

**Dr. Wulf-Dietrich Leber**  
**Geschäftsbereichsleiter Gesundheit**  
**Statement zur Einigung auf die G-DRG 2006**

Gemeinsame Pressekonferenz  
zum Thema „Fallpauschalen-Katalog 2006“  
am 13.09.2005 in Berlin

---

Die AOK begrüßt, dass es zum zweiten Mal zu einer einvernehmlichen Einigung auf die Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems gekommen ist. Ohne die Verzögerungen, die eine Ersatzvornahme mit sich gebracht hätte, haben Krankenhäuser nunmehr Zeit, sich auf das neue, noch etwas stärker differenzierte DRG-System einzustellen. Auch wenn dies nicht zwangsläufig zur Renaissance prospektiver Budgetverhandlungen führt, so sind doch immerhin auf Spitzenverbandsebene die Voraussetzungen für frühzeitige Verhandlungen zu Landesbasisfallwerten und Krankenhausbudgets geschaffen worden.

Die Weiterentwicklung des DRG-Katalogs ist vor allem auf die routinierte Arbeit des DRG-Institutes (InEK) zurückzuführen. Die erstmalige Teilnahme vieler Häuser hat einige Schwierigkeiten bei der Kalkulationsqualität mit sich gebracht. Doch der gewaltige Fundus an Daten und die ganzjährige Beschäftigung eines Expertenteams um Herrn Dr. Heimig waren Garanten für eine solide und fachkundige Weiterentwicklung des Vergütungssystems. Die abermalige Optimierung wird hoffentlich auch die letzten Kritiker davon überzeugen, dass das deutsche G-DRG-System ein lernendes System ist, in dem die Versorgung der Versicherten stetig verbessert wird. Es kann deshalb auch nicht verwundern, dass es erste Anfragen aus dem Ausland zur Übernahme des deutschen Systems gibt.

Der – nicht immer unproblematische – Weg zur weiteren Differenzierung des DRG-Systems zeigt sich im 2006er System in Form einer verbesserten Darstellung im Bereich der Unfallchirurgie, im Bereich der Onkologie und bei der Kinderheilkunde. Damit wurden Lösungen in Bereichen geschaffen, die auch außerhalb der engeren DRG-Fachzirkel engagiert diskutiert worden sind. Die Weiterentwicklung ist für die betroffenen Patienten von großer Wichtigkeit. Sie stellt sicher, dass ihnen auch künftig keine hochwertigen Leistungen aus vermeintlich ökonomischen Gründen vorenthalten werden.

**Dr. Wulf-Dietrich Leber**  
**Geschäftsbereichsleiter Gesundheit**  
**Statement zur Einigung auf die G-DRG 2006**

Gemeinsame Pressekonferenz  
zum Thema „Fallpauschalen-Katalog 2006“  
am 13.09.2005 in Berlin

---

Beide Verhandlungspartner hatten – dem gesetzlichen Auftrag in § 17b KHG folgend – dem InEK den Auftrag gegeben, auch die teilstationären Leistungen vollständig mit DRG-Fallpauschalen abzubilden. Trotzdem findet sich im 2006er System nur die Dialyse als teilstationäre Leistung. Wenn das InEK kein überzeugendes Gesamtkonzept für teilstationäre Leistungen vorlegen konnte, dann ist das nicht der mangelnder Professionalität von kalkulierenden Häusern oder gar einem Unvermögen des InEK geschuldet; es deutet vielmehr auf ein konzeptionelles und ordnungspolitisches Problem hin. Anders als es die Wortbildung „teilstationär“ vermuten lässt, handelt es sich – sieht man einmal von geriatrischen Tageskliniken und Schlaflabors ab – im Kern um ambulante fachärztliche Leistungen durch Krankenhäuser. Da kann es wenig verwundern, dass das für vollstationäre Leistungen konzipierte DRG-System nicht passt. Teilstationäre Leistungen sind überwiegend ambulante Leistungen im stationären Budget. Auch ein zweiter Versuch, sie mit DRGs abzubilden, wäre wahrscheinlich nicht Erfolg versprechend.

Die Forderung – quasi als Ausweg aus dem Dilemma – teilstationäre Leistungen gesetzlich schärfer von ambulanten Leistungen abzugrenzen, würde wahrscheinlich dazu führen, dass mehr als 80% der teilstationären Leistungen künftig nicht mehr vom Krankenhaus erbracht werden können, da sie den ambulant erbringbaren Leistungen zuzurechnen sind. Eine solche Änderung der Versorgungslandschaft ist zumindest nicht die Absicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Die nächste Legislaturperiode wird uns allen eine lebendige Diskussion über die Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung bringen. Die widersprüchlichen Regelungen für Hochschulambulanzen, teilstationäre Versorgung, ambulante Operationen, hochspezialisierte Leistungen und vieles mehr bedürfen einer Begründung. Aus Sicht der Krankenkassen ergeben sich hier einige Fragen:

**Dr. Wulf-Dietrich Leber**  
**Geschäftsbereichsleiter Gesundheit**  
**Statement zur Einigung auf die G-DRG 2006**

Gemeinsame Pressekonferenz  
zum Thema „Fallpauschalen-Katalog 2006“  
am 13.09.2005 in Berlin

---

1. Zulassung: Ist es richtig, dass teilstationäre Versorgung teilweise Gegenstand der Landesplanung ist, obwohl es hier um ambulante Versorgung geht? Ist es richtig, dass Krankenhäuser zu ambulanten Operationen zugelassen sind, wenn im gleichen Bezirk die Neuzulassung von niedergelassenen Operateuren per Bedarfsplanung untersagt ist?
2. Refinanzierung: Wenn Krankenhäuser zunehmend stärker an der ambulanten Versorgung teilnehmen (wofür es gute Gründe gibt), dann darf dies nicht zu Ausgabensteigerungen führen. Vielmehr muss dies zu komplementären Kürzungen in den Kollektivbudgets führen, in denen die Leistungen bisher vergütet worden sind, also entweder zur Kürzung bei der Gesamtvergütung oder aber zur Refinanzierung im stationären Budget. Bei der Umwandlung von voll- in teilstationäre Leistungen existiert ein solcher Kompensationsmechanismus, bei ambulanten Operationen (§ 115b SGB V) und hochspezialisierten Leistungen (§ 116b SGB V) fehlt er hingegen.
3. Vergütung und Qualitätssicherung: Damit es nicht zu verzerrenden Anreizstrukturen kommt, müssen die Vergütungs- und Qualitätssicherungssysteme identisch sein oder zumindest sehr eng beieinander liegen. Ob dies nur durch dreiseitige Verhandlungen (DKG, GKV, KBV) geregelt werden kann, sei einmal dahingestellt. Der Versicherte sollte aber zumindest davon ausgehen können, dass für beide Leistungserbringer der gleiche Qualitätsstandard gilt.

Schon die skizzenhafte Auflistung der Probleme macht deutlich, dass der erfolglose Versuch, teilstationäre DRGs zu kalkulieren, auf grundsätzlichen Handlungsbedarf verweist. Die Krankenkassen werden sich aktiv an der Diskussion beteiligen.

**Dr. Wulf-Dietrich Leber**  
**Geschäftsbereichsleiter Gesundheit**  
**Statement zur Einigung auf die G-DRG 2006**

Gemeinsame Pressekonferenz  
zum Thema „Fallpauschalen-Katalog 2006“  
am 13.09.2005 in Berlin

---

Lassen Sie mich noch an einem zweiten Beispiel deutlich machen, dass auch in der nächsten Legislaturperiode Handlungsbedarf besteht. Die Presseerklärung deutet an, dass es bei der Abrechnung von Zusatzentgelten eine Klärung gegeben hat. Konkret geht es darum, dass unbepreiste Zusatzentgelte auch dann abrechenbar sind, wenn sie nicht zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart worden sind. Damit besteht aus Sicht der Kassen bei Zusatzentgelten die gleich unbefriedigende Situation wie bei DRGs: Die Abrechnungsregeln und auch die Erlösausgleiche, machen keinen Unterschied zwischen vereinbarten und nichtvereinbarten Leistungen. Wenn das Krankenhaus innerhalb des grob definierten Versorgungsauftrags bleibt, spielt es – um es am Beispiel zu sagen – keine Rolle, ob das Krankenhaus Hüften statt der vereinbarten Knie operiert. Das macht gegenwärtig die Vereinbarung von DRG-Mengen im Rahmen von Budgetverhandlungen zu einem weitgehend sinnfreien Unterfangen. Die Lösung, kann sicherlich nicht sein, nicht vereinbarte DRGs überhaupt nicht abzurechnen, es muss deshalb gemeinsam an einer gesetzlich vorgegebenen Abrechnungsdifferenzierung zwischen vereinbarten und nicht vereinbarten Leistungen gearbeitet werden.

Die Probleme zeigen, dass wir mit den DRGs in ein neues Zeitalter gekommen sind. Die zunehmende Transparenz des Leistungsgeschehens erlaubt, ganz neu über die Abgrenzung zur ambulanten Versorgung, das Leistungsspektrum der Häuser und über Qualität der Leistungen zu diskutieren. Mit Recht fordern die Versicherten, mehr über die Qualität und die Erfahrung der einzelnen Krankenhäuser zu wissen. Eine Voraussetzung dafür – nämlich ein ausreichend differenzierter DRG-Katalog – ist von den Spitzenverbandspartnern mit der Einigung auf die DRGs 2006 geschaffen worden.