

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Rudolf Dreßler, Klaus Kirschner, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 13/8145 –**

Kostenkalkulation bei kardiologischen Sonderentgelten und Fallpauschalen

1993 wurde in Deutschland ein neues pauschaliertes Entgeltsystem für die Behandlung in Krankenhäusern eingeführt. Für gut abgrenzbare und/oder kostenintensive medizinische Behandlungs- und Untersuchungsverfahren werden seitdem Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart.

Für den Bereich der kardiologischen Sonderentgelte und Fallpauschalen wird zunehmend Kritik an der Kalkulation dieser Entgelte laut. Die gesetzlichen Krankenkassen gehen davon aus, daß sie aufgrund von Fehlkalkulationen pro Jahr knapp 1 Mrd. DM zu viel zahlen.

Vorbemerkung

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß die hier zur Diskussion stehenden Sonderentgelte für kardiologische Krankenhausleistungen nichts zu tun haben mit der Diskussion über mögliche Abrechnungsmanipulationen durch niedergelassene Kardiologen. Hier gibt es keinen Zusammenhang.

Um die Beantwortung der Fragen zu erleichtern, müssen vorab einige Erläuterungen zur Einbindung der neuen Fallpauschalen und Sonderentgelte in die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gegeben werden:

Seit 1996 werden etwa 20 % der Krankenhausleistungen über 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte finanziert. Diese Entgelte wurden mit der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 eingeführt.

In der Ausgangssituation mußten Leistungskomplexe definiert und kalkuliert werden, ohne dabei auf andere Gebührenverzeichnisse oder sonstige Vorarbeiten zurückgreifen zu können. Eine neue „Gebührenordnung für Krankenhausleistungen“ mußte auf der

Grundlage von Kostenermittlungen in Krankenhäusern entwickelt werden. Dabei kam erschwerend hinzu, daß in den Krankenhäusern differenzierte Kostenrechnungsverfahren in der Regel nicht vorhanden waren und über die Preise auf den Beschaffungsmärkten der Krankenhäuser keine zentral abrufbaren Informationen vorliegen. Die Kalkulationen der hier zur Diskussion stehenden Sonderentgelte wurden im Jahr 1992 durchgeführt.

Wie bei allen Gebührenordnungen besteht auch hier regelmäßiger Anpassungsbedarf an die medizinische und preisliche Entwicklung. Anfang 1996 wurden Arbeiten zur Überprüfung der Fallpauschalen und Sonderentgelte in einer Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Gesundheit aufgenommen. Dazu wurden Forschungsaufträge vergeben. In die Beratungen wurden auch die hier zur Diskussion stehenden Erkenntnisse des Medizinischen Dienstes Niedersachsen über die kardiologischen Leistungen einbezogen. Ein entsprechender Forschungsbericht wird am 21. Juli 1997 den Krankenhaus- und Krankenkassenverbänden sowie den medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden zugesandt.

Falsch ist die Annahme, daß durch überhöhte Sonderentgelte in der Kardiologie den Krankenkassen ein Schaden von 1 Mrd. DM entstanden sei. Dies ist aufgrund der Übergangsregelungen der Bundespflegesatzverordnung für die Einführungsphase der neuen Entgelte grundsätzlich nicht möglich. In der Regel werden die Sonderentgelte gegen die mit den Krankenkassen vereinbarten Krankenhausbudgets verrechnet und somit die Höhe der Entgelte weitgehend neutralisiert (Erlösabzugsverfahren nach § 12 Abs. 2 BPfIV; Ausgleich von Mehrerlösen nach den Vorgaben des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992, dem Stabilisierungsgesetz 1996 und nach § 11 Abs. 8 BPfIV). Gegebenenfalls zu hohe Entgelte führen deshalb grundsätzlich nicht zu Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenkassen. Diese Schutzbücher sollen darüber hinaus auf ausdrücklichen Wunsch der Krankenkassen mit der 5. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung, deren Diskussionsentwurf am 20. Juni 1997 versandt worden ist, um zwei Jahre verlängert werden. Auch dies ist den Krankenkassen seit Wochen bekannt.

