III. Hauptthema: DRG im berufsgenossen- schaftlichen Heilverfahren

Podiumsdiskussion

Prof. Dr. Ekkernkamp. Ich danke zunächst all denjenigen, die auf das Podium gekommen sind. Bei Frau Dr. Tempka und Herrn Sieker haben wir uns schon bedankt. In der Herrenrunde (von links) hat Herr Dr. Schulte-Sasse, Staatssekretär im zuständigen Ressort hier in Berlin, schon heute morgen zu uns gesprochen. Es folgt Herr Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, gleichzeitig aber auch verantwortlicher Geschäftsführer für Kliniken. Herr Dr. Rochell war bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und ist heute bei der Bundesärztekammer für DRG-Fragen zuständig, Herr Dr. Schreck ist heute bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft und kommt aus dem Arbeitskreis von Frau Dr. Schlottmann, der sich mit DRG-Fragen beschäftigt. Herr Dr. Tiedtke ist hier in Berlin bestens bekannt, niedergelassener Chirurg, er vertritt den Bundesverband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte.

Herr Nolting. Meine erste Frage möchte ich an Herrn Dr. Breuer richten: Ist die Budgetierung von Krankenhausleistungen mit dem Grundsatz „mit allen geeigneten Mitteln“, der für die Berufsgenossenschaften gilt, vom Prinzip her überhaupt vereinbar?

Herr Dr. Breuer. Ich würde juristisch antworten und sagen: Das kommt darauf an! Wir wissen immer noch nicht, wie sich das DRG-System in der Praxis tatsächlich auswirken wird. Wir haben in den Ausführungsbeispielen schon gesehen, wie weit die praktische Anwendung auseinander gehen kann. Grundsätzlich kann man sagen, ist ein Fallpauschalensystem, ob ich es nun DRG nenne oder Fallpauschale, kein Hinderungsgrund, eine Bemessung für Leistungsbewertung einzuführen; das haben wir international belegt. Eine andere Frage ist, ob es eine richtige Bemessung für die Leistungsbezahlung ist, was wir in Deutschland ausprobieren.

Hierzu vielleicht ein ganz kurzer Exkurs: Es gibt die Grundsatzaussage der Berufsgenossenschaften, dass sie sich nicht gegen das DRG-System stellen und den Ansatz durchaus mittragen. Dort, wo es Massenverfahren gibt, dort, wo es häufige Verletzungsbilder gibt, ist eine Durchschnittsbildung sehr wohl denkbar, machbar und durchaus sinnvoll. Die Schwierigkeit – und in den weiteren Auswirkungen kann man sagen, der Wahnsinn – beginnt dort, wo man versucht, ein solches System über alle Diagnosefelder zu ziehen, alle Einzelfälle mit zu erfassen. Das ist weltweit keinem gelungen und wird auch in Deutschland keinem gelingen. Und gegen diese Auswirkungen des DRG-

Systems wenden sich die Berufsgenossenschaften, weil sie eben eine Gefährdung ihres gesetzlichen Auftrags darstellen. Fazit ist also, wenn man es kurz machen will: Das System als solches gefährdet nicht den gesetzlichen Auftrag, aber die Ausführung des Systems, wie es in Deutschland vorgesehen ist!

Herr Nolting. Herr Dr. Schulte-Sasse, Sie sind für die Krankenhausplanung im Land Berlin verantwortlich. Was glauben Sie, wie werden sich die DRG, die Abrechnung nach Fallpauschalen, auf die Krankenhausplanung auswirken und welche Bedeutung spielt dabei die Qualität? Inwieweit können Sie über die Krankenhausplanung die Qualität der Versorgung beeinflussen?

Herr Dr. Schulte-Sasse. Ich beginne mit der letzten Frage, weil sie die einfachere ist. Krankenhausplanung hat einen relativ geringen Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung in den einzelnen Krankenhäusern. Ich habe bewusst gesagt: Relativ gering, sie hat mit Sicherheit einen. Die Aussage, sie hätte gar keinen, wäre auf jeden Fall falsch. Krankenhausplanung plant Strukturen der Krankenversorgung, deshalb kann Krankenhausplanung auch nur auf die Strukturqualität der Patientenversorgung Einfluss nehmen. Hierzu ein Beispiel:

In Berlin wurde im letzten Krankenhausplan die Versorgung von gefäßkranken Patienten mit ins Blickfeld genommen, was bisher kein Gegenstand der Krankenhausplanung in Berlin war. Krankenhausplanerisch wurden so genannte Gefäßzentren ausgewiesen und damit Träger veranlasst, entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen, d. h. wir haben an einem Standort alle therapeutischen Optionen und diagnostischen Möglichkeiten bei Gefäßkrankheiten zusammengeführt, Gefäßchirurgie, Angiologie, interventionelle Radiologie. Das ist ein Beitrag zur Strukturqualität, den Krankenhausplanung leisten kann, aber natürlich kann Krankenhausplanung im Hinblick auf die Prozessqualität an solchen Standorten nichts planen und auch nichts regeln oder regulieren.

Jetzt komme ich zur 1. Frage: Welche Auswirkungen wird die Einführung des DRG-Systems auf die Krankenhäuser in Berlin haben? Ich bin mir ziemlich sicher, dass es in Berlin wie in anderen Regionen in Deutschland für einige Krankenhäuser ein glückliches und für andere ein böses Erwachen geben wird. Deshalb glücklich und böse, weil wir auch noch in Berlin in der überwiegenden Zahl der Krankenhäuser bis heute die Frage nicht beantworten können, auch nicht intern, wie wirtschaftlich die Leistung in dem jeweiligen Krankenhaus erbracht wird und wie hoch der Kostenaufwand für die einzelne Leistungserbringung im Vergleich zu allen anderen Krankenhäusern im Land ist. Das wird jetzt, mit der Einführung der DRG, zwangsweise ein transparentes Geschehen. Manche Häuser werden feststellen, dass sie mit ihren bisherigen Budgets zu knapp, andere Häuser dagegen, dass sie viel zu reichhaltig bemessen finanziert wurden. Der Druck, der mit den DRG v. a. auch auf die letzte Kategorie ausgeübt wird, ist enorm.

