht so sehr. Ich denke, es wäre ein Ansatzpunkt, die Daten erst einmal zu verwenden.

Für wichtig halte ich, dass es einen einheitlichen Kostensatz gibt. Es ist ein Problem, dass es im Moment noch keine Standards gibt. Für die Berechnung der Ausbildungskosten müssten wirklich Qualitätsstandards geregelt werden. Dabei müssten auch die Sachverständigen und die Berufsverbände beteiligt werden.

SV Jörg Robbers (DKG): Sie bekommen jetzt viele Antworten, die darauf hindeuten, es bei der bestehenden Gesetzeslage zu belassen und nicht den Weg zu gehen, der im Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz vorgesehen ist. Deshalb möchte ich jetzt einmal ganz unmiss-

verständlich Farbe bekennen: Der Weg, wie er zurzeit im Gesetz steht, ist nicht vertretbar. Wir halten den jetzigen Weg, wie er im Gesetzentwurf steht, für den richtigen Weg in die richtige Richtung.

Man kann reden, wie man will, eins steht unzweifelhaft fest: Die Qualität der Daten, die erhoben wurden, ist unzureichend. Extreme Schwankungen in den Mittelwerten und real existierende Kostenunterschiede sind über Pauschalen nicht abbildbar. Wir haben auch das Ost-West-Problem. Sie können die Ausbildung im Augenblick nicht pauschalisieren und standardisieren, weil das zu extremen Verwerfungen und zu einem Abbau von Ausbildungsplätzen führt. Daher ist der beschrittene Weg ein vertretbarer Weg, der dann für die nächste Zeit gilt; er ist ausgewogen und gut. Die Kostenunterschiede sind so groß, dass sich kein Mittelwert bilden lässt und ich nicht sagen kann, dass ich damit leben kann. Einige würden sehr viel verdienen, andere müssten ihre Ausbildungsstätten schließen. Das kann nicht im Sinne des Erfinders sein.

Im Gesetzentwurf ist eine Zweckbestimmung, eine Kontrolle, ein Ausbildungsbudget vorgesehen, d. h. das Geld, das für die Ausbildungsfinanzierung vereinbart wird, wird zweckentsprechend verwendet. Das ist ein angemessener, kontrollierbarer und transparenter Weg. Daher darf ich wirklich sagen: Lassen Sie es bei der Änderung dieser Vorschriften im Sinne des vorliegenden Gesetzentwurfes.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, den Deutschen Pflegerat und Frau Mesech: Nehmen wir an, die nunmehr beim InEK vorliegende Datenbasis trägt auch wirklich. Welche gesetzlichen Regelungen sind dann nach Ihrer Auffassung erforderlich, um sicherzustellen, dass die Finanzierung der Ausbildungsstätten transparent, zielorientiert und ohne Wettbewerbsnachteile für die ausbildenden Häuser gestaltet werden kann?

SV Theo Riedel (VdAK/AEV): Aus unserer Sicht ist nicht viel zu ändern, und die jetzt bestehende Gesetzeslage ist adäquat. Alles andere, was jetzt vorgeschlagen wird, führt dazu, dass die Entscheidungshoheit des Krankenhausträgers – und damit die Verwaltung

dieser Mittel, einschließlich der Frage, in welchem Umfang Mittel an die Ausbildungsstätten weiter gegeben werden – erhalten bleibt. Deshalb plädieren wir eindeutig dafür: Die Werte, die jetzt ermittelt worden sind, stellen sicher, dass die Ausbildungsstätten tatsächlich die Mittel bekommen, die sie für die Ausbildung brauchen. Wenn die ganze Fachwelt der Meinung ist, mit diesen Werten kann man einsteigen, weiß ich nicht, wo man die Argumente hernehmen will, um zu begründen, es müsse weiter individuell vor Ort entschieden werden. Unseres Erachtens sind einheitliche Beträge der richtige Weg. Man kann Ost und West trennen, das haben wir in unserem Vorschlag differenziert. Da die Finanzierung über Fonds abgewickelt werden soll, sehe ich keine Wettbewerbsnachteile für die Krankenhäuser.

Natürlich ist die Datenlage trotz der Verbesserung in der zweiten Runde noch mit einigen Fragezeichen behaftet, aber deshalb haben wir vorgeschlagen, die derzeitige Gesetzeslage dahingehend zu novellieren, dass Korrekturen möglich werden, wenn im weiteren Ablauf neue Erkenntnisse hinzukommen, die eine Korrektur oder Modifikation erforderlich machen. Man sollte in den nächsten Jahren, während der Konvergenzphase beispielsweise, noch diese Korrekturmöglichkeiten haben. Damit wäre sichergestellt, dass wir in überschaubaren Schritten – in zwei, drei Schritten – zu einer wirklich gleichen Finanzierung der Ausbildungsstätten kämen.

Die Fondslösung ist für uns der Garant dafür, dass kein Krankenhaus Wettbewerbsvorteile oder Wettbewerbsnachteile hat. Die Mittel, die für die Ausbildungsstätten aufzubringen sind, würden über alle gleich verteilt. Allerdings müsste die Abwicklung, die Fondsverwaltung, im Gesetz noch modifiziert werden. Wir haben insbesondere das Problem der Umsatzsteuer, weil sich die Finanzbehörden schon melden und – genau wie beim InEK, den Qualitätsgeschäftsstellen usw. – argumentieren, dass es sich hier um steuerbare Umsätze handele. Zur Finanzierung der Ausbildungsstätten bringen wir jährlich zwischen 1 und 1,5 Mrd. Euro auf. Wenn da 16 % aufgeschlagen werden, können Sie sich ausrechnen, welche Umsatzsteuer auf die Kostenträger zukäme. Das ist ein großes Problem, das nicht weiter verzögert werden darf. Sonst müsste die Selbstverwaltung irgendwann an den Punkt kommen, an dem sie entscheidet, alle Aufgaben, die ihr als Selbstverwaltung übertragen wurden, an den Staat

zurückzugeben. Es kann nicht sein, dass der Staat sich von Aufgaben frei macht, diese an die Selbstverwaltung abgibt und die Selbstverwaltung zum Dank dafür auch noch die Umsatzsteuern bezahlt. Das müsste klargestellt werden. Ebenso müsste klar gestellt werden, dass die Fondsverwaltung durch die Krankenhausesellschaften auf Landesebene, wie es vorgesehen ist, darüber entsprechende Nachweise führt, und dass die Selbstverwaltung auf Landesebene gemeinsam mit den Pflegeverbänden auch die Qualitätskriterien festlegt, nach denen die Ausbildungsstätten die Mittel bekommen sollen.

SVe Sabine Mesech: Das Gesetz gibt einen Kontrollmechanismus vor, damit das Budget tatsächlich für die Ausbildung verwendet wird. Das halten wir für sehr gut. Andererseits macht das nur Sinn, wenn verbindliche Qualitätsstandards als Maß dafür genommen werden, wie das Geld eingesetzt wird – nicht nur, dass es eingesetzt wird, sondern dass der Einsatz des Geldes an verbindliche Qualitätsstandards und vergleichbare Rahmenbedingungen der Schulen gebunden ist.

SV Franz Wagner (DBfK): Die Ausgliederung eines Ausbildungsbudgets ist sicherlich ein erster Schritt in Richtung Transparenz, weil damit der bisher vorhandene, Verschiebehahnhof von Ausbildungsgeldern innerhalb des Gesamtbudgets eines Krankenhauses nicht mehr stattfinden kann. Wenn allerdings völlige Transparenz oder ein wünschenswertes Maß an Transparenz hergestellt werden sollen, braucht man eine Verbindung zu dem Ergebnis, das mit diesem Mittelaufwand erreicht wird. Man kann nicht nur sagen, an einer Schule kostet ein Ausbildungsplatz eine Summe X, an einer anderen Schule die Summe Y und zum Schluss bestehen alle ihre Prüfung. Da gibt es sicherlich Standards, die man entwickeln kann.

In Bezug auf die Zielorientierung stellt sich vor allem die Frage der Umsetzung des neuen Krankenpflegegesetzes. Nur wenn ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, kann tatsächlich auch die Vorgabe des Ausbildungszieles erreicht werden. Unsere Sorge ist, dass bei der Entscheidung für eine individuelle Lösung vor Ort die jetzige Situation fortgeschrieben würde.

Die unterschiedlichen Daten, die das InEK erhalten hat, lassen unterschiedliche Begründungen zu. Eine Variante ist: Das Befragungsinstrument ist nicht geeignet. Die zweite ist: Die Ausgaben sind tatsächlich extrem unterschiedlich, wobei sich dann die Frage stellt, wie man in dem Fall eine im Ergebnis annähernd vergleichbare Qualität der Ausbildung begründet.

Mit Blick auf Wettbewerbsverzerrungen halten wir die bestehende Lösung, Fondslösungen, für ein geeignetes Mittel, um unterschiedlichen Belastungen vorzubeugen.

SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegeerrat): Ich komme noch einmal auf die individuell auszuhandelnden Budgets zurück, die hinsichtlich der Transparenz durchaus einen Hinweis darauf geben, wie sich die Ausbildungskosten in den einzelnen Krankenhäusern darstellen. Das Problem liegt aber weit vor dieser Situation: Welches individuelle Budget wird denn hausintern tatsächlich für das Aushandeln mit den Krankenkassen vorgelegt? Das ist doch die entscheidende Frage. Hier werden Sie die Individualität des Krankenhauses erkennen können. Es gibt nämlich Krankenhäuser, nach deren Auffassung bei ihnen nicht nur die Patientenversorgung zum Kerngeschäft gehört, sondern auch Ausbildung – solange es eine GKV-Finanzierung der Ausbildung gibt.

In dieser Argumentation ist Ausbildung nicht nur ein rein betriebswirtschaftlicher Faktor, sondern auch ein volkswirtschaftlicher. Über dieses Element müssen wir zunehmend sprechen. Irgendwann werden wir in der ‚Durchökonomisierung‘ während der Konvergenzphase erkennen, dass Krankenhäuser stärker den betriebswirtschaftlichen Faktor anlegen und damit ihre Ausbildungsbudgets – so weit sie es können – herunterfahren, wenn nicht andere Sanktionsmaßnahmen eingezogen werden, um ihre Quersubventionierung mindestens in ihren GKV-Budgets für die Versorgung der Patienten besser abbilden zu können. Deshalb halte ich das, was im Gesetz steht, für einen Trugschluss. Wir sollten Ihnen den Weg, der von Seiten der GKV und den Pflegeverbänden vorgeschlagen wird, noch einmal nachdrücklich mit auf den Weg geben.

Im Übrigen darf festgestellt werden, dass der Ausbildungsabbau in erhöhtem Maße zugezogen hat. Wenn es nicht gelingt, am

1. Januar 2005 eine stabile, sichere Ausgangssituation zu schaffen, kann ich Ihnen heute schon sagen, dass in den nächsten zwei Jahren ganz schnell mehr als 1000 Ausbildungsplätze verloren gehen werden. In der Zwischenzeit liegen uns nicht unerhebliche Daten von Krankenhäusern vor, denen der Spielraum bzw. das Geld dafür ausgeht, Ausbildungsplätze weiterhin zu finanzieren.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe zur Entwicklung des Fallpauschalenkatalogs eine Frage an das InEK, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Durch welche strukturellen Veränderungen am DRG-Katalog hat sich die Qualität des deutschen DRG-Systems in den vergangenen Jahren so gravierend verbessert, dass der neue Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2005 jetzt von Krankenhäusern und Krankenkassen erstmals gemeinsam verabschiedet werden konnte?

SV **Dr. Frank Heimig** (InEK): Die genauen Gründe, weshalb man sich letztendlich hat einigen können, kenne ich natürlich nicht. Aber wir hoffen, dass die Tatsache, dass die thematisierten Problembereiche angegangen worden sind und – so weit das auf Grund der jetzigen Datenlage und bei dem jetzigen Entwicklungsstand möglich ist – auch Lösungen für diese Probleme geschaffen worden sind, dazu geführt hat, dass man diesen Katalog für den bei dem jetzigen Stand zur Problemlösung sachgerechtesten gehalten hat. Außerdem dürften Verbesserungen, etwa bei der Vergütung der Langlieger und im Bereich der Transplantationszentren, mit dazu beigetragen haben, dass insgesamt erstmals eine Vereinbarung möglich war.

SV **Jörg Robbers** (DKG): Anfang des Jahres haben die Selbstverwaltungspartner GKV, PKV und DKG dem InEK eine Art Generalauftrag gegeben und Erwartungen geäußert, wie das DRG-System für das Jahr 2005 aussehen soll. Damit hatte das InEK eine gewisse Freiheit und eine Arbeitsgrundlage. Dabei muss man vorsorglich in Erinnerung rufen, dass das InEK ein Institut der Selbstverwaltung ist und somit den verlängerten Arm der Selbstverwaltungspartner darstellt.

Im Kern gibt es drei oder vier Gründe. Erstens: Die Qualität der Kalkulationsdaten hat sich nachhaltig verbessert. Zweitens: ein deutlich verbesserter klassifikatorischer Ansatz hinsichtlich der deutschen Versorgungsqualität und eine weitere Nutzungsmöglichkeit des Instruments der Zusatzentgelte. Jetzt kommt das Aber: Bitte sehen Sie den großen Schritt der gemeinsamen Vereinbarung in Richtung Konvergenzphase. Was das InEK vorgelegt hat und was wir vereinbart haben, haben wir als Selbstverwaltungspartner uneingeschränkt mit dem Testergebnis „gut“ versehen. Es ist ein Schritt in die richtige Richtung. Aber es sind noch weitere Anpassungsschritte notwendig, um noch detaillierter und noch genauer an die entsprechenden Daten zu kommen und sie zu bewerten. Es sind weitere Verbesserungen nötig, auch hinsichtlich der Bereiche, die noch nicht abgebildet sind oder in denen es noch Schwächen gibt. Dies ist ein kontinuierlicher Prozess, aber auf Grund der deutlich verbesserten Kalkulationsdaten und der validen Arbeit des Instituts ist es uns diesmal relativ leicht gefallen, den Katalog, die Abrechnungsbestimmungen, die Bestimmungen hinsichtlich der Begleitpersonen und die Kodierrichtlinien gemeinsam als Selbstverwaltung vorzulegen und somit nicht einer Ersatzvornahme zuzuführen.

SV **Stefan Wöhrmann** (VdAK/AEV): Die Qualität des DRG-Systems korreliert positiv mit der Qualität der Daten, die dem System zu Grunde gelegt werden. Die Selbstverwaltungspartner haben bereits Anfang des Jahres Maßnahmen ergriffen, um Sondererhebungen durchzuführen, damit kostenintensivere Leistungen besser abgebildet werden. Das Problem im letzten Jahr war, dass die Krankenhäuser ihre Leistungen häufig nur nach Verweildauer aufgeschlüsselt haben. Das führte dann zu einer Kompression, die im Ergebnis Spezialleistung, teure Leistung, niedrig bewertet und Basisleistung sehr hoch bewertet hat. Durch die Sondererhebungen, die wir veranlasst haben, ist dieser Effekt kleiner geworden, so dass die Qualität des DRG-Systems einen entsprechenden Reifegrad erlangt hat. Dieser Reifegrad spiegelt sich dadurch wider, dass wir eine bessere Differenzierung im System wiederfinden und die Differenzierung nach außen, d. h. die Zahl der Entgelte der DRG's und der Zusatzentgelte, zugenommen hat. Das führt im Ergebnis zu einer entsprechenden Verbesserung, die dann wiederum dazu geführt hat, dass

der Katalog zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbarungsfähig war.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK): Man kann das mit Zahlen belegen: Die Zahl der Fallgruppen ist im neuen Katalog gegenüber dem alten um 54 gestiegen und liegt jetzt bei 878. Wir hatten als Selbstverwaltung ursprünglich 800 Fallgruppen als ausreichende Zielvorgabe anvisiert. Sie sehen, wie flexibel die Selbstverwaltung reagiert. Wir haben weiterhin die Zahl der Zusatzentgelte fast verdreifacht, von 25 im diesjährigen Katalog auf 71 im zukünftigen Katalog 2005. Herr Dr. Heimig und sein Institut sind auf Grund der Daten und auf unsere Bitten hin auf viele Problemfälle eingegangen, die in der Literatur und in der Diskussion der letzten Monate eine große Rolle gespielt haben. Ich möchte ein Beispiel nennen: Langlieger wurden zum ersten Mal kalkuliert und nicht einfach formelhaft vergütet. Es wurden Optimierungen bei Beatmungsfällen und onkologischen Fällen vorgenommen und vieles andere mehr. Sie haben gefragt, warum wir als Selbstverwaltung uns auf diesen Katalog einigen konnten: Der Katalog ist einfach gut und macht einen vernünftigen Eindruck.