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurden die Fallpauschalen und Sonderentgelte der Selbstverwaltung zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung übertragen. Aufgrund des übersandten Forschungsberichts sind die Spitzenverbände der Krankenkassen somit in der Lage, die von der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums erarbeiteten Möglichkeiten zur Anpassung der Entgelte ab sofort in Verhandlungen mit der Krankenhausseite einzubringen.

1. Seit wann ist der Bundesregierung das von den gesetzlichen Krankenkassen beim Medizinischen Dienst in Auftrag gegebene Gutachten zu Herzkatheteruntersuchungen bekannt, und wie bewertet sie dieses Gutachten?
3. Wie beurteilt die Bundesregierung den Vorwurf der Krankenkassen, daß z. B. für eine Linksherzkatheter-Untersuchung statt 1 740 DM nur knapp 580 DM und z. B. bei einer Erweiterung der Herzkrankgefäß mit einem Ballonkatheter statt 6 650 DM nur rd. 2 950 DM angemessen sind?

Eine erste Ausarbeitung des Medizinischen Dienstes Niedersachsen ging dem Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 28. Mai 1996 zu und hat zur Beteiligung des Medizinischen Dienstes an den Beratungen der „Arbeitsgruppe Entgeltsystem“ an vier Sitzungen im Zeitraum 29. bis 5. Dezember 1996 geführt. Die Ausarbeitung wurde von den Forschungsinstituten, die im Auftrag des Bundesministeriums die Sonderentgelte entwickelt und kalkuliert haben, geprüft. Dabei ergab sich, daß die vorgelegten Kalkulationen auch deshalb so niedrig waren, weil von der allen Entgelten der Bundespflegesatzverordnung zugrundeliegenden Kalkulationsmethode abgewichen sowie wesentliche Kosten nicht berücksichtigt worden waren; z. B. fehlen Bereitschaftsdienstkosten, sämtliche Lohnnebenkosten, bestimmte Einsatzzeiten des Personals und die Mehrwertsteuer. Abweichende Einschätzungen bestehen auch bei den zugrundegelegten Leistungszeiten, insbesondere im Hinblick auf schwierige Behandlungsfälle. Vom Medizinischen Dienst wurden keine näheren Auskünfte erteilt, ob die von ihm genannten Kosten durch empirische Erhebungen bei einer hinreichenden Zahl von Krankenhäusern gewonnen worden sind, oder ob es sich um anderweitige Kalkulationen ohne direkten Bezug zur tatsächlichen Kostensituation der Krankenhäuser handelt. Demgegenüber liegen den Bewertungen in der Bundespflegesatzverordnung bei den hier zur Diskussion stehenden Sonderentgelten Erhebungen über insgesamt 4 717 Fälle bei 13 unterschiedlichen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen zugrunde. Die aufgrund dieser Erhebungen festgesetzten Bewertungsrelationen sind z. T. deutlich niedriger als die Sonderentgelte, die bis dahin auf Grundlage des alten Rechts für verschiedene Krankenhäuser individuell von der Selbstverwaltung vereinbart und abgerechnet worden waren. Auch der Vergleich mit der Vergütung einer Linksherzkathetermessung, die die Krankenkassen in der ambulanten Versorgung auf der Basis von Selbstverwaltungsvereinbarungen (EBM) plus Sachkosten zwischen 1 100 und 1 550 DM vergüten, macht die Problematik der Bewertung mit den genannten 580 DM durch den Medizinischen Dienst deutlich.

Im übrigen wurde die Bundespflegesatzverordnung mit Zustimmung der Länder im Bundesrat erlassen; die Zustimmung erfolgte einstimmig. Auch die vier bisher erlassenen Änderungsverordnungen haben die Zustimmung des Bundesrates gefunden.