Unter dem Strich wird das dazu führen, dass durch die Einführung der DRG das eine oder andere Haus sich komplett aus der Versorgung verabschieden muss, weil es den notwendigen Reformprozess im Hause in der notwendigen Zeit nicht umzusetzen vermag, ggf. wird sich ein Träger auch von dem einen oder anderen Leistungsangebot verabschieden. Das sehe ich aber nicht mit Sorge, sondern ich glau-

be, dass wir in Deutschland durchaus noch Raum haben, mit weniger Krankenhausbetten, und diese Aussage gilt v. a. auch in Berlin, eine adäquate stationäre Patientenversorgung zu ermöglichen. Dieser Prozess wird ein selbstdynamischer Prozess sein, und er wird damit Krankenhausplanung weitgehend überflüssig machen.

Wir haben hier in Berlin allerdings den großen Vorteil – im Gegensatz zu Flächenstaaten – dass man, egal wo man in Berlin wohnt, mit relativ kurzem Aufwand ein Krankenhaus erreicht. Auch wenn man vom Norden in den Süden der Stadt fahren muss, ist dies durchaus noch zumutbar verglichen mit der Situation z. B. in Ostfriesland, sodass es keine Problematik mit sich bringen würde, wenn ein Haus im Norden Berlins schließen müsste und der Patient dann nicht mehr unmittelbar vor der eigenen Haustür die Versorgung erhalten würde, sondern ggf. auch eine längere Strecke fahren müsste.

Herr Nolting. Herr Dr. Rochell und Herr Dr. Schreck, können Sie das auflösen, was wir in den beiden Referaten gehört haben:

1. Die Abrechnung nach DRG ist zu teuer für die Administration, aber gleichzeitig zu wenig für das Krankenhaus und die Ärzte.
2. Warum sind die Kliniken, die am Optionsmodell teilnehmen, so zufrieden?

Herr Dr. Rochell. Man muss jetzt, bei der Einführung des DRG-Systems, zunächst Abstriche machen, was die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung anbelangt, denn es wird nicht nach realistischen Preisen abgerechnet, sondern das System wird unter der Bedingung der so genannten Budgetneutralität eingeführt, d. h. man trägt der Tatsache Rechnung, dass dieses einzuführende System, das aus Australien übernommen worden ist und erstmals an die deutschen Ist-Verhältnisse angepasst werden muss, noch nicht der hiesigen Leistungswirklichkeit entspricht. Deswegen rechnet man DRG zwar ab, aber mit krankenhausspezifischen Preisen, die sich noch 1:1 auf Grundlage eines von den Krankenhäusern prospektiv festzulegenden Mengengerüsts aus den historisch ge-

wachsenen Budgets herausführen lassen. Mit den DRG wird also momentan ähnlich verfahren wie mit dem tagesgleichen Pflege-satz im vorhergehenden System, der einfach als völlig abstrakte und nicht mit der Leistung verbundene Abschlagszahlung auf das Budget gezahlt wurde. Ziel ist aber, dass in einer überschaubaren Zeit, der Gesetzgeber hat den 1.1.2007 vorgesehen, tatsächlich leistungsbezogen vergütet wird. An die 2-jährige budgetneutrale Einführungsphase, 2003 noch auf freiwilliger Basis, 2004 erstmals verpflichtend für alle Krankenhäuser, wird sich eine Konvergenzphase anschließen. Innerhalb dieser will man dann den Schritt machen von den krankenhausspezifischen DRG-Preisen auf alter Budgetbasis hin zum Grundsatz „gleicher DRG-Preis für gleiche DRG-Leistung“ an allen Krankenhäusern, zunächst auf Bundeslandebene. Das bedeutet, unabhängig, ob diese Leistungen an einer Universitätsklinik erbracht werden oder einem Feld-, Wald- und Wiesen-Krankenhaus der Basisversorgung – um es salopp zu sagen – wird ein einheitlicher Preis gezahlt. Das ist zumindest die Zielrichtung, sodass wir es jetzt, in dieser Übergangsphase, noch mit unechten Bedingungen zu tun haben. Aber es besteht natürlich die Erwartung – unter diesem recht engen Zeitrahmen – dass es – wenn dieses System Gewinner und Verlierer aus sich selbst heraus produziert –, ab dem 1.1.2005, dem Beginn der Konvergenzphase, auch gerechte Gewinner oder Verlierer geben wird und damit die Leistungen korrekt abgebildet werden.

Zurzeit ist jedoch sehr fraglich, ob dies überhaupt leistbar ist. Frau Dr. Tempka hat das in ihrem Vortrag mit den Transplantationsentgelten angerissen, die jetzt erstmalig auf DRG umgestellt werden sollten. Das stieß in der gesamten Republik auf lautstarken Protest: Sehr schnell wurde von den offiziellen Stellen eingeräumt, auch noch einmal in der entsprechenden Anhörung, dass die dort kalkulierten Entgelte in keinem Fall ausreichen, diese Leistungen zu refinanzieren. Deswegen bestehen hier zurzeit erhebliche Unsicherheiten.

Das Hauptproblem bei der Umstellung auf DRG ist, dass vieles missinterpretiert wird. Die Kostenträger, das haben wir dem ersten Vortrag entnehmen können, wun-

dern sich über plötzlich völlig astronomische Zahlungen für vermeintlich geringfügige Leistungen, die im alten Entgeltsystem viel geringere Erlöse produzieren, und hinterfragen natürlich dann die Gerechtigkeit dieser Bezahlung. Die Krankenhäuser überprüfen am anderen Ende und sind entsetzt, wenn sie sehen, welche astronomisch unterbewerteten Vergütungen sie für Komplexleistungen erhalten, wie von Frau Dr. Tempka dargestellt. Man muss das im Zusammenhang mit dem Fall-Mengen-Gerüst sehen. Das Krankenhaus ist in den Jahren 2003 und 2004, allerdings nur, sofern es sich tatsächlich an das von ihm vereinbarte Fall-Mengen-Gerüst hält, vor Verlusten weitgehend geschützt. Die Kostenträger haben ein anderes Risiko. Hier besteht im berufsgenossenschaftlichen System ein spezielles Problem, weil dieses der Budgetneutralität im SGB V im Krankenhausfinanzierungsbereich eigentlich nur passager angeschlossen ist. Das heißt, die Berufsgenossenschaften müssen diese Preise erst einmal hinnehmen, obwohl diese unter anderen Bedingungen zustande gekommen sind. Die Berufsgenossenschaften haben nicht diese Budgetneutralität in dem scharfen Maß, wie das bei den Kostenträgern im SGB-V-Bereich der Fall ist, dass man zumindest am Jahresende mit den Ausgleichen wieder die Budgetneutralität für die Kostenträger herstellen kann. Die Krankenkassen im SGB-V-Bereich haben unterjährig mehr ein Liquiditätsrisiko, wenn sie Patienten haben, die über besonders hochdotierte DRG abgerechnet werden, bzw. Krankenhäuser mit besonders hohen Basisfallwerten, die dann besonders hohe Preise produzieren. Zurzeit haben also eher die Kostenträger das Risiko.