Ich bin zuletzt von Abg. Wolfgang Zöller bei der Anhörung zur Finanzierung von Zahnersatz gebeten worden, nicht zu spekulieren. Mir bleibt aber hier nichts anderes übrig, als eine Spekulation vorzunehmen, wenn Sie fragen, warum die DKG das gemacht hat. Bei der DKG vermute ich, dass sie diesen guten Katalog nicht in Kraft setzen will, weil sie für einen 10 %-igen Einstiegswinkel plädiert und nicht für einen 15 %-igen, wie Sie es fordern. Wir als Spitzenverbände halten einen schnelleren Einstieg für richtig. Andernfalls wäre das so, als ob man einen guten Rennwagen hinstellen und dann beschließen würde, jetzt nicht einzusteigen oder nur mit angezogener Handbremse loszufahren. Der Rennwagen ist gut. Natürlich kann man ihn immer verbessern, das ist Sinn der Sache. Es geht um ein lernendes System. Aber auch die DKG hat eingestanden, dass dieser Katalog dem heutigen Stand entspricht, indem sie den Schritt getan und den Katalog für das Jahr 2005 als verantwortbar und richtig verabschiedet hat. Für diesen erfreulichen Schritt sind wir ihr sehr dankbar.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenha-

gesellschaft, die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen, Herrn Prof. Dr. Roeder und Herrn Prof. Dr. Neubauer: Die Bundesregierung verfolgt nach wie vor das Ziel, möglichst 100 % der Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen zu vergüten. Verträgt sich dieser 100 %-Ansatz mit der deutschen Versorgungswirklichkeit? Welcher Anteil der Leistungen könnte Ihrer Meinung nach theoretisch in einem irgendwann einmal optimalen DRG-System abgebildet werden? Welcher Weg sollte für die nichtabbildbaren Leistungen beschritten werden, um Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhalten? Eine vollständige Ausgliederung? In diesem Fall müsste man noch weitere Vergütungsstrukturen daneben beibehalten. Oder eine stärkere Differenzierung innerhalb des Systems, z. B. durch Zusatzentgelte und Zuschläge, die dann zu deutlich mehr Komplexität führen? Eine spezielle Frage an die Ärztekammer: Können Sie sich Kriterien vorstellen, um eine Ausgliederung auch sicher zu machen?

SV Dr. Peter Steiner (DKG): Wir halten es nicht für möglich, 100 % zu erreichen. Es wird immer Öffnungsmöglichkeiten für nicht sachgerecht abbildbare Leistungsbereiche geben müssen. Diese sind unabdingbar, sowohl auf der Bundesebene als auch auf der Ortsebene. Daran ist uns sehr gelegen. Man kann auf der Bundesebene vieles pauschalieren, aber auf der Ortsebene müssen entsprechende Öffnungen geschaffen werden, wenn die Durchschnittsbetrachtung für die Ortsebene nicht ausreicht. Man muss das System hier differenziert betrachten, einerseits die Bundesebene, auf der man sehr viel pauschalieren kann, andererseits die Ortsebene, auf der man Öffnungen schaffen muss, wo die Pauschalierung für die Spezifika des einzelnen Hauses einfach nicht zutrifft.

Natürlich sollte man versuchen, das System so weit wie möglich auszuspezifizieren, d. h. alle Möglichkeiten, die dieses Jahr auch schon angewandt wurden, weiter vorantreiben: Zusatzentgelte definieren, die Klassifikation nachhaltig an die deutsche Versorgungsrealität anpassen und darüber hinaus natürlich auch die Öffnungsklausel für krankenhaushausindividuelle sonstige Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntgG entsprechend nutzen. Eine generelle Herausnahme von ganzen Versorgungsbereichen halten wir an dieser Stelle nicht für sinnvoll. Man

müsste schon versuchen, über die Zeitschiene alle Leistungen im System abzubilden, wo dies entsprechend möglich ist.

SV Rudolf Henke (Bundesärztekammer): Die Bundesärztekammer hat immer die Auffassung vertreten, dass der 100 %-Ansatz ungewöhnlich ehrgeizig ist und im internationalen Raum auch kein Vorbild kennt. Wir wissen, dass im internationalen Raum – im MediCare in den USA – Ansätze von 30 % aller Patienten im DRG-System da sind, innerhalb von fünf Jahren. Wir haben auch die Situation, dass es hier nicht nur um ein Preissystem geht. Im ausländischen Raum haben wir vielmehr in großen Teilen nur Budgetermittlungen und Budgetverteilung, aber keine Preisfindung als Bestandteil des Systems. Das muss man sehen.

Nun haben wir uns natürlich Gedanken über die Frage gemacht, wie man unspekulativ entscheiden kann, wie groß der Anteil sein könnte. Hierzu darf ich auf das Alternativmodell verweisen, das die Bundesärztekammer zusammen mit anderen vorgelegt hat. Wenn man sagt, dass das Fallpauschalensystem ein lernendes System ist, kann man sich vorstellen, dass die Schüler in diesem System – also die unterschiedlichen Fallpauschalen – unterschiedlich lange dazu brauchen, diese Schule der Reifung zu durchlaufen. Wenn man weiter festlegt, Konsistenz, Homogenität, innere Stimmigkeit einer Fallpauschale sind dann gegeben, wenn sich in der Gauß'schen Verteilungskurve zur Abbildung der Wirklichkeit *eine* Spitze zeigt, könnte man schließlich hingehen und sagen: Zu dem Zeitpunkt, an dem wir diese Kriterien feststellen, setzen wir diese Fallpauschale ein – und zwar dann auch zu 100 %, weil sie dann zu 100 % anwendbar ist. Demgegenüber würde eine Fallpauschale, die die Konsistenz und die Homogenität noch nicht aufweist, auch erst zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt, wenn sie sich weiter entwickelt hat und aus der Quarta in die Obersekunda bzw. in die Oberprima vorgedrungen ist.

Wir könnten uns deshalb vorstellen, dass man – durchaus in Analogie zu den jetzt präsentierten Einstiegswinkeln – in diesem Fall ähnlich abwarten und verfolgen könnte, wie sich dieses System im Lauf seines Lernens durch bessere Datenfundierung weiter entwickelt. Dann müsste man nicht spekulativ vorhersagen, ob sich eine Quote von 50, 60 oder vielleicht auch 80 % erreichen ließe. Wir haben nicht die Er-

wartung dass man diese Konsistenz und Homogenität bei 100 % erzeugen kann, aber ließe man sich auf dieses Modell ein, wäre das nicht ausgeschlossen. Zum Thema Ausgliederung bitte ich, Herrn Dr. Rochell das Wort zu erteilen.

SV Dr. Bernard Rochell (Bundesärztekammer): Wir haben uns im Rahmen dieses Alternativmodells Gedanken darüber gemacht, dass zur Philosophie des DRG-Systems auch der Gedanke der Leistungsgerechtigkeit gehört bzw. die Idee, ein leistungsbezogenes Vergütungssystem zu entwickeln. Auf Grund des von Herrn Henke geschilderten Heterogenitätsproblems – die Fallpauschalen weisen unterschiedliche Reifegrade auf – haben wir die Richtung verfolgt, dass eigentlich ein Qualitätskriterium entwickelt werden müsste, das etwas darüber aussagt, wie gut dieser Katalog oder einzelne Fallpauschalen dieses Katalogs die Leistungswirkungswirklichkeit bereits abbilden können. Das InEK hat nach den Vorgaben der Selbstverwaltung bereits Kriterien zur Fragestellung entwickelt, wann und unter welchen Umständen eine neue Fallpauschale überhaupt definiert werden soll. Da gibt es bereits Homogenitätskriterien. Dementsprechend müsste es möglich sein, auch Homogenitätskriterien für eine Art gesteuerte Freigabe des DRG-Fallpauschalenkataloges abzuleiten.

Wir haben das im Anhang zu unserer Stellungnahme einmal an einem Beispiel durchgeführt und einen solchen Kriterienkatalog vorgegeben. Demnach würden aus dem System 2004 bereits 61 Fallpauschalen diese Mindestanforderung erfüllen. Wir haben anhand der Kalkulationsdaten, die in das System 2004 eingeflossen sind, nachgeprüft, dass damit rund 15 % der Stichprobenfälle der Kalkulation diese Kriterien erfüllen und dort rund 18 % der Fallkosten, die zu Grunde gelegen haben, abgebildet würden.

Das DRG-System 2005 sieht schon weit besser aus als der Vorjahreskatalog. Insofern müssen wir uns dem Lob an das InEK ausdrücklich anschließen, wenngleich wir das System mangels vorhandener endgültiger Transparenz in seiner Umverteilungswirkung noch keinesfalls beurteilen können. Nach unserer Schätzung könnten nach diesen Homogenitätskriterien ca. 20 % des Kataloges 2005 zu einer in Euro und Cent einheitlichen Bewertung für alle Krankenhäuser freigegeben werden. Der Rest der

noch nicht hinreichend reifen Fallpauschalen könnte im Grunde im krankenhausindividuellen Erlösbereich bleiben. Damit hätten wir einige weitere Probleme gelöst. Die Landesebene hat große Schwierigkeiten bei der Festlegung des landeseinheitlichen Basisfallwertes. Diese Notwendigkeit würde entfallen. Zudem kämen wir von der Diskussion darüber weg, welche Verlierer in dem System zu Unrecht verlieren bzw. welche Gewinner zu Unrecht gewinnen. Vielmehr kämen wir wieder zu der Frage, welche Leistungen durch diesen Katalog sachgerecht abgebildet werden und welche nicht. Das System würde sich durch seine Fortentwicklung selbst freischalten. Insofern halten wir das für einen sachgerechteren Weg.

SV Stefan Wöhrmann (VdAK/AEV): Man muss bei der Beantwortung der Frage zunächst einmal trennen, ob es sich hier um ein medizinisches oder ein Systemproblem handelt. Es ist nicht so, dass dieser 100 %-Ansatz von Anfang an in Betracht gezogen worden ist. Wir haben heute schon den Bereich der Psychiatrie, der mehr als 10 % der Gesamtkosten innerhalb der GKV ausmacht, ausgegliedert. Wir reden also ohnehin nur über ein 90 %-System. Da wo ganze Bereiche ausgegliedert werden können oder sollten, ist das auch schon geschehen, wie beispielsweise bei den besonderen Einrichtungen. Auch Einzelausnahmen kennen wir durch den Bereich der Zusatzentgelte.

Immer dann, wenn es darum geht, bestimmte Ausnahmen zu regeln, die auch bundes- oder landeseinheitlich zu regeln sind, sträuben sich dagegen auch nicht die Spitzenverbände der Krankenkassen. Das eigentliche Problem liegt doch darin, dass wir hier bei der Ausgliederung – und die DKG hat das ja gerade bestätigt – nicht favorisiert, dass gesamte Bereiche ausgegliedert werden sollen, sondern nur Teile, dass wir also zu einem Nebeneinander zweier Vergütungssysteme kommen, indem einerseits krankenhausindividuelle Entgelte und andererseits landesweite Entgelte greifen sollen. Damit kämen wir zu dem Mischsystem zurück, das wir eigentlich 1999 abschaffen wollten.

SV Prof. Dr. Norbert Roeder: Der 100 %-Ansatz wird derzeit meiner Ansicht nach gar nicht mehr verfolgt. Durch die gesetzlichen Änderungen in den letzten Jahren – in den Jahren nach der ursprünglichen Gesetzgebung – ist eigentlich schon eine weiter gehende Öff-

nung angestoßen worden. Wir haben Zusatzentgelte. Ich teile die Meinung von Herrn Wöhrmann nicht, dass durch die Psychiatrie-Ausgliederung letztendlich der 100 %-Ansatz verlassen wurde. Das war nie angedacht, sondern angedacht war ein 100 %-Ansatz für die somatischen Fachgebiete. Wir haben jetzt schon ein Mischsystem mit additiven Vergütungskomponenten. Wir müssen auf dem Weg weitergehen, die Produkte und die Leistungen der Krankenhäuser exakt genug zu beschreiben.

Denn wir haben – und da schließe ich mich Herrn Henke an – in Deutschland eine besondere Situation: Wir wollen das DRG-System als ein Preissystem einsetzen, nicht als ein Budgetbemessungssystem, das grundsätzlich die Leistungen eines Krankenhauses misst, die dann additiv durch spezifische Komponenten zusätzlich vergütet werden können und wo dann in vierzehntägigen Abschlägen – so läuft es in Australien – Budgetanteile an das Krankenhaus fließen. Wir haben ein Einzelleistungssystem, ein System, das den Aufenthalt in einem Krankenhaus in Fallpauschalen exakt beschreiben muss. Wir sind bei einem Großteil der Fallpauschalen noch weit entfernt von der exakten Beschreibung, weil wir auch ein Problem damit haben zu definieren, was denn die deutsche Behandlungswirklichkeit ist. Im Moment ist die deutsche Behandlungswirklichkeit das, was innerhalb einer DRG-Fallgruppe im Mittel an Leistung erbracht wird, ohne dass das auch hinsichtlich der Effizienz, hinsichtlich der qualitativen Ziele, die erreicht werden sollen, beurteilt würde.

In Bezug auf die Frage, ob wir mehr differenzieren oder mehr ausgliedern sollen, plädiere ich für eine weitergehende Differenzierung des Fallpauschalensystems mit den additiven Vergütungskomponenten der Zusatzentgelte, die gerade im Jahr 2005 erheblich ausgebaut wurden, sicherlich aber noch nicht die Endausbaustufe darstellen können. Insbesondere in den Fachgebieten wie der Onkologie haben wir große Probleme, die Leistung mit den Fallgruppen und vielleicht auch noch mit den neu etablierten Zusatzentgelten exakt darzustellen. Meine Arbeitsgruppe hat dazu verschiedenste bundesweite Untersuchungen in den entsprechend betroffenen Fachgebieten durchgeführt. Zusammenfassend: Mehr Differenzierung über Fallgruppen ist der Weg, der verfolgt werden sollte, aber damit dieser Weg auch verfolgt werden kann, müssen schützende Rahmenbe-

dingungen da sein. Dies bedeutet, dass wir nicht zu stark in einer beginnenden Konvergenz auf 2005 umverteilen können auf ein System, das den Reifegrad dafür noch nicht erreicht hat.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Es ist wichtig, dass man sich davon lösen muss, dass DRG's jemals 100 % erklären könnten. Das ist ungefähr so, als wenn man die Statistik der 100 m-Läufer vergleicht und ausgerechnet, wann der erste Mensch 100 m in null Sekunden läuft. Da können Sie auch die statistische Kurve zeichnen, aber jeder weiß, dass die Realität nie bei Null landen wird. Bei den DRG's ist das ähnlich. Wenn man das zur Kenntnis genommen hat, kann man mit verschiedenen Lösungen an die Frage herangehen. Da gibt es aus meiner Sicht technische Lösungen. Dabei definiert man diejenigen 20 bis 25 % der Leistungen, die nicht *zu* offenbar sind, und legt dafür Ausnahmelösungen fest.

Hier muss man allerdings wissen, Herr Prof. Dr. Roeder, dass das die Gefahr der Unübersichtlichkeit birgt. Das kennen wir aus dem Steuerrecht: Am Schluss kann das nur jemand beherrschen, der viele kluge Leute hat. Deshalb sollte man mit diesen Lösungen vielleicht etwas vorsichtiger sein. Ich bin auch nicht so skeptisch wie Herr Wöhrmann, dass ein Mischsystem so sein muss, wie wir es gehabt haben. Es kann auch vernünftig gemischt werden, wenn man damit richtiger umgeht. Wichtiger ist: Wenn Sie das Ziel nicht kennen, ist jeder Weg falsch oder richtig. Ich behaupte, wir sprechen zu wenig über das Ziel. Erst dann kann ich Ihnen sagen, welche Wege richtig sind. Darüber müssen wir diskutieren. Es gibt viele andere Lösungen. Man kann über den CMI gehen, über Basisfallraten.

Eine statistische Lösung für das Problem, wie wir es fertig bringen, dass der erste Mensch statistisch gesehen 100 m in null Sekunden läuft, möchte ich Ihnen noch vorschlagen: Sie bilden eine Leistungsgruppe, die nicht unbedingt DRG heißen muss, definieren darin einen Mittelwert Null und machen eine Abweichung von jeweils minus 10 Sekunden und plus 10 Sekunden. Dann haben Sie einen Mittelwert Null und statistisch einen Nullwert erreicht, aber wissen, dass das keine Normalverteilung ist. Sie bleiben immer bei 10 Sekunden liegen. Vor so einer statistischen Lösung, einem solchen Artefakt, muss man sich doch hüten!

Noch einmal das Wichtigste: Man muss Abschied von der Vorstellung nehmen, es gebe die 100 %-Lösung. Dann ist man auf dem richtigen Weg. Dann muss man immer noch definieren, wo man hin will. Hierzu fehlt mir die Diskussion. Das wäre eine andere Frage an mich wert, auf die ich noch Antwort geben könnte.

Abg. Andreas Storm (CDU/CSU): Ich möchte an dieser Stelle mit einer Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, einen Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen und die Professoren Dr. Neubauer und Dr. Roeder anschließen: Wann wird aus Ihrer Sicht das DRG-System einen Reifegrad erreicht haben, der es rechtfertigt, dass wir die Krankenhausleistungen durchgängig auf Fallpauschalen umstellen, und welche Entwicklungsarbeiten müssen dafür von der Selbstverwaltung, vom InEK und gegebenenfalls vom Gesetzgeber geleistet werden? Halten Sie die Öffnungsklauseln und Zuschlagsregelungen, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen sind, für ausreichend oder sollten sie erweitert werden? Sollten Zusatzentgelte, Zuschläge oder sonstige Entgelte vorzugsweise bundesweit einheitlich vorgegeben werden oder individuell vor Ort ausgehandelt werden?

SV Jörg Robbers (DKG): In der Konsequenz der Beschlusslage der DKG, die wir auch in unserer Stellungnahme niedergelegt haben, gehen wir davon aus, dass wir nach Abschluss der fünf Konvergenzschritte ein DRG-System haben werden, das dann ohne Konvergenz angewendet werden kann. In Bezug auf das DRG-System und seine Anwendung stimme ich Herrn Prof. Dr. Neubauer ausdrücklich zu – und das beschäftigt uns nachher auch noch bei den anderen Fragen: Wir gehen davon aus, dass die Schutzmechanismen nach der Konvergenz wegfallen werden und das System dann praktiziert wird, wobei es offen ist, unter welchen Rahmenbedingungen es praktiziert wird.