Gleichwohl führte die enge Einbindung des Medizinischen Dienstes zu einem positiven Ergebnis. Es wurden neue differenzierte Leistungsdefinitionen entwickelt sowie Neukalkulationen mit erheblich abgesenkter Entgelthöhe erarbeitet. Diese Erkenntnisse wurden am 21. Juli 1997 in einem Forschungsbericht veröffentlicht und stehen damit den Selbstverwaltungspartnern für die eigenverantwortliche Weiterentwicklung des Entgeltsystems zur Verfügung. Mit der Entscheidung zur Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltungspartner im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes und vor dem Hintergrund der neutralisierenden Schutzbüroschriften der Bundespflegesatzverordnung ist aus der Sicht der Bundesregierung eine isolierte Korrektur der kardiologischen Sonderentgelte durch den Verordnungsgeber nicht gebo-

ten. Zudem ist zu berücksichtigen, daß Änderungen der Entgeltkataloge wegen der Verknüpfungen mit dem Krankenhausbudget nur zum Jahresbeginn eingeführt werden können, so daß Änderungen durch den Verordnungsgeber nicht früher wirksam werden können als Vereinbarungen der Selbstverwaltung.

2. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die Ergebnisse des Gutachtens strafrechtlich relevantes Fehlverhalten nahelegen, und wenn ja, welche Konsequenzen beabsichtigt sie daraus zu ziehen?
6. Besteht die Möglichkeit, daß in der invasiven und interventionellen Kardiologie Sonderentgelte mehrfach abgerechnet werden können?

Die Angaben des Medizinischen Dienstes zu den angeblichen finanziellen Schäden durch Abrechnungen der Krankenhäuser beziehen sich einerseits auf die Höhe der Entgelte und andererseits auf Mehrfachabrechnungen dieser Entgelte. Die Bewertungsrelationen der hier diskutierten Leistungen, die durch die Bundespflegesatzverordnung vorgegeben worden sind, wurden auf dem Kenntnisstand des Jahres 1992 definiert und kalkuliert. Dabei wurde die allen Kalkulationen zugrundeliegende Vorgehensweise angewandt, d. h. in ausgewählten Kliniken wurden Kostenerfassungen vorgenommen.

Informationen darüber, daß die Krankenkassen im Zusammenhang mit Mehrfachabrechnungen von Sonderentgelten durch Krankenhäuser strafrechtlich relevantes Fehlverhalten zur Anzeige gebracht haben, liegen der Bundesregierung nicht vor. Dabei ist auch hier darauf hinzuweisen, daß in der Einführungsphase eines neuen Entgeltsystems unterschiedliche Auslegungen im Hinblick auf die Abrechenbarkeit einzelner Entgelte nicht vollkommen ausgeschlossen werden können. Aber auch hier wirken die beschriebenen Schutzmechanismen der Bundespflegesatzverordnung, das Erlösabzugsverfahren und die Rückzahlungsverpflichtungen für Mehrerlöse.

4. Auf welcher Berechnungsgrundlage werden die Fallpauschalen und Sonderentgelte kalkuliert, und sind diese Berechnungsgrundlagen so transparent, daß sie z. B. von den Krankenkassen nachgeprüft werden können?
5. Werden zur Findung von Fallpauschalen und Sonderentgelten detaillierte Berechnungen vorgenommen, oder werden Mittelwerte nach Klinikangaben erstellt?

Das Vorgehen der Forschungsinstitute und die verwendeten Kalkulationsmethoden wurden gegenüber Ländern und Verbänden offengelegt. In einer Expertengruppe, die die Entwicklung der Entgelte begleitete, wurden die Kalkulationen von der Krankenhausseite generell als zu niedrig, von der Krankenkassenseite generell als zu hoch beurteilt. Grundsätzlich wurde vermieden, medizinische Standards oder bestimmte Behandlungsmethoden vorzugeben. Für die hier diskutierten Sonderentgelte wurden die Ist-Kosten des Jahres 1992 in einer Reihe von Modellkrankenhäusern erhoben und ein gewichteter Durchschnittswert ermittelt. Eine Orientierung an den Kosten der günstigsten Krankenhäuser wäre auf-

grund der höchst unterschiedlichen Krankenhausstrukturen und regionalen Bedingungen im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung im Verordnungsverfahren nicht durchsetzbar gewesen. Vorgehen und Kalkulationsergebnisse sind in einem Forschungsbericht dargelegt. Die dort nach Kostenblöcken differenzierten Kalkulationswerte können von den Krankenkassen beurteilt werden.