Die Krankenhäuser werden ab dem Jahr 2005 allerdings in erheblichem Maß betroffen sein. Das Problem ist natürlich, dass manche Häuser, einer fatalen Logik folgend, nach vauseilendem Gehorsam handeln, d. h. das Jahr 2005 ist nahe und man will sich möglichst in deutscher Gründlichkeit so positionieren, dass man jetzt schon sicher sein kann, im Jahr 2005 nicht zu den Verlierern zu gehören. Deswegen sehen wir in manchen Bereichen – das wurde in den Vorträgen noch nicht so deutlich, zumindest in dem Ersten nicht –

doch massive Fehlanreize, dass Krankenhäuser die Verweildauern verkürzen, dass sie die Patienten frühzeitig entlassen, dass sie Behandlungsabläufe fraktionieren, d. h. Leistungen, die bisher in einem längeren stationären Aufenthalt erbracht worden sind, in mehrere Krankenhausaufenthalte splitten. Das ist das Problem, mit dem man zu kämpfen hat. Insofern haben wir die Position vertreten, dieses System erst einmal unter Modellvorhabencharakter an die Leistungswirklichkeit anzupassen, bevor es in irgendeiner Weise abrechnungsrelevant wird. Wir stehen da tatsächlich ein wenig in einem Wettrennen, wer die Anpassung des Systems an die hiesige Leistungswirklichkeit gewinnt.

Das wäre auch der Weg, den wir fordern würden, bevor so ein System steuernd wirksam wird und Gewinner und Verlierer produziert oder sich die Leistungswirklichkeit an den mitunter nicht immer realistischen, teilweise sogar krass neben der Realität liegenden Vorgaben dieses neuen Fallpauschalensystems orientieren muss. Das wäre unseren Patienten gegenüber nicht zumutbar.

Herr Nolting. Herr Dr. Breuer ist es wirklich bei den Berufsgenossenschaften so einfach?

Herr Dr. Breuer. Schön wäre es, deshalb: Entweder habe ich Sie missverstanden oder die Sachlage ist eine etwas andere, Herr Dr. Rochell. Es ist nämlich sehr wohl so, dass – ob gesetzgeberisch gewollt oder durch perfekte Handwerksarbeit, die andere Ergebnisse erzeugt, als der Handwerksmeister es sich vorstellt – die Berufsgenossenschaften und damit auch die berufsgenossenschaftlichen Kliniken, die Sie gerade ansprachen, sehr wohl unter eine Budgetregelung, und zwar erstmals im Zeitpunkt ihrer Existenz fallen. Das heißt, wir stehen in der Situation, im laufenden Jahr erstmals ein Budget mit den Kostenträgern zu vereinbaren, und das ist in der Tat eine Gefährdung des bisherigen Auftrags, dass es eben nicht mehr darauf ankommt, nur die entsprechenden Patienten entsprechend den Anforderungen des SGB VII zu versorgen, sondern wir dies plötzlich im Rahmen eines Gesamtbudgets, insbesondere mit den Kran-

kenkassen, machen müssen. Dort hilft auch nicht die gesetzliche Regelung, dass Arbeitsunfallverletzte in berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen von einzelnen Anwendungen des Gesetzes teils ausgenommen sind. Insgesamt unterstehen wir den Regelungen, ein Budget zu vereinbaren. Was sich der Gesetzgeber dabei gedacht hat, diese Frage habe ich in letzter Zeit häufiger gestellt. Ich hoffe auch noch auf Korrekturen. Da teile ich die Auffassung von Frau Dr. Tempka, man darf die Hoffnung nie aufgeben, aber hoffen allein hilft nicht. Manchmal muss man auch reden, manchmal auch treten.

Herr Dr. Schreck. Ich möchte jetzt insbesondere ein wenig mehr auf den uns vorliegenden Entwurf eingehen, um dann auf die Fragestellung von Frau Dr. Tempka zurückzukommen. Im letzten Jahr hatten wir noch 664 Leistungen im Katalog, jetzt sind es 802, davon 790 im Fallpauschalenkatalog, 12 Entgelte, die krankenhaushausindividuell zu vereinbaren sind, sind dort niedergelegt. Die BG hat ein sehr hohes Spektrum an Leistungen und ein sehr kompliziertes Patientenkontingent, insbesondere dahingehend, dass dort mehrfach-schwerstverletzte, polytraumatisierte Versicherte mit Verbrennungen behandelt werden. Hier stellt sich für uns die Frage, inwieweit die Vorstellungen bzw. die Empfehlungen, die von den Berufsgenossenschaften bzw. auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit im Eingabeverfahren beim INEK vorgetragen wurden, überhaupt berücksichtigt wurden. Hier sei nur das Thema Polytraumen angeführt. Diese wurden etwas differenzierter aufgesplittet; wenn man den Gesamtkatalog ansieht, sind jetzt 130 Zusatzplits hinzugekommen, bei den Polytraumen 3. Frau Dr. Tempka sagte bereits, dass die Frührehabilitation bei Polytraumatisierten in Anlage 2, also als krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Leistung, ausgegliedert ist. Das Gleiche trifft für Verbrennungen zu bzw. beim akuten Querschnitt. Sind dort die Vorstellungen, die an das INEK herangetragen wurden, überhaupt berücksichtigt worden und sind diese in die Kalkulation eingeflossen und spiegelt dieser Katalog mit den Bewertungsrelationen die Kalkulation wider, die sich dann in ihren Häusern sozu-

sagen als bares Geld auf dem Tisch findet? Das ist hier die Frage.

Momentan liegen uns nur die Auflösungen aus dem Katalog vor. Aufgrund der fehlenden Grouper bzw. des fehlenden Kalkulationsberichts, der uns noch nicht vorliegt und uns erst Ende November zugänglich gemacht werden soll, können wir erst dann eine Bewertung durchführen. Wir können jetzt z. B. sagen, dass im Rahmen der Polytraumen die Vorstellungen, die durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft eben vorgetragen wurden, eine Differenzierung des Systems, z. B. nach Scoring Systemen wie dem ISS, vorzunehmen, scheinbar nicht Eingang gefunden haben, aber auch nur scheinbar, weil wir die Daten nicht kennen. Das macht das ganze System unheimlich schwierig.