Wir haben den Zustand, dass wir uns rüsten und uns mit Wettbewerbselementen befassen, dass wir das Wort Preissystem gerne in den Mund nehmen und weniger eine intelligentere Form der Budgetierung unter Leistungstransparenz und -gesichtspunkten. Wir arbeiten darauf hin, dass wir nach Abschluss der Kon-

vergenz ein anwendungsfähiges DRG-System haben. Diese fünf Konvergenzschritte brauchen wir dringend, um das System weiterzuentwickeln. Die Rahmenbedingungen – da sind wir uns wohl einig – müssen zu einem späteren Zeitpunkt erst noch einmal diskutiert werden, ebenso wie die Frage, wo wir mit dem DRG-System überhaupt endgültig hinwollen.

Sie haben uns noch eine Zusatzfrage gestellt. Das DRG-System – ich meine, das hätte auch Prof. Dr. Neubauer eben gesagt – ist das Herzstück. Das ist der Kern, wo das, was richtig abgebildet ist, praktiziert wird. Dies wird den größten Teil der stationären Leistungen umfassen. Ein Grundfehler, den es immer schon in den alten Diskussionen gegeben hat und der uns jetzt einholt, liegt darin anzunehmen, dass ich alles in ein DRG-System pressen kann bzw. dass ich mit Bundesvorgaben regeln kann, was ich nicht in ein DRG-System pressen kann. Das ist auch das Problem der Ausbildungsstätten.

Wenn Sie genau hin hören, fürchtet die Kassenseite – ich darf Herrn Wöhrmann einmal personifiziert ansprechen ein Wort. Dieses Wort stört die Kassenseite eminent, ist jedoch der Schlüssel für unser Verständnis, nämlich Restindividualität. Das ist das Entscheidende. Wir schätzen ein DRG-System ab dem Jahr 2009 vermutlich für voll anwendbar ein, wenn noch zusätzlich Restventile für Individualität gegeben werden. Das betrifft Zuschläge, das betrifft auch die besonderen Einrichtungen.

Zusatzentgelte, Herr Storm, werden jetzt doppelt geregelt: Einerseits gibt es durch das InEK bepreiste Zusatzentgelte – was ein richtiger Weg ist, wenn es vertretbar ist, es zu standardisieren. Ein Teil der Zusatzentgelte wird zudem beschrieben. Das sind die Fälle, in denen die Höhe nicht bundeseinheitlich ermittelbar ist. Diese Zusatzentgelte werden individualisiert. Wenn Sie fragen, was Sie als Gesetzgeber tun könnten, um das Gesetz noch zukunftsfähiger zu machen – jetzt oder später –, so ist dies, den Gedanken der zusätzlichen Individualisierungsmöglichkeiten neben dem Kernsystem sauber herauszuarbeiten und gesetzlich zu regeln. Unsere Vorschläge liegen dort auf dem Tisch.

SV Stefan Wöhrmann (VdAK/AEV): Man kann natürlich sicher nicht direkt einen Zeitpunkt nennen, zu dem das DRG-System den

Reifegrad erreicht hat, um zu einem 100 %-igen Preissystem zu kommen. Die Qualität des DRG-Systems hängt von der Qualität der Daten ab, die von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert werden. Die Kalkulationsqualität hat in den letzten drei Jahren erhebliche Fortschritte gemacht; sie ist mit Sicherheit noch nicht am Ende angelangt.

In der Bundesrepublik sind wir jedoch im internationalen Vergleich gesehen in einer sehr glücklichen Lage, weil wir mehr als 130 Krankenhäuser haben, die sich dauerhaft an der Kalkulation beteiligen. Andere Länder haben nur etwa 20 oder 30 Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation für das jeweilige DRG-System im Land beteiligen. Insofern haben wir hier recht gute Rahmenbedingungen. Zu den guten Rahmenbedingungen gehört neben der Zahl der Krankenhäuser auch die Unterstützung durch das von uns in die Wege geleitete, intensive Betreuungskonzept über das InEK mit den kalkulierenden Krankenhäusern, so dass man davon ausgehen kann, dass die Qualität hinsichtlich der Kostenträgerrechnung den Stand erreichen wird, den wir benötigen, um schnellstmöglich auf ein Preissystem übergehen zu können.

In Bezug auf die Öffnungsklauseln halten wir die gegenwärtigen Regelungen für ausreichend – über besondere Einrichtungen, über Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte bzw. über die Zusatzentgelte –, um das System schnellstmöglich einführen zu können.

SV Prof. Dr. Norbert Roeder: Den Zeitrahmen kann man nicht exakt vorhersagen. Man muss zunächst definieren, was für ein Ziel man überhaupt erreichen will; das hat Herr Prof. Dr. Neubauer eben auch schon ausgeführt. Für die Standardleistungen, d. h. für die Leistungen, die hochfrequent in fast jedem Krankenhaus erbracht werden, werden wir sehr schnell eine sachgerechte Abbildung erreichen; vielleicht haben wir sie teilweise schon erreicht. Die Bundesärztekammer hat das – wenn ich mich richtig erinnere – an Kriterien wie z. B. der Homogenität für 60 Leistungen oder 60 Leistungsgruppen dargestellt.

Ein Problem sind Spezialleistungen. Dazu zähle ich die Hochleistungsmedizin, die Behandlung seltener Erkrankungen oder auch die Behandlung von chronisch kranken Patienten. Ich denke hier an die Rheumatologie, an die

schwere Herzinsuffizienz oder an die Palliativmedizin, wo wir eine hohe Variabilität in der Behandlung haben, die in der Kalkulation jetzt noch weitgehend untergeht. Das ist nicht unbedingt ein Problem der Kalkulationsmethodik, sondern einfach ein Problem der Mengenverhältnisse in den Stichproben, die der Kalkulation in den jeweiligen DRG's zu Grunde liegen.

Wenn man berücksichtigt, dass diese Spezialleistungen auch vernünftig abgebildet werden müssen – entweder in spezifischen Fallgruppen oder in spezifischen additiven Vergütungsformen – ,wird man sicherlich noch vier bis fünf Jahre benötigen, bis man eine weitgehende Annäherung an die Ausgestaltung oder an die Möglichkeiten der Ausgestaltung des Fallgruppensystems haben wird. Auf Daten gestützt wird man dabei auch an die Grenze der Ausgestaltung kommen und wird diese Grenze auf Daten gestützt beschreiben können.

Schließlich wird man ziemlich genau wissen – das wäre meine Hoffnung oder auch meine Prognose –, was aus einer pauschalierten Finanzierung auszunehmen ist, was sich endgültig nicht finanzieren lässt. Denn wir müssen sehen, dass während der jährlichen Weiterentwicklung des Systems verschiedene Mechanismen greifen. Einerseits wird sich die Therapie teilweise an den Katalog annähern. Ob wir das gut finden oder nicht, ist eine andere Frage, die wir hier auch nicht zu diskutieren brauchen. Andererseits wird sich der Katalog an die Therapie annähern, so dass wir eine weitergehende Homogenisierung haben. Das, was sich nicht annähern kann und letztendlich auch nicht pauschalierbar ist, wird übrig bleiben. Das werden wir datengestützt sehr gut beschreiben können.

An zusätzlichen Komponenten benötigen wir mehr Zusatzentgelte. Bei der Beantwortung Ihrer Frage, ob die Zusatzentgelte bundesweit vorgegeben oder ortsindividuell verhandelt werden sollen, muss man weiterhin zwei Gruppen von Zusatzentgelten unterstützen. Leistungen, die bundesweit häufig erbracht werden, aber innerhalb der DRG's hoch variabel sein können, wie z. B. teure onkologische Medikamente, können sicherlich bundesweit bewertet werden, denn dafür gibt es wiederum einen Durchschnitt. Aber der Durchschnitt muss additiv – entweder es wird eingesetzt oder es wird nicht eingesetzt – zur DRG finanziert werden. Es gibt aber auch Leistungsbe-

che, die sehr selten, in wenigen Krankenhäusern erbracht werden. Diese Leistungsbereiche können in sich wieder sehr variabel sein, so dass wir hier Möglichkeiten haben müssen, auf der Ortsebene die Vergütung zu verhandeln – so wie es jetzt auch im Fallpauschalenkatalog 2005 vorgesehen ist. Wie hoch die Anteile der jeweiligen Partitionen sein können, lässt sich schwer abschätzen und ist letztendlich auch Ergebnis einer datengestützten Weiterentwicklung des Systems.

Hinsichtlich der Frage, was der Gesetzgeber tun kann, halte ich es nicht für erforderlich, dass der Gesetzgeber an dem Rahmen sehr viel ändern muss. Ich halte es für eine sehr gute Entscheidung der Selbstverwaltung, dass das InEK als Institut der Selbstverwaltung weitgehend Freiraum bekommen hat, ohne starke Restriktion weiterzuentwickeln. Diesen Freiraum muss es weiter haben, denn dadurch hat sich dieser erhebliche Entwicklungsschritt von 2004 zu 2005 ausgestalten lassen.

Der gesetzliche Rahmen scheint mir grundsätzlich geeignet, in einigen Bereichen inhaltlich jedoch noch nicht gut genug ausgestaltet. Ein Beispiel ist die Implementierung von innovativen Verfahren, von neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden. Hier haben wir zwar einen gesetzlichen Rahmen, der ohne Probleme argumentierbar ist und der rein theoretisch umsetzbar wäre, der aber aus meiner Sicht von der derzeitigen Form der Ausgestaltung her so bürokratisch ist, dass wir für 2005 gar nicht probieren müssen, als Krankenhaus Innovationszusatzentgelte zu vereinbaren. Da würden wir an der Ausgestaltung scheitern. Hier gibt es Nachbesserungsbedarf, der aber auch zu großen Teilen in den Reihen der Selbstverwaltung erfolgen muss.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Wir haben gehört, dass das Verhältnis etwa 25 : 75 ist. 75 % sind gut abbildbar und können ins DRG-System genommen werden, 25 % sind es nicht. Für diese 25 %, die nicht genügend gut abgebildet werden, gilt die Grundregel: Sie müssten bundeseinheitlich definiert, aber individuell bewertet werden. Das ist eine Grundregel, die wir überall, wo wir Wettbewerb haben, durchsetzen müssen. Wir wollen wissen, was wir vergleichen, aber die Bewertung wird flexibel vor Ort durchgeführt. Mit diesem Grundsatz kommt man meiner Ansicht nach sehr viel weiter.

Das gilt auch für die Zusatzentgelte: Wir müssen wissen, wofür gibt es Zusatzentgelte, aber die Höhe kann vor Ort bestimmt werden. Weil wir wissen, was Zusatzentgelte sind, kann man das auch bundesweit vergleichen. Wenn die Kassen bereit sind, vor Ort mehr zu bezahlen, haben sie so entschieden, weil sie das vor Ort entsprechend beurteilt haben. Damit kommt man gut durch das System. Damit kann man das DRG-System insgesamt auch einerseits genügend weit standardisieren, andererseits aber auch genügend stark flexibilisieren. Man muss wissen, dass ein Krankenhaus heute quasi in die roten Zahlen und in die Existenznot kommt, wenn es 5 % Budget verliert. Ein System, in dem eine Basis von 25 % so ungenau bleibt, würde für jedes Krankenhaus ein existenzielles Risiko bedeuten. Das kann man nicht wollen, das darf man nicht. Deshalb muss man so vorgehen.

Abg. **Wolfgang Zöllner** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Landkreistag und an Herrn Prof. Dr. Neubauer: Halten Sie eine Verlängerung der Konvergenzphase für plausibel, um den erfolgreichen Weg zu gehen und die Mängel im Fallpauschalensystem in dieser Zeit zu beheben? Welche Voraussetzungen müssten dafür erfüllt werden, damit wir nicht nach zwei Jahren vor der gleichen Frage stehen, ob wir die Konvergenzphase wieder verlängern müssen?

SVe **Ursula Friedrich** (Deutscher Landkreistag): Damit man die Position des Deutschen Landkreistages versteht, muss ich darauf hinweisen, dass wir von Anfang an die Einführung des DRG-Fallpauschalensystems positiv begleitet und unterstützt haben. Wir haben aber auch von Anfang an darauf hingewiesen, dass man in dieses System nur einsteigen kann, wenn man entsprechend gut vorbereitet ist und die Krankenhausfinanzierung auf qualitativ ausgewogene und homogene DRG-Fallpauschalen umstellt. Der Deutsche Landkreistag hat sich beim Krankenhausentgeltgesetz nicht durchsetzen können, sondern man ist am 1. Januar 2003 in das System eingestiegen. Das hat jetzt zu den Besorgnissen geführt, die wir damals schon geäußert haben, dass Fehleinschätzungen und Fehlbeurteilungen durch die Politiker erfolgen. Die Landräte des Deutschen Landkreistages sehen jetzt, dass sie sich auf dieses System vorbereitet haben und mei-

nen deshalb, dass eine Änderung des Fallpauschalengesetzes zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfrüht ist. Man hat sich darauf eingestellt und möchte nun die Konvergenzschritte und Konvergenzphasen, wie sie im Gesetz angelegt sind, so behalten. Man möchte so einsteigen, um damit die ersten Erfahrungen machen zu können.

SV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Wenn man davon ausgeht, dass sich irgendwann das Verhältnis 75 : 25 ergibt, dann ist die Frage der Verlängerung nur eine Frage danach, welche Anpassungszeit man den Krankenhäusern gibt, aber keine Frage der Verbesserung des Systems. Von daher könnte ich sagen, dass es schneller gehen kann. Zu beurteilen wäre allenfalls die Frage der Umstellung der Krankenhäuser. Ich denke hier insbesondere an die Kreiskrankenhäuser, die Angestellte habe. Welche nach BAT entlohnt werden. Diese Krankenhäuser würden sich schwer tun, ihre Kosten zu senken. Dabei wissen wir aber, dass die kleinen Krankenhäuser eher die Gewinner sind, obwohl ich das für einen großen Trugschluss halte, denn später werden sie die Verlierer sein. Aber das muss man zu einem späteren Zeitpunkt diskutieren. Wenn man an die öffentlichen Häuser mit den öffentlichen Personalstrukturen denkt, die sich entsprechend schwer tun, ist mehr Zeit besser für sie. Das ist aber eine Schonfrist, die man nicht vom System her, sondern von der Anpassungsfähigkeit der Krankenhäuser her sehen muss.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte eingangs sagen, dass ich es nicht als Unhöflichkeit verstanden wissen möchte, wenn ich Sie bitte, sich bei den Antworten kurz zu fassen: Wir haben viele Fragen, aber nur einmalig 15 Minuten. Die erste Frage geht an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Insbesondere von Seiten größerer Kliniken wird die Einführung einer Kappungsgrenze gefordert, d. h. eine Verlustbegrenzung für Kliniken während der Konvergenzphase in Höhe von 10 %. Ist eine solche Kappungsgrenze aus Ihrer Sicht sinnvoll oder nicht? Bedeutet eine Kappungsgrenze nicht Relativierung bzw. Minderung der jeweiligen Konvergenzschritte? Was bedeutet die Kappungsgrenze unter wettbewerblichen Gesichtspunkten?

SV Dr. Peter Steiner (DKG): Wir halten die Kappungsgrenze für absolut notwendig, um die entsprechenden Anpassungsschritte durchführen zu können, d. h. auch jedem Haus tatsächlich die Möglichkeit zu geben, entsprechend in die Konvergenzphase einsteigen zu können. Natürlich wird die Kappung dazu führen, dass es gewisse Umschichtungen gibt, weil diese entsprechend geschützten Bereiche über die Landesbaserate verrechnet werden müssen. Dies führt dazu, dass die Häuser, die von unten nach oben kommen, etwas weniger an Zuegewinn haben werden.

Die Kappungsgrenze ist alleine schon deshalb absolut erforderlich, weil andernfalls die Gefahr besteht, dass strukturelle Verwerfungen auftreten, d. h. dass Häuser schlichtweg vom Markt verschwinden. Das kann man mit dem Sicherstellungsauftrag der Länder überhaupt nicht vereinbaren. Die Häuser müssen deshalb zusätzlich abgesichert werden, auch vor dem Hintergrund, dass das System noch nicht vollständig ausgereift sein kann.

Die Kappungsgrenze haben wir in Anlehnung an die vorgeschlagenen Konvergenzschritte ausgestaltet oder vorgesehen, d. h. dass sie dynamisiert ist und dadurch mit zunehmender Systemschärfe zunehmend nach oben angepasst werden kann. Aus unserer Sicht ist die Einrichtung der Kappungsgrenze also absolut notwendig, um Sicherheit für die Häuser, aber auch die Sicherheit der Versorgung in den Ländern zu gewährleisten.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Wir haben unsere Position schon mehrmals und auch in unserer Stellungnahme deutlich erläutert: Wir sind eindeutig gegen die Kappungsgrenze und gegen die Verlängerung der Konvergenzphase. Ich möchte das Beispiel von dem hoch entwickelten Rennwagen noch einmal strapazieren. Es ist heute sehr deutlich gesagt worden, dass der Katalog 2005 wirklich einen Quantensprung in der Qualität darstellt. Zu 75 % – unserer Meinung nach liegt dieser Wert noch höher – werden die Leistungen adäquat abgebildet. Nun soll dieser Rennwagen auf die Straße gesetzt werden und losfahren, wird aber herunter geregelt. Nach den ursprünglichen Ansätzen sollte er auf 25 % seiner Leistungsfähigkeit herunter geregelt werden, das waren die ursprünglichen Konvergenzschritte. Jetzt soll er auf unter 10 % herunter geregelt werden, wenn die Kappungsgrenze greift. Damit

wird die Wirkung des Systems, die alle gewollt haben, außer Kraft gesetzt. Da nehmen meiner Ansicht nach die Rahmenbedingungen Geschwindigkeit aus dem System heraus. Die Krankenhäuser, die sich auf das neue System eingestellt und vorbereitet haben, werden bestraft. Aus diesen Gründen lehnen wir die Einschränkungen ab.