Eine Rechtsgrundlage für Nachprüfungen der Krankenkassen in den Krankenhäusern, z. B. über den Materialverbrauch oder die OP-Zeiten, besteht nicht. Die Offenlegung der den Kostenblöcken zugrundeliegenden Einzelerhebungen und Kalkulationen war im Hinblick auf den Vertrauensschutz, der den freiwillig mitwirkenden Krankenhäusern zugesagt werden mußte, nicht möglich. Insofern haben die beauftragten Forschungsinstitute eine neutrale Treuhänderfunktion wahrgenommen. Selbstverständlich wurden Plausibilitätsprüfungen durchgeführt.

7. Wird bei der Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten berücksichtigt, daß es in einer Marktwirtschaft eine Differenz zwischen Markt- und Listenpreisen geben kann, und kann die Bundesregierung ausschließen, daß bei der Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten nur der tatsächliche Marktpreis und nicht der höhere Listenpreis einfließt?

Bei der Erfassung der Ist-Kosten der Krankenhäuser wurden die in der Buchhaltung ausgewiesenen Zahlen und somit Marktpreise erhoben. Soweit seit dem Erhebungsjahr 1992 die erfaßten Preise gesunken sind und dies bekannt ist, ist dies in der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Neukalkulation der Entgelte berücksichtigt worden. Es liegen keine Informationen vor, wie die vom Medizinischen Dienst genannten „Marktpreise“ zustande gekommen sind. Offenbar handelt es sich um sog. Insiderinformationen, deren Richtigkeit nicht geprüft werden kann.

8. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Gutachten, das der Medizinische Dienst im Auftrag der Krankenkassen zu Herzkatheteruntersuchungen vorgelegt hat?

Die Bundesregierung hat mit dem Auftrag zur Neudefinition und Neukalkulation der Entgelte bereits Konsequenzen gezogen. Die Ergebnisse sind als Forschungsbericht vorgelegt worden und können von Krankenkassen, Krankenhäusern und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften geprüft werden.

Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz, das am 1. Juli 1997 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber die Entgeltkataloge der Bundespflegesatzverordnung an die Selbstverwaltung übertragen. Damit kann die Selbstverwaltung ab sofort mit Wirkung für das Jahr 1998 die Leistungsdefinitionen und die Punktzahlen auf der Bundesebene verhandeln. Nachdem bei der Vorbereitung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes besonders von den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Selbstverwaltungslösung ausdrücklich gewünscht

wurde, ist es nun Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, kurzfristig entsprechende Verhandlungen zu führen.

Mit der 5. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung ist vorgesehen, aufgetretene Abrechnungsprobleme bei bestimmten Entgelten mit Wirkung ab 1. Januar 1998 zu beseitigen. Dabei sind in den Entgeltdefinitionen der kardiologischen Sonderentgelte auch Klarstellungen im Hinblick auf Mehrfachabrechnungen geplant.

9. Wird die Bundesregierung in Zukunft bei der Kalkulation von Fallpauschalen und Sonderentgelten für mehr Transparenz sorgen?
10. Beabsichtigt die Bundesregierung in der Zukunft, die Solidargemeinschaft der Krankenkassen durch Vertragsverhandlungen unter Einbeziehung der Krankenkassen bei der Preisfindung für Fallpauschalen und Sonderentgelte vor möglichen ökonomischen Schäden zu schützen?

Ein ökonomischer Schaden kann weitgehend ausgeschlossen werden. Die Krankenkassen sind – auf eigenen Wunsch – mit der Übertragung der Entgeltkataloge an die Selbstverwaltung ab sofort Vertragspartei geworden. Die Bundesregierung geht deshalb davon aus, daß die notwendige Transparenz vereinbart und sachgerecht verhandelt wird.