Für uns ist es wichtig, dass Häuser, die über ganz spezielle Leistungen und ein ganz spezielles Patientenkontingent verfügen, sich auch entsprechend einbringen und mit ihren Daten untermauern, dass sie hier eine ganz besondere Versorgungsstruktur darstellen und dann sozusagen für diese auch eine angepasste Bewertungsrelation sehen.

Herr Nolting. Herr Dr. Tiedtke, wie stellt sich die Situation für den niedergelassenen selbstständigen Durchgangsarzt dar? Wir haben unter dem Stichwort „Fehlansätze“ gehört, dass man durchaus damit rechnen muss, dass die Verweilzeiten im stationären Bereich zurückgehen, d. h. die Patienten werden in einem mutmaßlich schlechteren Zustand entlassen und kommen dann in die ambulante Behandlung. Sind die Durchgangsärzte darauf vorbereitet? Ich stelle die Frage etwas allgemeiner: Sind unsere Versorgungsstrukturen darauf vorbereitet – vielleicht auch unter dem Stichwort „Pflege“? Frau Dr. Tempka hatte ja das Beispiel einer 48-jährigen Patientin angeführt, die nun auf Gehstützen angewiesen ist und früher entlassen wird. Was tun Sie in einem solchen Fall?

Herr Dr. Tiedtke. Aus meiner Erfahrung hat natürlich keine Vorbereitung der D-Ärzte stattgefunden. Ich glaube aber, sie ist in der jetzigen Situation gar nicht notwendig, denn wir machen im ambulanten Bereich eigentlich nichts anderes als bisher.

Das heißt, wir betreuen diese Verletzten präoperativ oder vor der stationären Aufnahme und auch nach der stationären Aufnahme. Wie intensiv diese Betreuung sein kann, ist natürlich immer mehr oder weniger eine Kostenfrage. Wir haben die Möglichkeit, die häusliche Krankenpflege einzusetzen, wir haben im ambulanten Bereich dieses gesamte Spektrum, das durchaus zu bewältigen ist. Meine Überlegung geht dahin: Es sind alles erfahrene Kollegen im ambulanten Bereich, also Fachärzte für Unfallchirurgie, die allein mit dieser Aufgabe, die im DRG jetzt vorgesehen ist, unterfordert sind. Sollte man nicht von Seiten der Berufsgenossenschaften überlegen, wie weit jetzt der ambulante Kollege in das DRG-System eingebunden wird? Nach den Vorträgen ist mir das Problem der Schwerpunktkrankenhäuser evident. Diese sind natürlich schlecht bezahlt. Aber die Krankenhäuser mit Auftragsleistungen, glaube ich auch in der Diskussion erfahren zu haben, machen durchaus schon jetzt ihre Gewinne. Und das sind Dinge, die auch der ambulante D-Arzt erfüllen kann, d. h. das ambulante Operieren. Inwieweit hat der Hauptverband der Berufsgenossenschaften darüber nachgedacht, diese Dinge in diesen Bereich hineinzutragen?

Herr Dr. Breuer. Ich denke, man sollte damit Schritt für Schritt vorgehen. Wir haben im Moment genügend damit zu tun, die DRG ins stationäre System zu implementieren. Der nächste Schritt ist dann, ob weitere Ausdehnungen auf den ambulanten Sektor und in welcher Form geplant sind. Von daher freue ich mich, die Aussage zu hören – und eine solche ist heutzutage in der Gesundheitspolitik selten geworden – „Wir werden unsere Aufgabe weiter so erfüllen, wie es bisher vorgesehen ist.“ Das ist ein beruhigender und ich denke wichtiger Faktor für die Berufsgenossenschaften.

Zu Herrn Dr. Schreck: Wie handeln wir aktuell, um diese Thematik DRG im stationären Sektor aufzufangen? Wir haben eine Fülle von Problemen, und ich gebe zu, das Kernproblem ist, wir wissen eigentlich alle noch nicht genau, wie die Datenlage ist und zu welchen Ergebnissen sie führt. Nur um 3 Beispielfälle zu nennen – nicht im Einzelnen, sondern schon in

einer Gruppenzusammenführung – dann sehen Sie, wo die Problematik liegt:

1. Sie werden aufgefordert, an den entsprechenden ersten Teilversuchen mit teilzunehmen, um eine möglichst gleiche, sprich repräsentative, Datenerhebung vorzunehmen. Wenn Sie dieses in manchen Bereichen tun, aber hinterher erfahren, dass Ihre Daten und Ihre ergänzenden Hinweise keine Berücksichtigung finden, dann fragen Sie sich, warum Sie das tun.
2. Sie nehmen an entsprechenden Bewertungen, auch Hinweisen, Diskussionsrunden mit teil, um darauf hinzuweisen, dass eben bestimmte, jetzt vorgesehene DRG das Spektrum insgesamt nicht abdecken. Sie erleben, dass teilweise dort Veränderungen vorgenommen werden. Die Problematik ist nur, Sie laufen Gefahr, hinterher mit einer Aussage konfrontiert zu werden, die Einrichtung, ob sie Schwerpunktambulanz oder die BG-Kliniken sind, hätten doch selbst anhand der Lieferung dieser Daten bewiesen, dass es in der und der Häufigkeit in dem und dem Kostenbereich funktioniert. Die Nebensätze dazu, dass Sie sagen: „Aber es ist nicht alles abgedeckt an Leistungen!“ werden dann nicht erfasst.
3. Es gibt Einrichtungen, die sehr spezifische Bereiche behandeln. Ein spezifischer Schwerpunkt sind klassisch Verbrennungen – in BG-Kliniken ein häufiger Fall, insgesamt in Deutschland Gott sei Dank selten. Sie haben ein derart breites Spektrum in diesem Sektor, dass Sie das berühmte Beispiel mit dem Hintern und der Durchschnittstemperatur, das ich hier nicht weiter ausdehnen will, wunderschön im Durchschnitt darstellen können. Es dreht aber jedem Statistiker den Magen um, wenn er sieht, anhand welcher kleiner Basiszahlen dort etwas ermittelt werden soll. Wenn diese allgemeinen Hinweise nicht dazu führen, dass man wenigstens das System erst einmal auf einen Kernbereich, auf die Massensektoren beschränkt, muss man sich nicht wundern, wenn an Modellversuchen, an Zahlenermittlungen nur eine begrenzte Freude und

Bereitschaft besteht, daran teilzunehmen. Aber ich glaube, da sind wir auch nicht unterschiedlicher Meinung.

Herr Dr. Schreck. Nein, wir sind ganz und gar nicht unterschiedlicher Meinung. Die Problematik ist uns gut bekannt. Auch wir haben es leider nur verfolgen können, dass etwas über die Hälfte unserer Eingaben Gehör gefunden hat. Die anderen Eingaben sind aus für uns nicht nachvollziehbaren Gründen nicht berücksichtigt worden.