Hinzu kommt insbesondere folgender Hintergrund: Den Kostenträgern wurde das System vergangenes Jahr mit allen Umverteilungskonsequenzen, die damit verbunden waren, vorgelegt. Bei uns hat das System vom ersten Tag an 100 % gewirkt. Jetzt, wo es bei den Krankenhäusern in vier moderaten Schritten à 25 % – das war der Ausgangswert – greifen soll, soll nun modifiziert werden.

Wir haben mehrfach gehört, dass der Katalog 2005 ganz deutliche Verbesserungen bringt. Die Schere, die wir derzeit noch auf der Basis des 2004er Kataloges haben, wird ganz deutlich zurückgehen, weil die hochleistungsmedizinischen Prozesse höher bewertet sind und man im unteren Bereich auch die weniger aufwändigen Fälle mit niedrigen Relativgewichten versehen hat. Damit wird der Divisor verändert, die Schere geht eindeutig zu. Die Scheren, die sich auf Grund des 2005er Kataloges noch darstellen werden – das können wir jetzt erst in den nächsten Tagen und Wochen ausrechnen, wenn mit den neuen Gruppen gerechnet wird – werden wesentlich kleiner sein. Deshalb wird die ganze Diskussion, die hier meines Erachtens nach noch auf der Basis der Auswirkungen des 2004er Kataloges geführt wird, in dem Moment obsolet, in dem wir die Werte aus der 2005er Auswertung kennen. Deshalb unser klares Plädoyer: Eine Verlängerung der Konvergenzphase und die Kappungsgrenze stoppen und bremsen das System.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Zusatzfrage: Können mit der von Ihnen soeben angesprochenen Regelung auch die Maximalversorger zurechtkommen?

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK): Die Kappungsgrenze kann generell nicht zur Lösung der momentan diskutierten Probleme des DRG-Systems empfohlen werden. Sie entspricht einer unbefristeten Individualisierung der Konvergenzphase. Nach Berechnun-

gen des AOK-Bundesverbandes benötigt ein Krankenhaus, das bei 140 Prozent des Landesbasisfallwertes liegt – unter der Prämisse einer einprozentigen Kappung – 29 Jahren um auf 100 % des Niveaus des Landesbasisfallwertes zu konvergieren. Bei aller notwendigen Individualisierung war jedem Befürworter der DRG's eines klar: Es wird Gewinner und Verlierer geben. Krankenhäuser, die sich auf die DRG's eingelassen haben und konsequent ihre Umstellung vorangetrieben haben, zählen jetzt zu den Gewinnern und sind bereits im DRG-System angekommen. Bei denjenigen Krankenhäusern allerdings, die jetzt die Kappungsgrenzen einfordern, ist es unmöglich zu sagen, wann letztendlich eine Konvergenz auf Landesbasisfallwertniveau – und damit eine Umstellung auf DRGs zu 100 % – erreicht wird.

Eine weitere besorgniserregende Frage ist der Umgang mit Universitätskliniken. Nach Berechnung des AOK-Bundesverbandes liegt die normale Schwankungsbreite der Budgets der Universitätskliniken bei ca. zwei Prozent. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich um eine erste grobe Auswertung auf der Basis von AOK-Daten handelt, die – auch auf Grund der Rüge des Abg. Wolfgang Zöller – noch einmal eingehend überprüft wird. Eine einprozentige Kappungsgrenze würde – diesem Argument folgend – die bestehenden Krankenhausbudgets zusätzlich zementieren. Eine überprüfte Berechnung wird auf Anfrage gerne nachgereicht.

Ich wiederhole noch einmal: Eine generelle Kappungsgrenze über alle betroffenen Krankenhäuser ist eine Individualisierung der Konvergenzphase. Das Ende der Konvergenzphase und auch die vollständige DRG-Einführung sind dann unbestimmt. Diejenigen Krankenhäuser, die eigentlich durch die DRG-Einführung zu Anpassungen gezwungen werden sollten, werden erneut vor effizienzsteigerndem Wettbewerb geschützt, anpassungsfähige Krankenhäuser um ihren Lohn gebracht.

In Bezug auf die Universitätskliniken ist allerdings zu hinterfragen, ob bisher eine saubere Finanzierung aller Leistungen vorgenommen wurde. Sollte dies nicht der Fall sein, so erscheint mir ein zeitlich befristeter gesonderter Umgang durchaus angebracht. Die generelle Teilnahme der Universitätskliniken am Wettbewerb bleibt dagegen mittelfristig hoch sinnvoll. Normale Maximalversorger halte ich dagegen durchaus für wettbewerbsfähig. Ein

Sonderweg ist hier nicht notwendig. Die aufkommende Forderung nach einer Kappungsgrenze ist zudem nicht Eingeständnis eines schlechten Systems, sondern Ausdruck mangelnder Wettbewerbsfähigkeit einzelner Krankenhäuser. Mag es in Bezug auf Universitätskliniken noch zu prüfende strukturelle Gründe für einen gesonderten Umgang geben, ist mir ein solcher Grund in Bezug auf einen normalen Maximalversorger nicht bekannt.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben jetzt schon mehrfach gehört, dass wir wahrscheinlich nie 100 % erreichen werden. Es gibt immer noch bestimmte Patientengruppen oder Fachdisziplinen, die sich nicht sach- und finanzgerecht abbilden lassen. Ich frage Herrn Prof. Dr. Meencke: Können Sie am Beispiel der Epileptologie die Ursachen dieser Problematik erläutern? Inwieweit sehen Sie eine Lösungsmöglichkeit innerhalb des DRG-Systems, welches ausdrücklich als lernendes System angelegt ist? Für wie hilfreich halten Sie die vorgesehene Regelung für besondere Einrichtungen nach § 6 Krankenhausentgeltgesetz?

SV **Prof. Dr. Heinz-Joachim Meencke**: Die Logik des DRG-Systems geht davon aus, dass wir homogene Krankheitsgruppen und einen homogenen Ressourcenverbrauch haben. Gerade diese beiden Punkte aus der Logik des DRG-Systems sind in der Epileptologie als Paradedisziplin nicht gegeben. Das Missverständnis in der Öffentlichkeit – und möglicherweise auch beim Gesetzgeber – besteht darin, dass das als Diagnose genommen wird. Es ist aber keine Diagnose, sondern ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen, für bis zu 100 verschiedene Erkrankungen, die alle mit epileptischen Anfällen einhergehen. Der Gesetzgeber unterscheidet hier nicht zwischen epileptischen Anfällen und Epilepsie als chronischer Erkrankung. Die Akutbehandlung epileptischer Anfälle ist gut abgebildet, aber nicht die chronische Erkrankung Epilepsie, die sehr heterogen verläuft und eine lebenslange Behandlung erfordert, die zwischen einer Akutbehandlung und einer Rehabilitation steht.

Wir haben uns von Anfang an sehr bemüht, und es gab eine gute Zusammenarbeit mit dem InEK bei den Versuchen, dies abzubilden. Aber wir würden die Homogenität durchbrechen und das DRG-System unzulässig aufsplitten. Wir

hätten nicht 870, sondern 930 DRG's, wenn wir das versuchen wollten.

Die exzellente Arbeit des InEK hat jetzt dazu geführt, dass in Anlage 3 für 2005 zumindest die Epilepsie-Chirurgie und die Behandlung chronisch kranker Komplexbehandlung herausgenommen sind. Dies ist eine temporäre Lösung, so dass sich die Frage stellt, was wir in den nächsten Jahren machen. Dieses lernende System hat eine gewisse Lernbehinderung, indem wir immer zwei Jahre im Voraus stottern müssen. Insofern gibt es eine dem System immanente Barriere, sich adäquat an dieses System anzupassen.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zur Ausbildungsvergütung habe ich noch eine Frage an den Deutschen Pflegerat und an ver.di: Unterstellt man, dass in den Ausbildungshäusern die Krankenversorgung durch Ausbildungsmittel quersubventioniert wird, wird mit der im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung zur Ausbildungsfinanzierung dem Anspruch Genüge getan, Quersubventionierung zu vermeiden und eine höhere Transparenz der Ausbildungskosten zu erreichen?

SVe **Marie-Luise Müller** (Deutscher Pflegerat): Wenn wir dem Gesetzestext so folgen, wird für die Krankenhäuser weiterhin ein individuelles Aushandeln auf der örtlichen Ebene zulässig sein. Die Eingangshöhe dieses individuellen Aushandelns wäre dann bezogen auf dieses Krankenhaus und würde sich auf seine Besonderheit beziehen. Damit erreichen Sie natürlich eine große Ungleichheit. Deshalb macht es wenig Sinn, dass man die Individualität zunächst den Krankenhäusern überlässt. Vielmehr müsste der Weg über einen Einstiegswinkel mit einem hoch angesetzten Mittelwert gesucht werden, der aber in der Lage sein sollte, sich in den nächsten Jahren entsprechend der Datenlage anzupassen.

SV **Gerd Dielmann** (Bundesverband Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)): Das Problem der Quersubventionierung ist im geltenden Recht, also in dem, was ab 1. Januar 2005 in Kraft treten soll, weitgehend geregelt. Es würde aber auch in dem vorliegenden Gesetzentwurf geregelt, weil die Ausbildungsbudgets ausgegliedert werden sollen. Dies würde verhindern, was bisher immer passiert

ist, dass nämlich die Krankenhäuser aus einem Gesamtbudget heraus die Mittel zu Gunsten oder zu Lasten der Ausbildung verteilen konnten. Der zweite richtige Schritt ist, eine Zweckbindung verbindlich vorzusehen und diese durch einen Jahresabschlussprüfer kontrollieren zu lassen. Insofern ist das geregelt.

Wenn es bei dem geltenden Recht bleiben würde, fänden wir es allerdings problematisch, wenn man bundeseinheitliche Preise in einer Situation finden würde, in der die Krankenpflegesschulen und die anderen Ausbildungsstätten überhaupt nicht darauf eingestellt sind. Denn die beklagte heterogene Situation ist nicht nur ein Problem der Datenlage, sondern ist eine ganz reale Situation sehr unterschiedlicher Ausbildungsbedingungen, die sich über Jahrzehnte in den Krankenhäusern entwickelt haben, die die Ausbildungsstätten relativ unreglementiert gestalten konnten.

Es wäre fatal wenn man hier jetzt einen bundeseinheitlichen Preis einsetzen würde, weil die gut ausgestatteten Schulen bei einem Durchschnittspreis zu wenig Geld bekommen würden und die schlecht ausgestatteten zu viel Geld. Das kann niemand wollen. Von daher muss man in der jetzigen Situation von individuellen Ausbildungsbudgets in den Häusern ausgehen, die über eine längere Frist auch zu landesweiten Richtwerten organisiert werden können, wenn die Länder an der Festlegung von Standards beteiligt werden. Man muss Qualitäts- und Ausbildungsstandards festlegen. Dann kann man auch einen einheitlichen Preis festlegen. Aber man kann nicht über einen Durchschnittspreis alles über einen Kamm scheren.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen: Im Gesetzentwurf ist keine Genehmigung des Landesbasisfallwertes durch die Landesbehörden vorgesehen. Was spricht aus Ihrer Sicht gegen bzw. für eine Genehmigung des Landesbasisfallwertes durch die Landesbehörden?

SV **Jörg Robbers** (DKG): Wir halten die Genehmigung des Landesbasisfallwertes für den einzig richtigen Weg, um in ein geordnetes Verfahren für den Fall zu kommen, dass sich wer auch immer gegen eine entsprechende

Regelung wehrt. Sonst ist es theoretisch möglich, dass ich bei Bedenken gegen den Landesbasisfallwert letztlich jedes einzelne Budget angreifen müsste, d. h. wir befürchten für den Fall von Auseinandersetzungen – und die kann kein Mensch ausschließen –, dass wir in ein rechtliches Durcheinander kommen. Daher halten wir es für sauberer, direkt die Genehmigung zu beklagen und im Rahmen dieses Verfahrens dann einmal festzustellen, ob ein Landesbasisfallwert sachgemäß und rechtmäßig ist. Andernfalls wären in Nordrhein-Westfalen oder in Baden-Württemberg theoretisch mehrere hundert Klagen möglich, um an den Landesbasisfallwert heranzukommen. Für uns geht es hier um eine juristische Klarstellung und einen juristischen Vereinfachungsprozess.

Im Hinblick auf Stichworte wie Sicherstellungszuschlag und Ähnliches weiß ich zudem nicht, ob man das Land aus seiner Verantwortung herauslassen sollte. Bisher ist jedes einzelne Budget genehmigungspflichtig. Der Landesbasisfallwert ist doch sozusagen der rote Faden, der sich in jedem Budget wiederfindet. Daher ist die Befassung des Landes mit dieser wichtigen Rechnungseinheit ein zweiter Grund dafür, das Land hier in eine Mitverantwortung zu nehmen.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Neubauer: Wir hatten die Fallpauschalen damals unter dem Aspekt mitgetragen, damit den Wettbewerb fördern zu wollen. Wenn ich jetzt den Gesetzentwurf sehe, habe ich etwas Angst, dass die Sache immer weiter verzögert wird. Welche Überlegungen würden Sie als Wissenschaftler uns mitgeben: Wie könnte man den Wettbewerb intensivieren?

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Wenn man Wettbewerb will, muss man zunächst einmal von etwas Abschied nehmen, das hier immer noch die Grundlage ist, nämlich von einheitlichen Preisen. Wettbewerb kennt keine einheitlichen Preise, weder landeseinheitliche, noch bundesweite. Wettbewerb kennt auch keine genehmigten Preise, Herr Robbers. Wettbewerb heißt vielmehr, dass sich Preise am Markt bilden. Die DRG's haben deshalb ihre Bedeutung nicht verloren, sondern sind die Leistungsbeschreibung, die die Leistungstransparenz darstellt. Wie die Leistungen, die man vergleichen kann, anschließend bewertet wer-

den, würde sich in einem anderen Prozess, nämlich in einem Wettbewerbsprozess, vollziehen müssen. Ich höre, dass eigentlich alle Parteien einen Wettbewerb wollen. Auf der anderen Seite sprechen aber alle in irgendeiner Form von einheitlichen Preisen: Das ist schlichtweg kein Wettbewerb! Es gibt keinen Wettbewerb bei einheitlichen Preisen. Hier muss man ansetzen.

Wenn man keine einheitlichen Preise möchte, muss man fragen, wie Preise jetzt festgelegt werden. Das kann man in der Form machen, dass man Kassen vorab Verhandlungsfähigkeit auf ein DRG-System zuordnet, anders als die Bundes- und Spitzenverbände, die gegenüber ihren Landesverbänden immer Misstrauen nach dem Motto haben, die Landesverbände könnten das nicht, deshalb müsse es von den Spitzenverbänden festgelegt werden. Das ist schlichtweg eine Art Monopolisierung auf einer anderen Ebene. Dann findet man ganz klar heraus: Auf DRG-Ebene können die Kassen vor Ort Verhandlungen über das Preis-Leistungsverhältnis durchführen, wobei die Leistungen durch DRG beschrieben sind und sie die Preise verhandeln. Hier kann man eine Menge tun, aber das ist die Voraussetzung dafür, dass man weiterkommt.

Wenn man Wettbewerb will, muss man die Beurteilung der Preis-Leistungsfähigkeit des Krankenhauses auf DRG-Basis selbstverständlich auch den Patienten erlauben. Wer dem Patienten nicht einmal das erlauben will und sagt, wir geben dem Patienten feste Preise vor, weil er es nicht beurteilen kann, ist schlichtweg nicht in der heutigen Zeit angekommen. Wie kann ein Patient beurteilen, was geschieht? Das ist ganz einfach: Das Krankenhaus weist seine Basisfallrate aus, und allein anhand der Größe der Basisfallrate kann der Patient beurteilen, was er dafür bezahlen muss, unabhängig vom Relativgewicht. Damit sich der Patient aber dafür interessiert, muss man ihm die Freiheit geben, einen Krankenkassentarif zu wählen, bei dem er sich z. B. optional zu 10 % an seinen Krankenhauskosten beteiligen kann. Dann werden Sie feststellen, dass sich die berühmten 15 bis 20 % der Patienten beteiligen. Wenn sich 15 bis 20 % der Patienten das Krankenhaus gezielt aussuchen, ändert sich der gesamte Krankenhausesektor, weil es sich kein Krankenhaus leisten kann, 10 oder 15 % seiner Patienten zu verlieren. Von daher glaube ich, dass man das System sehr viel schneller in eine ganz andere Richtung bringen kann.

Die Krankenkassen haben uns doch gezeigt, wie nervös sie werden, wenn sie bloß 5 % Versicherte verlieren. Eine landeseinheitliche Base-Rate hätte übrigens die gleiche Bedeutung wie die Vorgabe gleicher Beitragssätze bei den Krankenkassen auf Landesebene oder Bundesebene. Das machen wir schließlich auch nicht, weil es um Wettbewerb geht. Hier kann man mit relativ wenigen Möglichkeiten das System verändern und in eine Richtung führen, wo auch die Außenstehenden in der Bewertungsphase ect. entlastet werden. Ich halte das für machbar. Die Frage ist eben auch nicht leichter als die nach der Finanzierung des Zahnersatzes: Man muss nur wollen.