Sie führen eben die Thematik der Verbrennungen an. Auch wir haben angeregt, weil es sich um ein so kleines Gebiet handelt und weil es dort eine teure Vorhaltung gibt mit sonst nicht vergleichbaren Situationen, diese Thematik aus dem System herauszunehmen, damit wir es besser abbilden können. Dem ist man nicht gefolgt.

Herr Nolting. Ich werde jetzt Herrn Dr. Rochell und Herrn Dr. Schulte-Sasse noch einmal fragen, wir würden aber gern öffnen und Sie bitten, an der Diskussion teilzunehmen.

Herr Dr. Rochell. Man muss sicherlich bei der Rolle der BG differenzieren. Sie ist einerseits in der Rolle des Kostenträgers. Diese Rolle hatte ich vorhin angesprochen und Herr Dr. Breuer hatte sich auf die Rolle als Träger von berufsgenossenschaftlichen Kliniken, die selbstverständlich in ihrem GKV-Anteil jetzt auch diesem System unterliegen, eingelassen. Insofern haben wir eine Situation, die, abgesehen von der Bundesknappschaft, vielleicht mehr Kassen treffen sollte. Wenn man sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer ist, geht man mit solchen Themen sehr viel differenzierter und sensibler um, als wenn man nur auf der einen Seite sitzt, und insofern denke ich, kann man von den Berufsgenossenschaften auch bei der weiteren Einführung dieses Systems sehr viel lernen.

Herr Dr. Schulte-Sasse. Mir ist an dieser Stelle noch einmal ein Hinweis wichtig. Ich war selbst seinerzeit als Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium an der Entscheidung beteiligt, das DRG-System einzuführen. Es war allen Beteiligten, die an dieser Entscheidung mitge-

wirkt haben, klar, dass wir ein extrem, in mehrfacher Hinsicht, ehrgeiziges Projekt starten. Aber ich glaube, es ist auch wichtig, zu registrieren, dass 2 Dinge zu beachten sind:

Wir haben in Deutschland leider Gottes aus unterschiedlichen Gründen über mehrere Jahrzehnte eine ausgesprochen schwerfällige Entwicklungskultur gehabt. Hier sei nur beispielhaft die Entwicklung von Fallpauschalen und Sonderentgelten als ein erster Versuch, zu transparenten Erlösen für die Leistungen zu kommen, angeführt. Das ist weit hinter den ursprünglichen Erwartungen, auch weit hinter den eigentlichen Möglichkeiten geblieben. Diese sehr langsame Entwicklung hat natürlich auch damit zu tun, dass sich diejenigen, die in Entscheidungsverantwortungen gestellt waren, nämlich Leistungserbringer und Kostenträger, nicht nur aufgrund der konfliktiven Interessenslagen zwischen beiden Hauptgruppen, sondern auch, weil in den einzelnen Gruppen selbst so unterschiedliche Interessen bestanden, mehr oder weniger überhaupt nicht bewegt haben. Die Politik hat die Konsequenz aus all diesen negativen Erfahrungen gezogen und ein Projekt gestartet, mit durchaus auch dem Wissen, dass im Lauf der weiteren Einführung an der einen oder anderen oder auch an vielen Stellen etwas geändert werden muss. Dieser Begriff des „lernenden Systems“ ist für Juristen, wenn es um Gesetzestexte geht, etwas Fürchterliches. Man muss aber in diesem Zusammenhang nur darauf hinweisen, dass der Bundesgesetzgeber das Ganze als „lernendes System“ betrachtet und bezeichnet und damit schon seine hohe Bereitschaft signalisiert, im Lauf der Einführung dieses Systems möglich oder deutlich werdende Probleme aufzugreifen und Entscheidungen zum Management dieser Probleme zu treffen.

Was momentan an weiterer Ausdifferenzierung der DRG erfolgt ist, ist in dieser Hinsicht ein sehr positives Signal. Vor 1/2 Jahr wurden hier Katastrophendiskussionen im Hinblick auf die zukünftige Finanzierung der Geriatrie geführt. Diese ist jetzt weitgehend und – zumindest aus Sicht der Leistungserbringer – in einer sehr vernünftigen Weise gelöst. Die

Kostenträger jammern. Aber damit muss und wird man leben können.

Mein Plädoyer an dieser Stelle wäre, lieber aktiv mitarbeiten, die Chancen, die der Gesetzgeber im Hinblick auf das – Stichwort – „lernende System“ selbst bietet, auch aktiv zu nutzen. Ich habe wirklich große Probleme, wenn ich z. B. feststelle, dass bei der ersten Runde der Kalkulation die Unikliniken sich aus einer Trotzhaltung heraus nahezu vollständig verabschiedet haben und dann anschließend jammern, dass ihre besonderen spezifischen Leistungen und Kostenaufwände in dem System nicht hinreichend abgebildet sind, das geht natürlich nicht. Entweder man ist von vornherein dabei und beteiligt sich an dem gesamten Prozess, dann kann man anschließend auch an den konkreten Ausgestaltungen aktiv Kritik üben oder aber man muss mit den negativen Konsequenzen zumindest vorübergehend leben. Dass es auch Probleme gibt, die wahrscheinlich im System der DRG-Findung nicht zu lösen sind, wird ja z. B. an dem Artikel deutlich, der in einer der letzten Ausgaben des Deutschen Ärzteblatts von den Kardiochirurgen dargestellt worden ist, also der Münsteraner Gruppe, die gezeigt haben, dass bestimmte Eingriffe in ihrem Bereich das Zielkriterium Kostenhomogenität verfehlen und dass man dann aufgrund der Besonderheit der jeweiligen Fälle ggf. auch über Zuschläge zu einem späteren Zeitpunkt nachdenken muss.

Mein heftiges Plädoyer wäre, genau in eine solche Richtung zu diskutieren und zu denken und nicht nur Fundamentalkritik am DRG-System zu praktizieren, weil das eine Verabschiedung aus einer proaktiven und kooperativen Rolle wäre. Das DRG-System ist nicht mehr zurückzudrehen. Es gibt eine parteiübergreifende Konsensbildung, ich sehe niemanden, der gegen die Grundprinzipien einer solchen Finanzierung votieren würde. Das wäre die Debatte von gestern.

Herr Nolting. Ich glaube, das ist auch in der ersten Runde deutlich geworden. Hier sitzt niemand am Tisch, der das so sieht. Herr Dr. Breuer hat deutlich hervorgehoben, was zu kritisieren ist.

Können Sie doch noch einmal auf die berufsgenossenschaftlichen Krankenhäuser zu sprechen kommen, Herr Dr.

Breuer, werden sich jetzt neue Geschäftsbereiche auf tun? Herr Dr. Schulte-Sasse sprach ja davon, dass es Krankenhäuser gegeben wird, die bestimmte Bereiche schließen, andere werden sie sich neu schaffen müssen. Werden wir noch mehr verfahrenere Fälle von anderen Krankenhäusern bekommen, in welche Richtung wird es gehen?

Herr Dr. Breuer. Ich möchte noch einmal auf den Begriff des „lernenden Systems“ eingehen. Herr Dr. Schulte-Sasse, ich glaube, dass weder Juristen noch Mediziner noch andere Fachbereiche Scheu vor einem lernenden System haben. Ich gestehe auch zu, der Grundgedanke und das System als solches in den Grundprinzipien sind keine Punkte, die man noch angehen kann, man sollte sie auch gar nicht mehr angehen. Allerdings muss man darauf achten, dass wir nicht in einer Situation leben, wo wir nicht ein lernendes System haben, sondern lernen, wie wir ein System entwickeln. Das wäre gefährlich! Manchmal habe ich das Gefühl, wir sind noch in dem anderen Stadium. Wozu so etwas führen kann, um auch den Begriff des Lernens aufzubringen, zeigt der Hinweis auf eine ganz banale kleine Tabelle, die vielleicht viele von Ihnen kennen. Aus dem Land, aus dem wir die DRG importiert haben, gibt es eine 5-spaltige Tabelle über 5 Jahre hinweg, wie viel Prozent der Patienten vor Einführung der DRG 1 Diagnose, 2 Diagnosen, 3 Diagnosen und 4 oder mehr Diagnosen hatten. Vor Einführung hatten – Grobansage – etwa 40% 1, etwa 40% 2 und etwa 5% ≥ 4 Diagnosen. 5 Jahre nach Einführung des DRG-Systems ist diese Verteilung umgekehrt, d. h. etwa 5% haben 1, etwa 5% haben 2, 40% haben 4 und 40% haben mehr als 4 Diagnosen. Dieses hätte man lernen können, aus einem Land, in dem man dieses System anwendet, aber nicht zur Bezahlung, sondern als Kostenvergleichsaspekt! Ebenso hat man dort relativ strikt vorgegeben, wie sich Haupt- und Nebendiagnosen definieren und nicht – was etwas salopp gesagt ist, im Moment in unserem lernenden Stadium hier noch eine Frage der Geschicklichkeit der Verschlüsselung ist – wie es ausgeht oder nicht. Die Beispiele von Herrn Sieker sprechen hier Bände.

Die Frage, was werden die BG-Kliniken machen, Herr Nolting, ist, glaube ich, im Moment noch am einfachsten zu beantworten. Wir haben als BG einen klaren gesetzlichen Auftrag, den wir erfüllt haben, mit viel Engagement, den wir auch in Zukunft erfüllen werden, d. h. die BG-Kliniken werden nicht nach dem Prinzip Profit in Bezug auf eine gute Rendite oder guten Ertrag arbeiten, sondern der Ertrag der BG-Einrichtungen – das sollte auch der Gedanke der zugelassenen Häuser sein – ist der positive Heilungserfolg, der sich in einer Gesamtschau auszahlt und nicht in einer isolierten Betrachtung nur des Rehabilitationsergebnisses aktuell in den ersten 15 oder 20 Tagen. Das heißt, auch wenn in Zukunft vielleicht kardiochirurgische Eingriffe lohnenswerter sein würden oder sich im Bereich der inneren Medizin entsprechende Geschäftsfelder öffnen, wie sich das im Moment nach den Testreihen vielleicht abzeichnet, ist das kein Aktionsfeld der berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen, sondern es wird nach wie vor der Schwerpunkt der Unfallchirurgie, der Zentren für Querschnittgelähmte oder Schwer-Schädel-Hirn-Verletzte, ggf. unter Hinzuziehung der neurologischen und der neurochirurgischen Bereiche, sein; aber Geschäftsfelder aufmachen, nein! Wir sind in diesem Sinne keine Profitorganisation und wollen es in diesem Sinn auch nicht werden. Der Profit sollte volkswirtschaftlich sein.

Herr Dr. Tiedtke. Ich hätte eine Frage an Herrn Sieker: Diese unterschiedliche Rechnungsabgrenzung von ich glaube 12.000–6.000 EUR war sehr beeindruckend, d. h. hier ist die Möglichkeit des Lernens gegeben. Warum besteht er darauf, die 8.000 EUR zurückzubekommen und nicht evtl. in Diskussion mit dem Krankenhausträger zu gehen und zu fragen, woran liegt diese Differenz? Ich habe keine große Kenntnis von diesen Dingen, glaube aber, dass einfach Hauptdiagnosen/Nebendiagnosen eine wesentliche Rolle spielen, die man dann doch gemeinsam im Dialog abklären könnte und vielleicht dann auf eine Größenordnung von 8.000 EUR kommt. Aber warum, Herr Sieker, sagen Sie, Sie wollen auf jeden Fall diese 8.000 EUR zurückhaben?

Herr Sieker. Wir haben versucht, diese 8.000 EUR zurückzubekommen, was uns bisher nicht gelungen ist. Wir stehen jetzt in Diskussion mit dem Krankenhaus und ich denke, wir werden uns auch einigen, auf welchen Betrag auch immer. Es sei uns aber gestattet, erst einmal zu versuchen, nach der von uns überprüften Rechnung den Betrag wiederzubekommen, den wir für möglich halten. Ich gestehe zu, dass uns das wahrscheinlich nicht gelingen wird, weil wir uns irgendwo wegen der Nebendiagnose, die getroffen worden ist, einigen werden, u. U. bei dem mittleren Preis.

Herr Dr. Moellendorf. Ich möchte aus Sicht des Herrn Murphy zitieren: „Ein selbst lernendes System lernt nichts schneller als Fehler!“.

Herr Wirthl. Wir betrachten hier fortwährend rein die Kostensituation, die wirtschaftliche Situation aus Sicht der Kostenträger, aus Sicht der Krankenhäuser, wir dürfen den Patienten nicht vergessen! Wie konkret ist denn die Gefahr, von der ständig gesprochen wird, die auch Frau Dr. Tempka angesprochen hat, dass an sich notwendige Behandlungsmaßnahmen tatsächlich unterbleiben, weil sie sich nicht mehr rechnen, und wie konkret ist die Gefahr, dass wir tatsächlich mit blutigen Verletzungen, wie es oft beschrieben wird, in Zukunft umgehen müssen.