Abg. Dr. Dieter Thoma (FDP): Ich frage Herrn Strehl, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Privatkrankenanstalten: Es wird von den Krankenhäusern der Maximalversorgung immer wieder vorgetragen, dass die Grundlagen der erarbeiteten Fallpauschalen so formuliert sind, dass die Leistungen bei komplizierten Erkrankungen nicht ausreichen. Außerdem höre ich immer wieder, dass sich gerade die Krankenhäuser der Maximalversorgung – Universitätskliniken inbegriffen – bei der Erstellung der Fallpauschalen wenig beteiligt haben. Wie ist die Situation?

SV Rüdiger Strehl (Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)): Wir haben der FAZ von gestern und der Stellungnahme der Kassen selbst mit einer gewissen Verblüffung entnommen, dass sie der Auffassung sind, die Universitätsklinika hätten sich nicht hinreichend an der Ermittlung der Kosten und der Erarbeitung der DRG's beteiligt. Das entspricht unter keinem Gesichtspunkt der Wahrheit. Es ist schriftlich nachzulesen und mündlichen Berichten und Vorträgen von Herrn Dr. Heimig zu entnehmen, dass die relevanteste Datengruppe von den einzelnen Krankentypen aus dem Bereich der Universitätsklinika kommt und dass die Qualität bei uns sehr hoch ist. Wir haben uns auch direkt mit dem InEK sehr um die konzeptionelle Weiterentwicklung dieses Systems bemüht, weil wir festgestellt haben, dass das über die Selbstverwaltung nur begrenzt möglich war. Das heißt, der direkte Kontakt von Krankenhauspraktikern mit dem InEK hat letztlich dafür gesorgt, dass wir jetzt endlich einmal etwas nach vorne gekommen sind.

Um das Beispiel aus dem Rennwagensport zu nehmen: Herr Dr. Heimig hat den Motor des Rennwagens ausgetauscht, der vorher untauglich war, weil das Konzept, das die Selbstverwaltung ursprünglich übernommen hatte, unzureichend war. Jetzt starten wir aus der Boxengasse dem Feld hinterher. Wir brauchen Zeit, um die Leistungsfähigkeit dieses Systems auszutesten. Herr Schumacher musste bei seinem Rennen in Shanghai sehen, in welche Turbulenzen man kommen kann, wenn man sich dem Feld von hinten nähert. Das wollen wir unseren Patienten nicht zumuten. Nach meiner Einschätzung ist das InEK erstmals auf gravierende Abbildungsprobleme in bestimmten Bereichen konstruktiv eingegangen. Wir brauchen deshalb eine gewisse Zeit, um das gemeinsam auszutesten, auszuwerten und dafür zu sorgen, dass die Weiterentwicklung vorgenommen wird.

Es gibt aber auch Bereiche, die im InEK-Katalog 2005 bisher noch nicht angegangen worden sind oder zumindest nicht so, wie es sein müsste. In den Darstellungen von Herrn Dr. Heimig ist enthalten, dass bei der Intensivmedizin das Konzept optimiert, aber so beibehalten worden ist, wie es war. Sieht man nach Österreich, wird für die Intensivmedizin ein ganz anderer Weg beschritten, der auf die Besonderheiten der Hochleistungsmedizin anders eingeht. Bei der Onkologie – das ist hier auch schon angesprochen worden – haben wir sehr viel mehr Probleme als im DRG-System alleine zu lösen sind. Wir haben dort eine Therapievelfalt bei gleichen Diagnosen, Therapiekosten, die pro Patient zum Teil zwischen 10 Euro und 1.100 Euro/1.200 Euro pro Tag variieren. Das passt nicht in eine DRG und lässt sich auch nicht mit drei, vier, fünf oder neun Zusatzentgelten erledigen. Vor allen Dingen müssen Sie sich Gedanken darüber machen, dass Sie – selbst wenn Sie neue Zusatzentgelte haben – die Zusatzentgelte auch irgendwie budgetieren müssen. Es kann nicht sein, dass die Kassen hochmoderne, teure, innovative Medikamente, die erst noch ausprobiert werden müssen, 1 : 1 bezahlen. Ich wollte Ihnen mit diesen zwei, drei Beispielen zeigen, dass wir noch Konzept- und Datenarbeit brauchen, bevor das System die Möglichkeiten entwickelt, hier auch hinreichend differenziert vorzugehen.

Ein letztes Problem möchte ich noch kurz ansprechen, weil das BMGS hier nicht nur mit

seinen Krankenhausleuten vertreten ist: Wir brauchen auch flankierende Maßnahmen, so wie der Gesetzgeber sie im GMG angelegt hat. Die Maßnahmen waren richtig gedacht, greifen in der Praxis aber nicht. Wir müssen Ihnen mitteilen, dass der § 116 b für die hochspezialisierte ambulante Versorgung als flankierende Maßnahme der DRG nicht greift, gerade bei ‚Drehtürbehandlungen‘ in chronischen Fällen. Es gibt nicht eine einzige Vereinbarung. Die integrierte Versorgung greift im Bereich der Hochleistungsmedizin nicht. Wir können Ihnen eigentlich nur die Empfehlung geben: Eröffnen Sie in § 117 über Hochschulambulanz die Möglichkeit, neben Forschung und Lehre Krankenversorgung als Einkaufsmodell der Krankenkassen zu regeln und zu finanzieren. Wir wollen hier keine Regelung als Anspruch, sondern als Einkaufsmodell. Dann wird man viele Probleme im Bereich der Onkologie und der Pädiatrie einfach und pragmatisch, kooperativ mit den Kassen lösen können.

SV Jörg Robbers (DKG): Wir schließen uns Herrn Strehl an.

SV Thomas Bublitz (Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten (BDPK)): Bei der DRG-Einführung war man sich im Klaren, unter welchen Bedingungen der Einführungsprozess abläuft. Da gab es grundsätzlich für alle gleiche Startchancen. Wenn man jetzt feststellt, dass man im Grunde aus der Boxengasse startet, dann ist das insofern bedauerlich, als doch ein gewisser Zeitraum verloren gegangen ist, um Datenqualität und Kalkulationsgrundlagen zu liefern, die zu einer besseren Leistungsabbildung führen. Dass das möglich ist, haben wir jetzt am Beispiel des Fallpauschalkatalogs 2005 gesehen.

Man kann nur betonen, dass wir nicht von dem Ziel loslassen können, mit permanenter Arbeit diesen Katalog im Sinne des lernenden Systems zu verfeinern, um einen höchstmöglichen Abbildungsgrad zu erreichen. Lösungen, die das letztendlich verwässern, Lösungen, die Leistungsblöcke aus dem DRG-System herausnehmen oder sogar mit Kappungsgrenzen ‚Systembruch‘ begehen, tragen dem letztendlich nicht Rechnung, denn die Strukturveränderungen in den Krankenhäusern müssen angegangen werden. Nur so können wir den Prozess der DRG-Realisierung sinnvoll einführen und begleiten.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Kölking, wie sehen Sie als Vertreter der Krankenhaushausdirektoren die gesamte Problematik von Kappungsgrenzen und Winkeln?

SV Heinz Kölking (Verband der Krankenhaushausdirektoren Deutschlands (VKD)): In unserem Verband ist Einiges angesprochen worden. Wir haben die Manager der Krankenhäuser versammelt. Da gibt es natürlich unterschiedliche Ansichten zu den Fragen, die hier gestellt worden sind. Mehrheitlich sind wir der Auffassung, dass eine Kappungsgrenze in der jetzigen Zeit sinnvoll und notwendig ist. Das ergibt sich alleine daraus, dass wir nicht davon ausgehen können, dass die Differenzen, die sich aus den individuellen Basisfallwerten der Krankenhäuser auch in dem neuen Katalog ergeben, ausschließlich auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind. Insofern ist es wohl auch in der weiteren politischen Diskussion gefährlich, diesen Weg in der Form zu gehen, wie er im jetzigen Gesetz vorgesehen ist. Die Verwerfungen, die man befürchten muss, könnten dazu führen, dass das System insgesamt wieder in die Diskussion gerät. Das hat uns dazu bewogen, die Stellungnahme in dieser Form abzugeben.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Die nächste Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und Herrn Prof. Dr. Neubauer: Wenn man Gespräche führt, erfährt man immer die gesamte Problematik medizinischer Innovationen. Wie sehen Sie diese Thematik: Werden medizinische Innovationen schnell in das System eindringen, oder gibt es nach Ihrer Auffassung hier Probleme?

SV Jörg Robbers (DKG): Wir haben zwei rechtliche Pole, an denen man sich mit medizinischer Innovation befasst. Das ist einmal der Anspruch nach § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, das ist der eine Pol. Der andere Pol ist der Gemeinsame Bundesausschuss, die Kammer, die sich nach Abs. 7 antragsbedingt mit Innovationen zu befassen hat. Wir haben für den stationären Bereich die richtige Regelung, dass eine Methode so lange erbracht werden kann und auch vergütungsfähig ist, wie sie nicht aberkannt worden ist. Das ist ein an-

derer Grundsatz als im ambulanten Bereich, wo erst eine Methode abgerechnet werden kann, wenn sie anerkannt wird. Das ist der Schlüssel der Innovation für den stationären Bereich.

Wir halten den Grundgedanken des Ansatzes in § 6 Abs. 2 vom Grunde her für eine absolut richtige Regelung, für den richtigen Weg, damit Innovation auch schiedsstellenmäßig durchgesetzt werden kann. Wir halten das Verfahren von § 6 Abs. 2 für deutlich verbesserungsbedürftig. Hier bitte ich um Verständnis, wenn ich auf die neue Formulierung verweise. Ich fasse noch einmal zusammen: Der Grundsatz eines Rechtsanspruches auf Bezahlung der Innovation auch unter DRG-Gesichtspunkten ist unverzichtbar und im Gesetz im Grunde nach richtig angelegt. Es geht um das Verfahren, bei dem wir Verbesserungsvorschläge sehen.

SV Stefan Wöhrmann (VdAK/AEV): Eine neue Leistung kann im Katalog grundsätzlich mit einem Time-Lag von etwa zwei Jahren abgebildet werden. Das soll nicht heißen, dass diese Leistung nicht über das DRG-System oder über die Ausnahmeregelung des schon genannten § 6 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes finanziert wird. Die Frage ist: Wie definiere ich eine neue Leistung? Das ist das entscheidende Problem, mit dem die Vertragsparteien derzeit auf der Orts- oder der Bundesebene zu tun haben.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Herr Dr. Heimig, es wurde vorgetragen, dass die größte Unterdeckung von Kosten bei Maximalversorgern und Unikliniken aus der Problematik der Langliegenden resultiert. Wurde dies von Ihnen analysiert? Wurden auch entsprechende Veränderungen vorgenommen? Meine zweite Frage bezieht sich auf die Pädiatrie: Würde die vielfach geforderte Einführung von weiteren Altersplits bei Kindern zu einer Verbesserung der Erlössituation der Kinderkliniken führen?

SV Dr. Frank Heimig (InEK): Ich habe keine Zahlen darüber, ob die größte Unterdeckung von Kosten bei den Maximalversorgern und Unikliniken aus der Langlieger-Problematik resultiert. Das wird wiederholt vorgetragen, haben wir aber selbständig nicht analysiert. Wir haben aber die tatsächliche Kostensituati-

on, die echten Kostenverläufe der Patienten, die so genannte Langlieger sind, als Veränderung im Vergleich zum vorjährigen Katalog erstmals untersucht. Hier wurde anschließend nach den DRG's unterschieden, wo wir bisher im großen Umfang strukturell unterfinanziert haben, d. h. wo es sich bei den Langliegern um Patienten eines besonderen Risikos mit einem extrem hohen Aufwand bei der Leistungserbringung handelt. Daraufhin hat sich die Vergütungssystematik zumindest teilweise individualisiert. Das hat dazu geführt, dass sich die Vergütung bei etwa 150 DRG's in der Phase des Langliegers nach den mittleren Tageskosten richtet. Bei allen anderen Fällen, bei denen wir keine strukturelle Unterfinanzierung gefunden haben, haben wir es bei der bisherigen Langlieger-Vergütung belassen, so dass gerade die problematischen Fälle – Herr Strehl hat einige davon genannt – im Bereich der Onkologie oder in der Intensivmedizin jenseits der oberen Grenzverweildauer anhand der durchschnittlichen Kosten vergütet werden, sobald sie Langlieger werden.

Die zweite Frage, ob die vielfach geforderte Einführung von weiteren Altersplits für Kinder zu einer weiteren Verbesserung der Erlössituation der Kinderkliniken führen würde, kann ich relativ klar beantworten: Das InEK untersucht jedes Jahr alle möglichen Altersplits – sogar mehr als von den Kinderkliniken gefordert werden, jede mögliche Unterteilung der Klassen vor, wenn diese zu einer besseren Kostentrennung oder zu einer höher vergüteten Klasse führen können. Das wird bei Kindern speziell so gemacht und ist kein neues Thema. Aus unserer Sicht und auf der Basis der jetzigen Datenlage würde die Einführung von weiteren Altersplits die Vergütung der Kinderkliniken nicht verbessern. Hier brauchen wir andere Lösungen für die beschriebenen Problematiken.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Herr Dr. Heimig, darf ich nachfragen, welche Lösungen Sie vorschlagen würden?

SV Dr. Frank Heimig (InEK): Das Thema der Altersplits ist zunächst einmal ausgereizt. Wir haben in diesem Jahr für Teile der Pädiatrie bereits Neulösungen, z. B. eine weitergehende Differenzierung für die Kinderkardiologie, für die angeborenen Fehlbildungen. Auch die Be-

reiche der Neonatologie sind weiterhin differenziert worden zu Gunsten verbesserter Splits für die Pädiatrie. Es gibt zu diesem Zeitpunkt einige Bereiche in der Pädiatrie mit einem Mischbild: Die Fälle treten selten auf, und wenn sie auftreten, sind sie sehr uneinheitlich. Herr Prof. Dr. Meencke hat das in Teilen ausgeführt. Ich möchte als Stichworte Kinderreumatologie, Kinderepileptologie und ähnliche Bereiche nennen. Da werden wir in den Bereich kommen, der heute vielfach genannt wurde in dem nur Teile standardisiert erfassbar, folglich und auch nur Teile dieser Behandlung pauschalierbar sind.

Am Beispiel der Kinder möchte ich ergänzen, was Herr Prof. Dr. Meencke ausgeführt hat: Es gibt sicher Teile in der Kinderepileptologie, die sich wie bei dem Bereich der Erwachsenen einer Pauschalierung entziehen, auch dauerhaft. Das kommt durch die Streuung bzw. die Vielseitigkeit der erbrachten Leistungen. Unsere Methodik, die wir in diesem Jahr erstmals vorgestellt haben, besteht bei so komplexen Fällen wie im Bereich der Epileptologie oder den Kindern darin, durch Differenzierung herauszufinden, was pauschalierbar ist, und den Teil, den wir für nicht pauschalierbar halten, genau zu beschreiben, im Zweifelsfall auch durch mehrere DRG's, und diese dann der Einzelverhandlung anheim zu stellen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage zur Systementwicklung an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Herrn Prof. Dr. Dr. Lauterbach: Inwieweit gefährden Sonderregelungen für einzelne Krankenhäuser oder Krankenhausgruppen die Einführung eines einheitlichen Preissystems für Krankenhausleistungen? Welche Auswirkungen haben Sonderregelungen für die Wettbewerbschancen der betroffenen Häuser?

SV **Theo Riegel** (VdAK/AEV): Hier ist heute wohl schon mehrmals deutlich geworden, wo die Differenz in der Position zwischen Krankenhaus- und Kassenseite liegt. Herr Robbers hat das sehr gut auf den Punkt gebracht. Wir wollen eine adäquate leistungsgerechte Vergütung, aber Lösungen im System. Wir wollen keine individuellen Lösungen vor Ort, die auf eine Erstattung der individuellen Kosten vor Ort hinauslaufen, weil damit das System verlassen wird. Auch wenn wir klar eingegrenzte

Fälle haben, die individuell vor Ort gelöst werden sollen, so wissen wir aus der Erfahrung, dass bei zwei Finanzierungstöpfen immer die Gefahr besteht, dass Unterdeckungen oder Überdeckungen aus dem einen Bereich in dem anderen Bereich untergebracht werden und dann dort in die individuellen Kostenfindungen hineinfließen. Das ist aus unserer Sicht das Problem, das wir mit den individuellen Lösungen vor Ort haben. Deshalb wollen wir mit Sicherheit für einige nicht abbildbare Bereiche Sonderlösungen, aber immer in einer klaren Struktur, die vorgegeben ist, und nicht auf der Basis individueller Definition oder individueller Kostenfindung.

Wir sehen hier eine Verzerrung der Wettbewerbschancen. Es ist mehrmals das Beispiel des Rennwagens genannt worden. Ich kann Herrn Prof. Dr. Neubauer völlig zustimmen, wenn er sagt, unter den Rahmenbedingungen, die hier genannt worden sind, sei das kein echter Wettbewerb. Wir von der Kassenseite – oder Teile der Kassenseite – würden diesen Wettbewerb gern deutlicher forcieren, beispielsweise mit unterschiedlichen Preisen für Kostenträgergruppen, also für Kassenarten. Dagegen hätten wir nichts einzuwenden. Wir würden das System im Moment aber wohl überfordern. Wir werden im nächsten Jahr Anreize eines falschen Wettbewerbs sehen, wenn die Kappungsgrenze so kommt, wie sie vorgesehen ist, bzw. wenn sie überhaupt kommt. Ich kann nur diejenigen warnen, die diese Sonderregelungen für Krankenhausgruppen fordern: Es wird der Tag kommen, an dem die Fallsteuerung durch Krankenkassen wirken wird.

Wenn wir beim Beispiel bleiben: 1,0 wird als Relativgewicht für die Entbindungen oder Blinddarmoperationen gehandelt, d. h. eine Entbindung wird im nächsten Jahr bei einer Universitätsklinik, wenn sie unter dem Schutz der Kappungsgrenze bei 3.300, 3.400 Euro verharrt, einen anderen Preis haben als beispielsweise in einem allgemeinen Krankenhaus, wo die Entbindung demgegenüber nur 2.700 Euro kostet. Wenn irgendwann die Fallsteuerung greifen wird – Krankenkassen prophezeien immerhin, dass sie recht bald greifen wird –, könnten Krankenkassen verleitet sein, ihre Patienten künftig in Krankenhäuser zu steuern, wo diese Leistungen zu einem entsprechend geringeren Preis angeboten werden. Damit hätten gerade diese Krankenhäuser mit künstlich hoch gehaltenen Basisfallwerten

echte Wettbewerbsnachteile. Gerade für die Unikliniken befürchte ich unter diesen Gesichtspunkten echte Nachteile, bis hin zu einer Gefährdung der Ausbildung.

SV Jörg Robbers (DKG): Herr Riegel spricht immer wieder den Vergleich mit einem Rennwagen an. Ich will mich hier nicht auf eine Diskussion über die Marken einlassen, aber es ist doch wohl klar, dass Rennwagen nicht alltagstauglich sind. Es geht um die Tauglichkeit der Anwendung und um die Frage, was für den Krankenhausbereich vertretbar ist. Ich habe noch keinen Ferrari des Modells wie ihn Michael Schumacher fährt auf der Straße gesehen, aber ich bin lernfähig.

In Bezug auf die Frage, ob wir für oder gegen Sonderregelungen für einzelne Krankenhäuser sind, betone ich, dass sich die DKG mit mehr als 90 % der stimmberechtigten Vorstandsmitglieder gegen differenzierte Landesbasisfallwerte und gegen Strukturzuschläge ausgesprochen hat. Die entscheidende Botschaft ist: Wir wollen keinen Eingriff in das System zulassen. Wenn ich mit differenzierten Landesbasisfallwerten oder den entsprechenden Gewichten arbeite, greife ich in das DRG-System ein. Aus unserer Sicht kann es sich nur um Regelungen handeln, die das DRG-System flankieren. Deshalb haben wir uns gegen Sonderregelungen entschieden und stattdessen für Auffangmechanismen mit den Stichworten fünf Jahre Konvergenz, vertretbare Schritte, Individualisierung und Abwicklungsregelung. Diese Maßnahmen sollten wie ein Kranz um das DRG-System liegen, aber es sollte keinen Eingriff in das DRG-System selbst geben.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Wenn die Einführung der DRG's nicht zu Umverteilungen der Budgets führen würde und es also nicht Verlierer und Gewinner gäbe, wäre das sehr bedenklich und würde die Einführung der DRG's nachträglich in Frage stellen. Das würde schließlich bedeuten, dass die Vergütung schon leistungsorientiert gewesen wäre. Wenn wir keine Gewinner und Verlierer hätten und es nicht auch zu deutlichen Budgetverlusten käme, wäre die Einführung im Nachhinein ein Fehler gewesen. Der einzige Grund, aus dem wir die leistungsorientierte Vergütung einführen, ist doch der, dass wir glauben, wir haben sie noch nicht. Somit sind Kappungsgrenzen auf jeden Fall systemwidrig, weil das bedeuten

würde, dass ich das System zwar einführen will, es aber wiederum auch nicht einführen will. Wenn es hier systematische Fehler gibt, müssen diese ausgeräumt werden. Die Kappungsgrenze ist aber nie die Lösung, vielmehr muss der systematische Fehler behoben werden. Wenn es keine systematischen Fehler gibt, gibt es auch keinen Grund für die Kappungsgrenze, denn in diesem Fall sollte so schnell wie möglich eingeführt werden. Die Kappungsgrenze ist demzufolge nie die Lösung für ein Problem.

Ich möchte nun die Diskussion über die Frage, ob es Gruppenzuschläge geben soll, aufgreifen. Auch für Gruppenzuschläge kann es in einem funktionierenden DRG-System nie einen Grund geben. Wenn der Gruppenzuschlag gegeben wird, obwohl die Kalkulation zu Recht erfolgt, wird die Gruppe, die den Zuschlag bekommt, im Wettbewerb benachteiligt. Sie würde schließlich gezwungen, einen Preis anzubieten, der höher ist als der Preis, mit dem sie im Wettbewerb konkurrieren könnte. Dann würde entweder der Wettbewerb ausgeschaltet, indem die Krankenkassen nicht mehr steuern dürften, oder aber der Wettbewerb würde eingeführt, und die Gruppe, die den Zuschlag hätte, hätte einen systematischen Wettbewerbsnachteil. Beides ist abzulehnen. Somit können weder Kappungsgrenzen noch Gruppenzuschläge mit einem DRG-System verbunden werden.

Die Sondersituation der Universitätskliniken geht daher auch nicht auf das Problem von Kappungsgrenzen oder Gruppenzuschlägen zurück. Vielmehr gibt es derzeit in Deutschland an Universitätskliniken zu wenig Flexibilität zur Abdeckung von ambulanten Leistungen. Diese sind nicht als die Behandlungsepisode einer DRG, einer Krankheit, zu verstehen, sondern wir haben hier allgemein zu wenig Öffnung für die ambulante Versorgung. Ich stimme Herrn Strehl ausdrücklich zu: Das sollte man auch beim Namen nennen. Die Einführung des § 116 b ist leider nicht gelungen; dies würde viele der Probleme lösen, die wir jetzt hier besprochen haben. Ich plädiere daher persönlich für eine Art Anschubbudget für den § 116 b. Man könnte einen Teil der Budgetverluste, die die Universitätskliniken im Rahmen der regulären Einführung der DRG's hinnehmen müssten, in die Möglichkeit wandeln, diese Budgetverluste in Form von zusätzlichen Leistungen nach § 116 b abzurechnen.

Das halte ich für eine systemimmanente Lösung, denn dadurch entstünde den Universitätskliniken kein Wettbewerbsnachteil. Es würde dennoch eine Systemöffnung ermöglicht, die wir unbedingt benötigen und die im Prinzip auch in den Vereinigten Staaten zur Einführung der DRG's bereits realisiert war. Dort waren wesentlich mehr Flexibilisierungen in der ambulanten Versorgung durch die Universitätskliniken möglich. Hier könnte man sich eine Sonderregelung für die Universitätskliniken oder ähnliche Häuser vorstellen. Kapungsgrenzen und Gruppenzuschläge würden jedoch das ganze System in Frage stellen und schließlich sogar die Universitätskliniken benachteiligen.

Abg. **Dr. Erika Ober** (SPD): Wir haben heute sehr viel über Therapieviefalt in den einzelnen medizinischen Bereichen gehört. Es wurde daraufhin auch Besorgnis darüber geäußert, ob man diese Therapieviefalt auch in den einzelnen DRG's korrekt abbilden kann. Es gibt zudem aus einzelnen Bereichen auch Forderungen, die Leistungen aus der DRG-Vergütung auszugrenzen. Meine Frage hierzu richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die DKG und Herrn Prof. Dr. Dr. Lauterbach: Wäre es zur Erreichung der schon angesprochenen, angestrebten leistungsorientierten Vergütung von Krankenhausleistungen akzeptabel, einzelne Leistungen auszugrenzen? Ich nenne hier ganz spezifische Bereiche, weil diese bereits wiederholt angesprochen wurden: es geht um Leistungen aus der Intensivmedizin, der neurologischen Frührehabilitation, Neurologie, Onkologie, Pädiatrie, Jugendmedizin, Transplantationsmedizin, Unfallchirurgie, Rheumatologie und der Schmerztherapie.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Da bleibt aber nicht mehr viel übrig!

SV **Stefan Wöhrmann** (VdAK/AEV): Das ist eigentlich eine Frage, die das InEK wesentlich besser beantworten könnte als beispielsweise die Spitzenverbände der Krankenkassen. Das DRG-System 2005 hat sich mit dieser Frage auseinander gesetzt. Dabei hat sich gezeigt, dass keine kompletten Leistungsbereiche ausgegliedert werden müssen, sondern nur spezielle Teilbereiche, die wir in den Anlagen zum DRG-Katalog wieder finden. Dies sind die Bereiche, die dann auch hausindividuell vereinbart werden müssen. Insofern gibt der

DRG-Katalog 2005 bereits zum heutigen Zeitpunkt eine Antwort auf diese Frage.

SV **Dr. Peter Steiner** (DKG): Wir stimmen selten überein, aber in diesem Punkt ist es ausnahmsweise so. Auch wir halten es nicht für erforderlich, ganze Bereiche auszunehmen, wenn Teile dieser Bereiche im System sachgerecht abgebildet werden können. Nur das, was im System nicht sachgerecht abgebildet werden kann, muss herausgenommen und einer Individualisierung zugeführt werden. Darüber hinaus muss auch in den abgebildeten Bereichen eine Individualisierung vor Ort möglich sein, wenn der Durchschnitt der Leistung vor Ort ein anderer ist als der in der Fallgruppe, wie sie abgebildet ist.

SV **Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach**: Es könnte hier nur zwei Gründe dafür geben, diese Bereiche ganz auszugliedern. Zum einen könnte der Grund darin bestehen, dass man die Kosten in diesen Bereichen systematisch nicht kalkulieren kann. Dies hat sich weder in der Praxis noch in der Theorie ergeben und ist somit nicht der Fall. Der zweite Grund könnte eine so große Vielfalt von Erkrankungen innerhalb dieser Gruppe sein, dass man keine statistische Basis hat, um Kosten darzustellen. Das heißt, die Kosten ließen sich zwar kalkulieren, die Fälle wären aber so wenige, dass man nicht zu einem Durchschnitt kommt. Auch das gilt für die genannten Bereiche nicht, in der Transplantation sprechen wir z. B. von mehreren 10.000 Fällen einer Gruppe pro Jahr, sodass eine sehr gute Kostenbasis kalkuliert werden kann. Auch in der Rheumatologie oder der Schmerztherapie sprechen wir über Massenerkrankungen. Die Kostenkalkulation müsste hier darstellbar sein. Ich sehe deshalb keine systemischen Gründe dafür, hier ganze Bereiche auszugliedern, und kann mich daher den Ausführungen der Vorredner in weiten Teilen anschließen.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Wenn man die letzten eineinhalb Stunden Revue passieren lässt, geht es eigentlich immer wieder um die gleiche Frage. Wir haben uns in der Frage der Qualität der Kalkulation und auch der Entwicklung des deutschen Fallpauschalensystems in großen Sprüngen nach vorne bewegt. Deshalb muss man sich die Frage stellen, die ich an die Spitzenverbände der Kran-

kenkassen und an Herrn Prof. Dr. Dr. Lauterbach richten möchte: Braucht man angesichts der Einschätzungen, die überwiegend dargelegt worden sind, überhaupt eine Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr und die Abflachung der Konvergenzquoten? Wir sehen hier einen erheblichen Widerspruch zwischen dem, was wir hier jetzt gehört haben, und dem, was beabsichtigt ist.

SV Theo Riegel (VdAK/AEV): Aus unserer Sicht können wir auf die Abflachung der Konvergenzquoten und auf die Verlängerung der Konvergenzphase verzichten. Wir sind der Ansicht, dass das System qualitätsmäßig so weit verbessert ist, dass wir damit starten können. Wir halten eine Kappungsgrenze, eine Abflachung und eine Verlängerung der Konvergenzphase für eine Verabschiedung vom Formel 1-Rennen. Damit gäbe es nur noch das beim SWR 3 demnächst auf dem Hockenheimer Ring stattfindende Rasenmäherrennen.

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach: Die Einführung des Systems lebt auch von der politischen Akzeptanz. Die politische Akzeptanz des Systems ist zum jetzigen Zeitpunkt vergleichsweise hoch. Deshalb verstehe ich die Verlängerung der Konvergenzphase als eine sinnvolle, wenn auch nicht unbedingt notwendige Maßnahme. Sie wird die Qualität der Einführung des Systems eher verbessern. Angesichts der Verbesserung der Kalkulationsqualität hätte ich allerdings auch eine Konvergenzphase in der alten Systematik für akzeptabel gehalten. Insofern ist es eine politisch vernünftige und strategische Lösung, die zu begrüßen ist, obwohl sie nicht unbedingt notwendig gewesen wäre.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Ich richte noch einmal eine Frage an Herrn Dr. Heimig: Wie hat sich die Situation der Zusatzentgelte verändert? Was sind die Grundlagen dafür? Welche Leistungen und welche Krankenhäuser sind davon hauptsächlich betroffen?

SV Dr. Frank Heimig (InEK): Wir haben bereits gehört, dass sich die Zahl der Zusatzentgelte deutlich erhöht hat. Insbesondere ist die Zahl der Zusatzentgelte angestiegen, die bundesweit bewertet werden konnten. Wir hatten bereits im letzten Jahr 25 Zusatzentgel-

te, davon ein einziges bewertet, mittlerweile sind 35 weitere bewertet. Dies ist die Folge einer ergänzenden Datenlieferung von Krankenhäusern, die diese Leistungen erbringen und dem InEK durch eine Einzelerfassung sehr detaillierten Einblick gewährt haben, bis hin zu Originalrechnungen und ihren Buchungswerten. Hier muss ich unterstreichen, was Herr Strehl gesagt hat: Dies waren in der Tat in nennenswerter Zahl Universitätskliniken und Maximalversorger, die mit großem Aufwand und sehr konzeptioneller, hilfreicher Unterstützung bei der Übermittlung von detaillierten Daten geholfen haben, die bisher nie erhoben wurden.

Zur Frage, wer davon am meisten profitiert: Da die Zusatzentgelte so gestaltet sind, dass sie gleichermaßen kaum indikationsabhängig sind – wir vergüten damit keine Leistungen, die man in beliebiger Weise ausweiten kann – und es sich um hochspezialisierte, sehr teure und aufwändige Leistungen handelt, sind es in überwiegender Zahl Maximalversorger und Universitätskliniken, bei denen dieses in großer Zahl zur Anwendung kommt. Erlauben Sie mir den Hinweis, dass es sich hier nicht um ‚Allerweltsleistungen‘ handelt, die damit vergütet werden.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Könnten Sie bitte zwei Beispiele nennen?

SV Dr. Frank Heimig (InEK): Ein Beispiel aus dem Bereich der Medikamente ist Caspofungin zur Behandlung von systemischen Pilzkrankungen. Das kann bei onkologisch erkrankten Patienten auftreten. Hier liegen die mittleren Kosten allein in unserer Stichprobe bei 6.600 Euro. Das wird sicher nicht Teil einer Pauschalierung und rechtfertigt allemal ein Zusatzentgelt, wenn Zusatzentgelte dazu dienen sollen, den von dieser Klasse in der DRG verbliebenen Teil besser zu finanzieren.

Ein weiteres nicht bewertetes Zusatzentgelt sichert einen zwar seltenen Sachverhalt ab, der dann aber gleich sehr kostenaufwändig ist: Hier geht es um ein Zusatzentgelt für Retransplantation. Wenn ein Patient ein Organ erhalten hat und des gleichen Aufwands für eine erneute Transplantation bedarf, dann streuen die Kosten zwischen 150.000 Euro und 1,2 Mio. Euro. Herr Prof. Dr. Dr. Lauterbach sagte bereits, dass es hier zudem wenige Fälle

gibt, ca. 15 bis 20 Fälle, die stark variieren. Dafür gibt es dann Zusatzentgelte.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an die DKG sowie an das InEK. Sind Aufwandsentschädigungen für Krankenhäuser, die an der Kalkulation teilnehmen, und eine sachgerechte Auswahl der Kalkulationskrankenhäuser geeignete Maßnahmen, um die zwischenzeitlich erreichte Datenqualität aufrecht zu erhalten und weiter zu verbessern?

SV **Stefan Wöhrmann** (VdAK/AEV): Wir sind der Auffassung, dass man kein Krankenhaus dazu zwingen sollte, sich an der Kalkulation zu beteiligen. Das derzeitige Verfahren, nach dem sich jedes Krankenhaus auf freiwilliger Basis an der Kalkulation beteiligen kann, wenn es die qualitativen Anforderungen erfüllt, halten wir für sachgerechter als z. B. eine Stichprobenziehung, bei der man von der Bundesebene festlegt, welche Krankenhäuser nach der Repräsentativität besser geeignet wären.

In Bezug auf die Finanzierung bzw. die Zuschüsse für die Teilnahme an der Kalkulation haben wir heute schon gehört, dass wir eine sehr hohe Anzahl von Krankenhäusern haben, die sich seit drei Jahren ohne Zuschussbeteiligung an der Kalkulation beteiligen. Wenn man politisch entschieden hat, ob so eine zusätzliche Finanzierung erforderlich ist, stellt sich die Frage, wer die Finanzierung zu tragen hat: Sind das alleine die Krankenkassen, oder sind auch die Krankenhäuser daran zu beteiligen, die vom System profitieren und sich nicht an der Kalkulation beteiligen? Auch hier kann man darüber nachdenken, eine Finanzierung innerhalb der Grundlohnrate nach § 71 SGB V in Erwägung zu ziehen.

SV **Dr. Peter Steiner** (DKG): Die Aufwandsentschädigung halten wir für zwingend erforderlich, um die Datenqualität auch weiter steigern zu können. Wir haben heute festgestellt, dass es nicht ausreicht, auf dem heutigen Stand stehen zu bleiben. Vielmehr müssen wir die Datenqualität steigern und die methodischen Anforderungen noch einmal deutlich erhöhen. Dazu müssen wiederum die entsprechenden Anstrengungen in den Krankenhäusern erneut gesteigert werden. Das alles kostet Aufwand und Geld. Dieses Geld können die Kranken-

häuser nicht ‚ausschwitzten‘; es muss refinanziert werden, sonst bricht uns die Kalkulationsstichprobe schlichtweg zusammen. Die Datenqualität – und damit natürlich auch die Systemqualität insgesamt – wäre dadurch gefährdet. Dieser enorme finanzielle Aufwand muss letztlich alleine von den Kostenträgern getragen werden. Es kann nicht sein, dass die Krankenhäuser auch noch für die Systemeinführung zur Kasse gebeten werden. Aus unserer Sicht gibt es ein ganz klares Ja zu einem Systemzuschlag oder einer Erhöhung des Systemszuschlags zur Finanzierung der Kalkulationsanstrengungen der Krankenhäuser.

SV **Dr. Frank Heimig** (InEK): Um die Position des InEK zur Aufwandsentschädigung darzustellen, bedarf es einer kurzen Schilderung der jetzigen Situation. Mit den knapp 150 Häusern, mit denen wir im Moment gemeinsam kalkulieren, besteht ein gewissermaßen sehr loses Vertragsverhältnis. Es ist ein Vertragsverhältnis bzw. eine Anfrage des Instituts, ob jemand Daten liefern will. Dieses Vertragsverhältnis ist in dieser Form auf Dauer nicht geeignet, die Güte der Kalkulation und die notwendige Weiterentwicklung zu sichern.

Im Moment steht im Vertrag lediglich die Bereitschaftserklärung eines Krankenhauses. Wenn Daten nicht oder qualitativ falsch geliefert werden bzw. die Kalkulation nicht weiter entwickelt wird, ergeben sich keinerlei Konsequenzen. Auf dieser Basis lässt sich das System – unabhängig von der Dauer der Konvergenzphase – nicht wie gefordert qualitativ weiter entwickeln. Wir brauchen ein neues Vertragsverhältnis zwischen kalkulierendem Institut und den Häusern. Dazu gehört wie in jedem Vertragsverhältnis ein Geben und Nehmen. Eine Aufwandsentschädigung für den immensen Aufwand, den wir mit der differenzierten Kalkulation in den Häusern erzeugen, ist in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzen.

Ich habe noch einmal überprüfen lassen, dass wir von Mai bis August 2.348 telefonische Nachfragen bei den 148 Häusern zur Detaillierung ihrer Daten hatten. Das sorgt für eine große Unruhe. Wenn ein Krankenhaus auf Grund einer Erkrankung eines zuständigen Mitarbeiters zuletzt nicht mehr in der Lage ist, die Daten zu liefern, leidet das ganze System. Wir müssen perspektivisch darauf achten, dass man die Häuser, die jetzt in der dritten Kalkulationsrunde mit uns gemeinsam gelernt haben,

wie man kalkuliert, wie man seine Probleme erkennt und wie man in den genannten Problembereichen differenziert Kosten kalkuliert und überträgt, dauerhaft bei der Stange halten. Es darf nicht passieren, dass ein Krankenhaus sein Benefit hat und aussteigt, wenn man gemeinsam kalkuliert und Kalkulieren gelernt hat.

Es ist insofern einerseits eine Präventionsmaßnahme, um die Häuser auf Dauer bei der Stange zu halten. Wenn wir über die Qualität der Daten entscheiden können, welche Aufwandsentschädigung ein Haus erhält, ist dies auf der anderen Seite auch ein weiterer Ansporn und setzt das Institut in eine wesentlich bessere Situation zur Erfüllung seiner Hauptaufgabe, der qualitativen Verbesserung der Daten.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Strehl, an Herrn von Stackelberg, an den Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten und an Herrn Prof. Dr. Roeder: Der Gesetzentwurf berücksichtigt in der vorliegenden Fassung kaum die Versorgungsrealitäten der Maximalversorger und Universitätskliniken. Dies liegt sicher auch daran, weil man hofft, dass die unbestritten guten Leistungen von Herrn Dr. Heimig dieses Problem mittelfristig obsolet machen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es meiner Ansicht nach aber noch nicht soweit, obwohl ich ihm wirklich ein Kompliment ausspreche für das, was insbesondere in der letzten Zeit geleistet wurde. Aus unserer Sicht werden die Leistungen der Maximalversorger nicht sachgerecht vergütet. Wie kann man dieses Problem lösen? Wir haben inzwischen einen ganzen Werkzeugkasten von Ideen auf dem Markt: Verlängerung der Konvergenzphase, veränderter Einstiegswinkel, Kappungsgrenze, Zuschlagslösungen. Was würden Sie unter diesen Instrumenten bevorzugen und in welcher Kombination?

Eine weitere Frage richtet sich an den BVMed: Wie beurteilen Sie unter besonderer Berücksichtigung von sachkostenintensiven Leistungen die Problematik eines Mehr- und Mindererlösausgleiches und die Vergütung von Mehreinnahmen?

SV Rüdiger Strehl (VUD): Ungeachtet der aktuellen Verbesserung, über deren tatsächliche Auswirkungen wir erst im November oder Dezember Genaueres sagen können, ist die

Ausgangssituation relativ klar. Eine Erhebung, die in Mannheim vorgenommen worden ist, hat Folgendes ergeben: Bei den Häusern bis ungefähr 800 Betten und 25.000 stationären Fällen pro Jahr gibt es ungefähr gleich viele Gewinner und Verlierer. Bei den Häusern über 800 Betten und über 25.000 stationären Fällen pro Jahr gibt es nur noch Verlierer. Das heißt, wir haben hier wirklich ein Reifeproblem; hier müssen wir noch Probleme lösen. Bis diese Probleme gelöst werden, muss man hinsichtlich der Vorgehensweise mit dem InEK Einiges beachten. Deshalb möchte ich davor warnen, die Fortschritte zu euphorisch zu bewerten, wie die Kassen dies teilweise getan haben.

Wenn man sich im Herbst 2004 für ein anderes Konzept bei der Intensivmedizin mit drei strukturqualitativen Elementen entscheidet, kann man im Jahre 2005 entsprechende Daten erheben, die im Jahre 2006 ausgewertet werden und erstmalig im Fallpauschalenkatalog 2008 wirksam werden können. Jede vernünftige, lernende Konzeptänderung dauert also drei Jahre. Angesichts der Probleme, die wir in der Intensivmedizin, bei den Kurzliegern, in der Onkologie und bei den Sonderfächern noch haben, werden wir diese Dreijahresintervalle noch zwei- bis dreimal hintereinander benötigen. Wenn ich also bedenke, was in den letzten vier Jahren an Reparaturen durch den Gesetzgeber fällig war – und zwar an guten und richtigen Reparaturen, die erst langsam von der Selbstverwaltung nachvollzogen worden sind –, dann ist es meines Erachtens vermessen zu glauben, dass das, was wir heute für die nächsten fünf Jahre festlegen, das Endergebnis sein wird. Realistisch wäre es, von Anpassungsschritten über zwei bis drei Jahre auszugehen, dann eine Zwischenbilanz zu ziehen und vor diesem Hintergrund zu sehen, wo wir stehen bzw. bis wann wir fertig werden. Das ist mein praktischer Rat, der bedeutet, dass man bei dem Vorhaben dieser fünf Konvergenzschritte, einer Abriegelung und flankierenden Maßnahmen bleiben sollte. Herr Prof. Dr. Lauterbach ist darauf ebenfalls bereits eingegangen.

Ich glaube, gerade mit Blick auf die chronisch Kranken darf man dies nicht unterschätzen. Die Hochleistungsmedizin kann in Deutschland, im Vergleich etwa zu Amerika, noch viel mehr aus dem stationären Bereich in ambulante Angebote der Universitätsklinika und Maximalversorger übertragen. Hier kann man auch Geld aus unseren stationären Budgets nehmen, und es ist nicht unbedingt nötig, dass

die Kassen etwas Zusätzliches machen. Wir haben in Baden-Württemberg schon zwei solche Schritte moderat gemacht. Das muss noch weiter gemacht werden. Wenn wir diese richtige Komposition als flankierende Maßnahme von stationär und ambulant haben, werden wir meiner Ansicht nach auch zu einer Gesundheitsversorgung kommen, die sehr viel mehr den Bedürfnissen der Patienten entspricht.

Wir halten doch bereits heute kein krankes Kind nur wegen irgendwelcher unteren Grenzverweildauern unnötig lange im Krankenhaus. Das Ziel ist es doch vielmehr, das kranke Kind mit den Eltern so oft wie möglich nach Hause zu entlassen – und zur Not kommen sie für einen halben Tag zur ambulanten Nachbehandlung. Das müssen Sie uns ermöglichen; das ist moderne, flexible Krankenversorgung und sinnvoller, als uns in ein DRG-Schema zu pressen.

Behandlungen in Spezialbereichen wie der Kinderrheumatologie oder der Kindesepileptologie, die Herr Dr. Heimig bereits angesprochen hat, sind nicht in vier Wochen beendet. Da gibt es keinen Anfang und ein Ende vom Fall, sondern 10- oder 15-jährige Leidensgeschichten mit unterschiedlichen Episoden. Hier ist der Weg, den wir andiskutiert haben, der richtige: Eröffnen Sie den Universitätskliniken als Tatbestand in § 117 beispielhaft in einem Modellversuch neben Forschung und Lehre hoch spezialisierte Krankenversorgung für Hochschulambulanzen. Dann werden wir Ihnen demonstrieren, wie man kooperativ mit den Kassen auf diese Weise zu neuen Versorgungsmodellen im Krankenhaus kommt.

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK): Mit der Verlängerung der Konvergenzphase schneiden Sie einen wichtigen Punkt an. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen wäre dies nicht unbedingt notwendig. Wenn Sie meinen, Sie überfordern die Krankenhauslandschaft mit einer dreijährigen Phase, legt die Regierung ihnen eine vierjährige Phase vor. Was uns extrem wundert, ist die Absicht, den Einstiegswinkel zu variieren. Wenn ich mich als Beispiel nehme, muss ich feststellen, dass man sich bei dem Vorsatz abzunehmen am Anfang immer den größten Teil vornimmt; in den nächsten Jahren werden die Teile dann immer geringer.

Ich habe mir sagen lassen, dass das bei Sanierungsfällen auch so ist. Wir reden hier doch scheinbar über Sanierungsfälle, denn es geht um Wettbewerb. Sie haben in diesem hohen Haus beschlossen, den Wettbewerb für die Krankenhauslandschaft zu eröffnen. Nun gibt es Leute, die sich vor Wettbewerb fürchten. Wenn man Furcht vor Wettbewerb hat, will man eine längere Konvergenzphase. Vollkommen unlogisch ist die Annahme, ich könne klein anfangen und hoffen, desto mehr ich mich da eingeübt habe, desto besser kann ich das. Herr Dr. Faust, ich biete Ihnen privat die Wette an, dass das hohe Haus sich mindestens noch einmal erneut mit den Konvergenzphasen befassen muss, wenn man niedrig ansetzt und die Quoten zum Schluss höher gesetzt werden. Das wird nicht halten.

Ich glaube, über Kappungsgrenzen habe ich bereits geredet. Wenn wir Kappungsgrenzen einführen, hätten wir uns die DRG's auch sparen können. Die Einführung einer Kappungsgrenze bedeutet eine Individualisierung der Einführung der DRG's, die ich unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten nicht für vertretbar halte. Ich stimme auch mit Herrn Prof. Dr. Lauterbach darin überein, dass Kappungsgrenzen systematisch falsch sind. Ich wiederhole noch einmal: Wenn Sie die Kappungsgrenze einführen, wissen Sie in 20 Jahren immer noch nicht, ob alle Krankenhäuser wirklich auf DRG's umgestiegen sind. Wir als Spitzenverbände sind zudem unbedingt dafür, dass Sie einen technischen Basisfallwert einführen, der individuell für jedes Krankenhaus bestimmt wird, damit am 1.1.2006 endlich alle Krankenhäuser nach DRG's abrechnen. Momentan sind es immer noch knapp 500 Krankenhäuser, die nicht nach DRG's abrechnen, aus welchen Gründen auch immer.

In Bezug auf Ihre Frage nach § 116 b SGB V habe ich nicht ganz verstanden, ob hier die Forderung erhoben wird, eine Verpflichtung zum Abschluss von Verträgen einzuführen. Das hielte ich für abenteuerlich. Natürlich haben die Krankenhausvertreter Angst vor Wettbewerb, und § 116 b SGB V ist eine wettbewerbliche Lösung. In Bayern gibt es meines Wissens nach bereits einen Vertrag nach § 116 b SGB V. Ich gebe zu, dass das noch nicht die Welt ist, aber der Eindruck, es gebe derartige Verträge gar nicht, ist insofern falsch. Im Übrigen liegt die Vermutung nahe, dass es noch mehr derartige Verträge gibt, wenn ich bereits mindestens einen kenne. Wettbewerb

heißt allerdings nicht immer, dass sich auch ein Anbieter und ein Nachfrager finden. Es kann nicht sein, dass ein Nachfrager gezwungen wird, Ware abzunehmen. Das hielte ich für einen abenteuerlichen Vorschlag. Wenn ich Herrn Strehl allerdings so verstehen darf, dass dies auf freiwilliger Basis geschehen soll und er § 116 b SGB V beispielsweise ergänzen will um die Frage der Erschließung hoch spezialisierter Leistungen auch für Krankenhausambulanzen, habe ich überhaupt nichts dagegen.

Ich habe mich darüber belehren lassen, dass man hier nicht spekulieren sollte. Insofern möchte ich darauf hinweisen, dass wir im Moment in der Spekulationsphase sind, wie gut das DRG-System bis jetzt wirklich ist – auch wenn Herr Strehl hier mit großer Sicherheit auftritt. Bislang hat es keiner durchgerechnet. Unser Optimismus, dass das Erreichte für die jetzige Phase sehr gut ist, ist sehr groß. Ich weise darauf hin, dass alle im letzten Jahr angemahnten Probleme weitgehend angegangen wurden. Wenn das nicht reicht, werden wir beim nächsten Mal das InEK bitten, sie weiterhin anzugehen und das System zu perfektionieren.

Insofern hat Herr Prof. Dr. Neubauer meines Erachtens Recht mit seiner Einschätzung, eine Verlängerung der Konvergenzphase sichere keine bessere Qualität. Genauso ist es. Ich weiß, dass die DKG immer betont, wenn man ein Flugzeug starte, müsse man auch den genauen Landepunkt kennen. Von Herrn Robbers weiß ich, dass er Segler ist. Deshalb kann ich dazu nur sagen: Wenn ein Schiff in New York startet, braucht es keineswegs schon zu wissen, ob es in London oder Hamburg ankommt. Das weiß man erst in der letzten Phase. Die Richtung stimmt aber jedenfalls. Eine Verlängerung der Konvergenzphase bringt deshalb überhaupt nichts.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Ich komme auch noch einmal auf die Erkenntnis von heute zurück, dass die Teilnahme am Kalkulations- und am Vorschlagsverfahren die Abbildungsgenauigkeit erheblich erhöht. Das zeigt also, dass das System funktioniert und mit dem guten Willen, der hier auch heute deutlich wurde, in der Lage ist, die notwendige Abbildungsgenauigkeit für Maximalversorger herzustellen. Aus diesem Grunde halte ich auch die Konvergenzphase für sinnvoll, denn sie soll genau diesen Prozess des Lernens und des Umsetzens

flankieren und ökonomisch abfedern. Dies sind Sinn und Ziel der Konvergenzphase. Strukturzuschläge für einzelne Leistungsbereiche insgesamt halten wir für nicht sachgerecht und ungeeignet, weil dies tatsächlich dazu führen würde, dass man möglicherweise den Blinddarm in bestimmten Strukturen anders vergütet als das, was eigentlich mit dem DRG-System gewollt war.

Hinsichtlich der Vorschläge der DKG zur Abbildung der Leistungen innerhalb des Systems gibt es keine Übereinstimmung in der Frage der Kappungsgrenze, denn diese ist letztendlich systemwidrig. Wenn man es aus strategischen Gründen durchaus für sinnvoll hält, die Konvergenzphase wie im Gesetzentwurf vorgesehen um ein Jahr zu verlängern und den Einstiegswinkel für die Konvergenzphase zu senken, kann das aus unserer Sicht ein vernünftiger Weg sein, wenn dabei drei Grundbedingungen erfüllt sind: Der Start der Konvergenzphase darf nicht verschoben werden, denn sonst werden Strukturveränderungen und Prozesse in den Krankenhäusern nicht ausgelöst. Wir müssen sicherstellen, dass einheitliche Landesbasisfallwerte erhalten werden und wir eben keine Strukturdiskussion führen, in der wir Leistungen letztendlich vor Ort diskutieren, statt sie zu erbringen und sie zu bewerten. Schließlich müssen wir sicherstellen, dass eine hohe Zahl der Leistungen bzw. die Zahl der Leistungen, die vertretbar ist, innerhalb des DRG-Systems abgebildet wird.

SV Prof. Dr. Norbert Roeder: Wir haben gehört, dass wir eine sehr unterschiedliche Wahrnehmung der Güte des Systems haben. Einige sind sehr optimistisch, aber dieser Optimismus ist rein spekulativ. Herr von Stackelberg hat zugegeben, dass er bisher noch nicht rechnen konnte. Aus eigener Erfahrung kann ich Ihnen sagen, dass das Rechnen mindestens sechs bis acht Wochen Zeit in Anspruch nehmen wird. Allein die Auswirkung der Zusatzentgelte auf ein Haus der Maximalversorgung auszurechnen, wird einige Wochen Zeit in Anspruch nehmen, denn die Medikamente sind nach einzelnen Dosisklassen gestaffelt, und diese Daten liegen in den meisten Krankenhäusern nicht EDV-technisch vor. Ich schließe mich der Meinung verschiedener Vorredner an, dass sich das System erheblich verbessert hat. Ich behaupte aber auch, dass das System noch lange nicht dafür reif ist, es ökonomisch wir-

ken zu lassen. Deshalb brauchen wir eine Konvergenzphase.

Ich habe mich vorhin zum Zeitrahmen geäußert. Ich glaube, dass wir vier bis fünf Jahre brauchen, bis wir ein ökonomisch reifes System haben, das wir richtig scharf schalten könnten. Wir müssen scharf schalten und die Konvergenz beginnen, aber wir können die Konvergenz nicht in drei Jahren – wie es immer gesagt wird – ablaufen lassen. Eigentlich sind es doch praktisch nur zwei Jahre, da der dritte Konvergenzschritt im Gesetz ursprünglich bis zum 1.1.2007 geplant ist. Es sind letztendlich drei Schritte, die in zwei Jahren ablaufen sollen, nicht in drei Jahren. Das wird nicht funktionieren. In diesem Fall würde das System relativ schnell zerredet werden, denn es wird ökonomisch stark wirken. Dann würde man sich an den Spezialbereichen, die nicht richtig abgebildet sind, reiben und das System daran zerreden, auch wenn diese insgesamt vielleicht nur einen Prozentsatz von 20 % aller Leistungen ausmachen. Das wäre auch politisch schwer verkraftbar.

Wenn wir zu schnell scharf schalten, würde das System Geld von der Maximalversorgung – das sind nicht nur Unikliniken – zur Grund- und Regelversorgung umverteilen. Ich glaube nicht, dass dieses zusätzliche Geld in der Grund- und Regelversorgung dazu verwendet würde, die gleichen Leistungen zu erbringen, die vorher in der Maximalversorgung erbracht wurden. Das Geld wäre weg, und wir müssten diesen Schaden irgendwann reparieren. Dies hätte einen Einfluss auf die Versorgung, und das Reparieren wird teuer sein. Wie dies zu reparieren wäre, müsste man später diskutieren. Deshalb plädiere ich dafür, flach einzusteigen, und schließe mich dem Vorschlag der DKG an, die ein fünfschrittiges Konvergenzverfahren fordert. Damit würde dem DRG-System, bestehend aus Fallgruppen und aus Zusatzentgelten, auch eine Chance gegeben, sich zu entwickeln. Diese Chance wird es nicht haben, wenn wir es zu schnell zur ökonomischen Umverteilung einsetzen.

Wettbewerb befürworte ich, und ich glaube auch, dass Universitätskliniken – ich komme selber aus einer Uniklinik – gern zum Wettbewerb stehen, wenn es dafür eine faire Basis gibt. Nötig ist eine Basis, die auch dem Maximalversorger eine Chance gibt, in diesen Wettbewerb einzusteigen. Den Maximalversorgern vorzuwerfen, sie hätten sich nicht ge-

nügend vorbereitet, halte ich für vermessen. Das muss man sich erst einmal im Detail vor Ort anschauen. Allein zwölf Universitätskliniken waren an der vorletzten Kalkulationsrunde beteiligt, jetzt sind es wohl nur zehn. Dazu könnte Herr Dr. Heimig befragt werden, aber ein großer Teil an Fällen wurde von Universitätskliniken in die Gesamtkalkulation mit eingebracht, die sich schon seit vielen Jahren in Kalkulationsverbänden vorbereiten und die Kalkulation sicherlich auch in Deutschland mit vorangetrieben haben.

SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband Medizintechnologie, BVMed): Der Bundesverband Medizintechnologie vertritt unter anderem einige ausländische Unternehmen. Es bedarf größter Anstrengungen, im Ausland für ein derartiges, durchgängiges Fallpauschalensystem zu werben. Wir haben das getan. Das Coding-, das Grouping-, das Costing- und das Pricing-Problem haben wir den Leuten mehr oder weniger verständlich gemacht. Wir haben auch versucht zu erklären, dass sich die Repräsentativität und die sachgerechte Abbildung kontinuierlich verbessern. Dennoch gibt es auch ein Problem, und damit komme ich zu der Frage des Abg. Dr. Faust hinsichtlich der prospektiven Mengenregelung. Hier sehen wir die Gefahr, dass rein ökonomische Zwänge medizinisch notwendige Entscheidungen eventuell hinauszögern können. Ich spreche hier über neue Therapieformen, also Produkte, die schon existieren und einen relativ hohen Sachkostenanteil an der Gesamtbehandlung haben. Hier würden wir uns – jetzt bewege ich mich in die Richtung von Herrn Robbers – eine Restindividualität oder einen individuellen Ansatz wünschen, demzufolge man – zumindest für die Konvergenzphase – gewisse Sonderregelungen insbesondere für diejenigen DRG's findet, die mit einem hohen Sachkostenanteil versehen sind.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer und Herrn Prof. Dr. Neubauer: In der ambulanten Versorgung sollen die Budgets bis zum Jahr 2007 abgeschafft werden. Das war auch ursprünglich für die Krankenhausbudgets vorgesehen. Welche Folgen hätte es, wenn jetzt diese Parallelität zu Lasten des ambulanten Sektors aufgegeben würde?

SV Rudolf Henke (Bundesärztekammer): Wir sind grundsätzlich der Auffassung, dass gedeckelte Budgets ungeeignet sind, um das Leistungsgeschehen leistungsgerecht abzubilden. Deshalb plädieren wir sowohl für den stationären wie für den ambulanten Bereich für die schnellstmögliche Abschaffung gedeckelter Budgets. In Bezug auf den ambulanten Bereich sähen wir diese Forderung auch nicht zur Disposition gestellt, wenn im stationären Bereich Veränderungen stattfinden. Ein wichtiger Nachteil einer Streckung von Konvergenzphasen bestünde, wenn der Gesetzgeber eine Streckung einer Konvergenzphase etwa mit der Vorstellung verbinden würde, in diesem Fall auch die geplante Abschaffung gedeckelter Budgets zeitlich zu verschieben. Das würden wir als außerordentlich kritisch bewerten.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Hier müssen wir uns besinnen, weshalb wir die Budgetierung überhaupt haben. Die Budgetierung brauchen wir aus volkswirtschaftlicher Sicht, weil sonst die Morbiditätskosten über die Arbeitskosten Arbeitsplätze in Deutschland vernichten. Das ist die Ausgangslage. Wenn Sie es nicht schaffen, Morbiditätskosten und Arbeitskosten voneinander zu trennen, sind Budgets zweckorientiert und richtig. Was immer Sie tun: Solange Arbeitskosten und Morbiditätskosten aneinander hängen und Sie schaffen Budgets ab, machen Sie es anders. Im Arzneimittelbereich sind Budgets abgeschafft worden, aber dafür haben Sie Preisabsenkungen von 16 % durchgeführt. Davon kommt man nicht weg. Deshalb wäre es aus meiner Sicht ein stimmiges Konzept, wenn die Budgetierung aufgehoben würde und über Finanzierungsreformen gleichzeitig eine Abkoppelung der Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten durchgeführt würde; dann geht das. Dies ist aus meiner Sicht ein Gesamtkonzept.

Wenn Sie dagegen einen Teilbereich budgetiert lassen und das im niedergelassenen Bereich nicht in diesem strengen Umfang tun, würde alles so laufen, wie es doch vorgezeichnet ist: Krankenhäuser würden Patienten, die sie aus ihrem Budget heraus nehmen können, möglichst in Strukturen bringen, die nicht gedeckelt sind, aber ihnen noch gehören. Hier ist das MVZ einfach eine wunderbare Möglichkeit: Dann schiebe ich Patienten ins MVZ, das mir als Krankenhaus gehört. Man hat dann immer Verschiebungen, die man so nicht steuern kann. Von daher plädiere ich dafür, dass

man sich überlegt, das Gesamtsystem vernünftig anzugehen. Andernfalls wird man immer Rückfälle haben und die Ausgaben werden explodieren. Ich brauche nicht zu sagen, dass wir uns das bei unserer Beschäftigungslage gar nicht leisten können. Deshalb kann nur das Eine mit dem Anderen einhergehen: Um die Budgetierung aufzuheben, brauchen wir eine Finanzierungsreform. Diese Forderung verbinde ich damit.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Marburger Bund: Sind Sie der Meinung, dass die Kosten für die ärztliche Weiterbildung im Fallpauschalensystem ausreichend abgebildet sind? Welche Lösung würden Sie andernfalls vorschlagen? Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Professor Dr. Neubauer und Herrn Prof. Dr. Roeder sowie an den Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten: Wir haben aus der heutigen Anhörung viele Erkenntnisse gewinnen können. Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Vorschläge im Antrag der Fraktion der CDU/CSU, der heute auch zur Debatte steht?

SVe Dr. Magdalena Benemann (Marburger Bund): Wenn man genauer in den Gesetzentwurf schaut, stellt man fest, dass die Frage einer zusätzlichen Beachtung von Weiterbildungskosten überhaupt nicht im Einzelnen erwähnt wurde. Dies haben wir auch in unserer Stellungnahme bemängelt. In dem Gesetzentwurf ist z. B. durchaus über Ausbildungszusatzentgelte für andere, nicht ärztliche Berufe befunden worden. Nach unserer Vorstellung müssten deshalb auch Weiterbildungskosten im Gesetzentwurf in einer bestimmten Form Erwähnung finden, wenn auch nicht unbedingt analog. Eine Lösung haben wir nicht im Detail vorgeschlagen, aber wir können uns vorstellen, dass man auch hier mit einer Form von Zuschlag arbeitet. Wie das im Einzelnen aussehen muss und wie das im Einzelnen vorgesehen ist, kann man sich etwa anhand der Regelung für die Ausbildung für die nichtärztlichen Berufe vorstellen.

SV Prof. Dr. Günter Neubauer: Im Wesentlichen ist der Vorschlag der Opposition doch darauf aufgebaut, dass man sagt, man kann das System in dem Umfang schneller einführen, in dem man sich vom 100 %-Ansatz löst. Das ist

richtig, genau so ist es: Wenn ich von einem 100 %-Ansatz ausgehe, brauche ich mehr Zeit; wenn ich davon abweiche, weil ich sage, 100 % erreiche ich ohnedies nicht – das ist auch meine Meinung –, kann ich das entsprechend beschleunigen. Dann stellt sich die Frage, wie man mit den 25 % umgeht, die man nicht in diese Pauschalierung einbringen kann. Dazu sind verschiedene Vorschläge gemacht worden, dass man z. B. diese Leistungen herausnimmt und in einem extra Vergütungssystem unterbringt. Wenn man so vorgeht, kann man das System beschleunigen.

Auf der anderen Seite finde ich es auch logisch, die Zeit – wie im Regierungsvorschlag vorgesehen – zu verzögern, weil hier an das System ein höherer Anspruch in Richtung der Erreichung von 100 % gestellt wird. Es sind zwei verschiedene Vorschläge, die in sich jeweils logisch sind. Hinsichtlich einer Bewertung komme ich aus meiner Sicht zu dem Schluss, dass ich einem Ziel, das ich nicht erreichen kann, auch nicht länger nachgehen sollte. Ich erinnere hier an das Beispiel des 100 m-Läufers, der seine 100 m nie in null Sekunden laufen wird. Vor diesem Hintergrund würde ich hier erst einmal den alternativen Vorschlag bevorzugen.

SV Prof. Dr. Norbert Roeder: Meiner Ansicht nach hat Prof. Dr. Neubauer die Situation schon richtig dargestellt. Wenn man alle Leistungen im System belässt, muss man – und dafür habe ich vorhin plädiert – die Konvergenzphase verlängern, um dem System die Möglichkeit zu geben, sich insgesamt zu entwickeln, und um das System zu schützen. Dies böte auch Gelegenheit, datengestützt die Grenzen des Systems zu ermitteln, denn die Grenzen des Systems werden heute teilweise auf Zuruf ermittelt.

Viele Aspekte aus dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU sind heute teilweise relativiert worden. Wenn wir jetzt den Weg gingen, die Konvergenzphase so zu belassen, wie sie ist, und Teile von Leistungen oder Leistungen insgesamt herausnehmen, bliebe die technische Problematik, dass wir definieren müssten, welche Leistungen wir herausnehmen sollten und welche nicht. Damit wären wir letztendlich bei dem Vorschlag, der vorhin von der Bundesärztekammer vorgestellt wurde. Demnach könnten nur DRG's, die eine sehr hohe Homogenität haben – es wurde hier die Zahl von unge-

fähr 60 genannt, wenn ich mich richtig erinnere –, über das DRG-System finanziert werden. Diese könnte man sogar ohne eine Konvergenzphase über das DRG-System finanzieren. Den Rest müsste man irgendwie anders vergüten, d. h. nach entsprechenden Verhandlungen vor Ort.

Dann kämen wiederum die bekannten Problematiken hinzu, mit denen wir Verhandlungen vor Ort heute für Bereiche führen, die nicht über bundesweite Bewertung finanziert werden, d. h. für die Bereiche, die zwar grundsätzlich DRG's zugeordnet werden, aber vor Ort verhandelt werden müssen. Als jemand, der diese Verhandlungen in einem großen Haus begleitet, kann ich Ihnen sagen, dass das ein schwieriges Geschäft ist, und auch die Herausnahme von Bereichen ist ein sehr schwieriges Geschäft.

Wir betreiben solche Bereiche: Uns ist es bisher nicht gelungen, und uns wird es – zumindest im Jahr 2004 – auch nicht gelingen, Bereiche zu isolieren, die klar abgegrenzt und nicht im DRG-System abgebildet sind. Prinzipiell würde ich als Alternative auch für die Lösung der Herausnahme plädieren. Ich sehe allerdings erheblich technische Schwierigkeiten bei der Abgrenzung derjenigen Bereiche, die über DRG's finanziert werden sollen, von denjenigen, die alternativ finanziert werden sollen.

SV Thomas Bublitz (BDPK): Zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU können wir zunächst sagen, dass es richtig ist, die Abbildung der Krankenhausleistungen im DRG-System vorzunehmen. Wir müssen allerdings verzeichnen, dass es einen sehr unterschiedlichen Stand der Vorbereitung in Bezug darauf gibt, wie die Krankenhäuser mit dieser Problematik umgegangen sind. Zumindest vor diesem erscheint die dreijährige Konvergenzphase zwar als möglich, aber mit Blick auf die Akzeptanz wäre es möglicherweise strategisch klug, eine Verlängerung der Konvergenzphase anzudenken. Das entspricht nicht unbedingt unserer Position, aber wir würden das mittragen, wenn es der Akzeptanz im System dient und letztendlich auch die Abbildungsgenauigkeit verbessert.

Alterssplits begrüßen wir sehr. In dieser Hinsicht haben wir im jetzigen Fallpauschalenkatalog auch einen Schritt nach vorne getan. Für

die Kinder- und Jugendmedizin sind die Alterssplits ausgeweitet worden. Wenn hier weitere Ausweitungen nötig sind, schaffen wir das im Grunde nur durch eine wirkliche Betrachtung der Leistungsbereiche und eine Analyse der Probleme. Es lässt sich nicht pauschal sagen, wie das zu erfolgen hat. Vielmehr müssen wir dies wirklich individuell für die Leistungen analysieren. Deshalb hier noch einmal das Petikum des BDPK: Wir müssen eine umfassende und aussagefähige Kalkulation hinbekommen, anders ist es letztendlich nicht möglich. Wir stehen im Grunde genommen auch zu Ihrer Aussage, die Konvergenzphase nicht zu verlängern. Wir haben aber soeben auch auf die taktische und die Akzeptanz-Komponente sowie auf den unterschiedlichen Vorbereitungsstand hingewiesen.

In Bezug auf die Maximalversorger möchte ich ergänzen: Auch hier ist es richtig, im Rahmen der Kalkulation ein Augenmerk darauf zu haben, dass das, was jetzt nicht richtig abgebildet ist, zukünftig besser abgebildet wird. Auch in diesem Fall muss man sich wohl sehr dezidiert die einzelne Leistung ansehen. Die Leistungsstruktur eines Hauses, die Versorgungsstufe eines Hauses, lässt überhaupt keinen Rückschluss darauf zu, ob die Leistungen in diesem Haus insgesamt höher bewertet werden müssen. Das wäre systemwidrig, falsch und vom DRG-System nicht gewollt. Wir können auch

hier nur sagen, dass wir uns die einzelnen Leistungen ansehen und die Ursache erfragen müssen, warum diese Leistung teurer ist. Nur auf diese Weise können wir sie auch sachgerecht abbilden.

Abschließend komme ich zum Aufwand für die ärztliche Weiterbildung und Fortbildung im Fallpauschalensystem: Das können wir nur unterstützen. Die Qualität der Behandlung lebt von der Qualität der Ärzte. Das muss deshalb auch systemisch abgebildet und getragen werden.

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Damit sind wir am Schluss der Anhörung angelangt. Ich darf mich im Namen der Ausschussmitglieder herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie uns als Sachverständige so kenntnisreich zur Verfügung gestanden haben. Wir werden das, was Sie uns hier vorgetragen haben, auszuwerten haben. Ich wünsche Ihnen ein gutes Nachhausekommen.

Ende der Sitzung: 18.40 Uhr.