Herr Dr. Schreck. Die Gefahr der blutigen Entlassungen ist auch ethisch problematisch. Ich kann den Versicherten nur, und da komme ich auf Frau Dr. Tempka zurück, entlassen, wenn ich das mit meinem ärztlichen Gewissen verantworten kann.

Die 2. Frage, die Sie gestellt haben, möchte ich so beantworten: Die Situation ist so, dass, und da komme ich wieder auf meinen Vortrag von vorhin zurück, sich alle in diesem System finden müssen. Deswegen müssen die Daten, die diese Behandlungen umfassen, durch die Häuser eingebracht werden. Ist es nicht so, finden sich die entsprechenden Daten nicht dort wieder, werden diese Behandlungen also inkorrekt abgebildet, muss es so sein, dass sich die Häuser dann wieder an den Tisch setzen – und das ist sicher eine schwierige Situation, auch nervenaufreibend und

nicht immer von Erfolg gekrönt – und diejenigen, die an der Entwicklung des Systems mit beteiligt sind, sagen müssen: „Hier ist etwas falsch, hier muss noch etwas berichtigt werden, hier muss etwas eingebracht werden“. Dann sind wir wieder bei dem System, das lernen soll, bzw. wir sind bei dem Punkt, den Herr Dr. Schulte-Sasse anführte – Man wird zu gegebener Zeit bestimmte Sonderregelungen finden müssen, wenn es Leistungen gibt, die sich im System nicht abbilden, damit man nicht in die Situation gerät, dass der Versicherte nicht mehr die Versorgungsqualität erhält, die ihm zusteht.

Herr Dr. Hofmann. Ich bin wie Herr Dr. Tiedtke niedergelassener Chirurg und Durchgangsarzt in Berlin. Die dargestellten Punkte betreffen die DRG. Vom Gesetzgeber ist die integrierte Versorgung ins Gespräch gebracht worden. Wir haben das schon auf einer der Veranstaltungen, die wir im UKB durchführen, angesprochen. Da bestand keine große Freude auf Seiten der stationär tätigen Kollegen. Ich möchte diese Frage hier doch noch einmal stellen: Sehen Sie hier eine Möglichkeit, uns zu unterstützen als niedergelassene Ärzte, Durchgangsärzte, niedergelassene Chirurgen, dieses miteinander zu koppeln? Herr Dr. Tiedtke hat das sicher aufrichtig und mit gewissem Hintergrund gesagt, dass wir uns in der Lage sehen, die Patienten, die vielleicht auch etwas früher aus den Kliniken entlassen werden, zu betreuen. Aber es wäre sicher sinnvoll, wenn man dafür etwas Unterstützung im monetären Bereich bekäme.

Herr Prof. Dr. Ekkernkamp. Sie behaupten: Die Begeisterung der stationär tätigen Kollegen zur Teilnahme an den integrierten Versorgungsmodellen wäre nicht groß. Das ist nicht der Fall, wir haben, glaube ich, mit unserer Gruppe HELMA ein vorbildliches integriertes Versorgungsmodell. Zu sagen, die Begeisterung war nicht groß; zu fordern, Sie behandeln den Patienten weiter, ganz früh, und das Krankenhaus gibt Ihnen über Ihr Budget hinaus Geld, das funktioniert nicht. Das Problem liegt aber nicht bei Ihnen in der Praxis und bei uns im Krankenhaus, sondern darin, dass wir die Sektorengrenzen noch immer haben. Ich glaube, auch daran ar-

beitet die Politik, es muss einfach so sein, dass wir gleiche Schlüssel haben. Ich äußere dies immer wieder auf solchen Veranstaltungen; wenn man mehr vom Durchgangsarztssystem lernen würde, hätte man profitiert, denn die Berufsgenossenschaften unterscheiden ja nicht zwischen dem D-Arzt in der Klinik und dem in der Praxis, und alle rechnen nach den gleichen Gebühren ab – und dann sind die Dinge auch ganz einfach.

Herr Dr. Schulte-Sasse. Ich bin jetzt verleitet, zu beiden Themen kurz etwas zu sagen. Ich fange mit der integrierten Versorgung an.

Wir hatten bisher das Problem, dass wir mehrere Möglichkeiten nach dem SGB V, also für die GKV-Patienten hatten, dass alle Beteiligten Modelle oder Formen der integrierten Versorgung hätten entwickeln können. Das hat nicht geklappt, weil das Ganze von der Rahmensetzung und den Ausführungsbestimmungen her überkompliziert war und weil diverse finanztechnische Probleme ungelöst waren. Das ist mit dem neuen Gesetz in einem wesentlichen Punkt deutlich vereinfacht worden. Jetzt werden 1% aller Zahlungen der Kassen an Niedergelassene und Krankenhäuser abgezogen, einem speziellen Fonds zugeführt. Werden sie von den Kassen nicht für Integrationsversorgungsformen ausgegeben, gehen sie zurück an die jeweiligen Leistungserbringer, d. h. der finanzielle Anreiz für die Kassen, sich in diesen Fällen endlich zu engagieren, ist so groß, wie er bisher nie war. Ich gehe davon aus, dass es entsprechende Aktivitäten der Krankenkassen geben wird, es wird einen richtigen Schub geben und ich kann nur dazu auffordern, dass Kliniken jetzt schon integrierte Versorgungsmodelle mit niedergelassenen Ärzten diskutieren, konzipieren und entsprechende Anträge bei den Kassen stellen. Hier wird es mit Sicherheit einen Wettlauf um die Mittel geben und derjenige, der zuerst etwas Attraktives anbietet, wird natürlich auch den Zuschlag bekommen.

Zum Thema blutige Entlassungen glaube ich, dass es auch etwas mit unserer sehr deutsch-kulturellen Neigung zu tun hat, Änderungen am Status quo, wenn sie nicht glasklar, sozusagen absehbar und zu beschreiben sind, immer apokalyptisch

zu sehen. Dahinter steht natürlich auch eine nicht zu verkennende politische Strategie. Ich denke, dass es das Problem im Grundsatz schon gibt, nicht blutig, aber zu früh zu entlassen, und dass es einen Unterschied geben wird zwischen Ballungszentren, wie Berlin, und Flächenstaaten. In Berlin wäre eine frühzeitige Entlassung aus dem stationären Bereich als Strategie eines Krankenhausträgers für das jeweilige Krankenhaus mittelfristig tödlich. Das würde ein Krankenhaus hier in Berlin aufgrund der öffentlichen Resonanz, die es über kurz oder lang erfahren würde, nicht überleben können. Aus diesem Grund bin ich zuversichtlich, dass es zu dieser Situation völlig unabhängig von der Einstellung der ethischen Sensibilität einzelner Ärzte und Ärztinnen im Krankenhaus schon aufgrund der Entscheidungen der Krankenhausleitung, auch der Verwaltungsleitung, auf keinen Fall kommen wird. Ich habe daran keinen Zweifel. Was natürlich passieren könnte ist, dass es Verschiebungen gibt. Dies wurde bereits bei der Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte diskutiert. Es wurde prognostiziert, jetzt beginne das allgemeine „Rosinenpicken“ der Kliniken – eine Prognose, die nie eingetreten ist. Im DRG-System ist natürlich der Anreiz zur „Rosinenpickerei“ viel stärker als unter Fallpauschalen- und Sonderentgeltbedingungen, und man muss sehr genau beobachten, was hier passiert und sich dann ggf. überlegen, wie man interveniert.

Herr Dr. Hofmann. Herr Dr. Schulte-Sasse, als wir uns am letzten Freitag bei den onkologisch interessierten Kollegen gegenüber standen, hatten Sie sich als Moderator für diese Fragen der integrierten Versorgung angeboten. Ich sage es hier noch einmal, ich glaube, ich darf Sie zitieren, das sollte dankbar angenommen werden.

Herr Dr. Breuer. Ich teile Ihre Auffassung, Herr Dr. Schulte-Sasse, dass die „blutige Entlassung“ in einer gewissen Form vielleicht eine Chimäre ist. Einerseits, Sie alle wissen das auch, ist das je nachdem, wie plastisch man sich dieses Bild vorstellt, allein haftungsrechtlich weder für den Krankenhausträger noch für den Arzt machbar. Auf der anderen Seite – neben dem, was Sie zu Renommee und Ansehen

gesagt haben, – wird es allerdings etwas anderes geben. Das sagt die Politik meist nur sehr verhalten, Sie haben es vorhin sehr deutlich formuliert und das sollte man auch noch einmal betonen: Das DRG-System wird zu einer massiven Verschiebung von Patientenströmen führen und deshalb auch zu Existenzgefährdungen und nicht nur Gefährdungen, sondern einfach zu einer Veränderung der Krankenhauslandschaft. Spezifisch für den berufsgenossenschaftlichen Bereich hierzu etwas zu sagen, ist ein problematisches Feld, deshalb diskutiert man darüber, weil es zwischen der – um in diesen Bildern zu bleiben – blutigen Entlassung und den extrem lang Liegenden auch noch ein vernünftiges Mittelfeld gibt, was eigentlich unter einer Gesamtschau des Heilungsprozesses den richtigen Zeitpunkt trifft. Und hier sind wir allgemein jetzt schon auf dem richtigen Weg – dafür brauchten wir keine DRG, dafür reicht die Budgetierung – eher zu den unteren Grenzen zu kommen und es zu riskieren, dass Heilungsverläufe nicht optimal ausgeht werden und deshalb ein Gesundheitssystem unter dem Strich eher teurer als preiswerter wird. Dieses Risiko sollte man berücksichtigen, aber nochmals: Die klassischen blutigen Entlassungen – wer immer sie in dieser Form erfunden hat – ich glaube, zu diesen drastischen Punkten wird es nicht kommen.

Frau Dr. Tempka. Herr Dr. Breuer hat vergessen, zu beantworten, ob wir zukünftig erwarten dürfen, dass für die stationären BG-Patienten Zusatzentgelte vereinbart werden.

Herr Dr. Breuer. Wir haben im geltenden System die Situation, dass die DRG alle erfassen, mit Ausnahme der BG-Patienten in BG-Einrichtungen. Vor dem Hintergrund dieser bestehenden Gesetzeslage kann man viel hoffen, aber es ist nicht machbar und nicht angedacht, dass es dort Zusatzentgelte gibt. Worüber man nachdenken muss, ist eine weitere Frage, die als Übernächstes ansteht: Wenn das DRG-System, wie es jetzt existiert, umgesetzt ist, kann man dann noch die heutige bestehende Struktur der zugelassenen Krankenhäuser und der BG-Einrichtungen in dieser Form halten, oder muss man nicht

zu einer anderen Art – gradueller Abstufung – kommen? Dann kann man sagen, dass Zusatzleistungen auch in einer gewissen Form vielleicht zusätzlich erfasst werden müssen. Aber aktuell sind wir in der Situation zu sagen, die DRG finden für alle Anwendung, sprich also auch ohne Zuschläge in den entsprechenden Einrichtungen. Ich glaube weiterhin, dass auch vor dem Kostengrund und der Kostensituation der Berufsgenossenschaften in der jetzigen Situation Forderungen nach Zuschlägen für BG-Patienten in anderen Häusern keinen entsprechenden politischen Nachhall erfahren werden. Aber warten wir einmal ab, was die nächsten Jahre bringen.

Herr Nolting. Ich darf zusammenfassen. Es sind, wie eigentlich nicht anders zu erwarten war, noch sehr viele Fragen offen:

- Werden die Ziele des Fallpauschalengesetzes überhaupt erreicht?
- Kommen wir tatsächlich zu einer Senkung der stationären Kosten im Gesundheitswesen?
- Wird die Versorgungsqualität tatsächlich schlechter?
- Oder kommt es einfach nur zu Leistungsverchiebungen?

Im Grunde genommen werden wir es erst im nächsten Jahr richtig beurteilen können, wenn tatsächlich alle Krankenhäuser zu den gleichen Bedingungen abrechnen. In jedem Fall werden die Berufsgenossenschaften die Weiterentwicklung auch des Fallpauschalkatalogs aktiv und kritisch begleiten, so habe ich Sie verstanden, Herr Dr. Breuer, und auf Änderungen hinwirken.

Ich möchte mich, auch im Namen von Herrn Prof. Dr. Ekkernkamp, herzlich bei Ihnen auf dem Podium bedanken, die Sie so rege und fachkundig diskutiert haben, bei den Referenten, Frau Dr. Tempka, Herrn Sieker, die uns eingeführt haben, teilweise sehr engagiert, und bei Ihnen, die Sie sich so rege beteiligt haben.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. A. Ekkernkamp

Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie,
Unfallkrankenhaus,
Warener Straße 7, 12683 Berlin,
E-mail: axel.ekkerkamp@ukb.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben