

DKG-Vorstand beschließt Kompromiss-Konzept zum Einstieg in die Konvergenzphase des DRG-Systems ab 2005

Mit gemischten „Frühlingsgefühlen“ gehen die Krankenhäuser in das 2. Quartal des „Schlüsseljahrs“ 2004. Vor den Gästen des 4. DKG-Frühlingsempfangs am 31. März 2004 in Berlin, an ihrer Spitze Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und der stellvertretende Vorsitzende der Unionsfraktion, Horst Seehofer, leitete DKG-Präsident Wolfgang Pföhler seine Begrüßungsansprache mit einer nüchternen Standortbestimmung der Krankenhäuser ein. Trotz des festlichen Anlasses kehrte er vor insgesamt rund 700 Teilnehmern, darunter zahlreiche Mitglieder des Deutschen Bundestages sowie Vertreter aus Verbänden, Ministerien und Krankenhäusern, die außerordentlich schwierige Lage und die anstehenden Probleme in den Kliniken nicht unter den Tisch. Der Gesetzgeber und die europäische Rechtsprechung haben laut Pföhler den Kliniken schwere Aufgaben gestellt, gleichzeitig setze sich die Erosion der finanziellen Basis fort. Die chronische Unterfinanzierung führe die Kliniken „an den Rand des betriebswirtschaftlich Vertretbaren“, ihre Reserven seien so weit aufgebraucht, dass die in den Zeiten des Umbruchs unweigerlich auftretenden Löcher und Brüche nicht mehr gestopft bzw. gekittet werden könnten. Die Politik mude den Krankenhäusern zu viel auf einmal zu und wolle im Schlüsseljahr der DRG-Einführung den sofortigen Erfolg aller Maßnahmen erreichen. Die deutsche Krankenhauslandschaft werde sich durch die Kumulation der Belastungen radikal verändern und es bestehe die Gefahr einer teilweise chaotischen Auslese im Krankenhausbereich sowie einer Verschlechterung der Versorgungssituation.

Pföhler bekräftigte, dass es den Krankenhäusern nicht an Verantwortungsbewusstsein für Staat und Gesellschaft, für die Patientenversorgung und für die notwendige Qualität der Leistungen mangle. Allerdings sei die Versorgungsrealität für viele Kliniken inzwischen zu einer Existenzfrage geworden. Verluste im stationären Kernbereich könnten nicht allein durch neue Versorgungsformen ausgeglichen werden. Die Krankenhäuser bräuchten eine Finanzbasis, in der zusätzliche Leistungen wie die Integrierte Versorgung angemessen vergütet werden. Außerdem müssten die Krankenkassen ihrer neuen Verantwortung in diesem Bereich gerecht werden.

Die DKG werde sich weiterhin maßgeblich an den wesentlichen Veränderungen im Krankenhauswesen beteiligen;

der Prozess der DRG-Einführung lasse sich nicht mehr umkehren und die wesentlichen Grundsteine des DRG-Systems seien gelegt. Eingehend müsse jedoch diskutiert werden, welche Folgen die flächendeckende Einführung der Fallpauschalen in der Konvergenzphase ab 2005 haben könnte. Die Umsetzung des DRG-Systems binde in den Krankenhäusern erhebliche Ressourcen, ohne dass

dies gegenfinanziert würde. Der begonnene Veränderungsprozess müsse behutsam und verantwortungsvoll umgestaltet werden, damit der stationären Versorgung nicht der Boden unter den Füßen weggezogen werde. Ein komplett neues Vergütungssystem zu etablieren, brauche Zeit und Energie. Die im Gesetz vorgegebene Zeit zur „Scharfschaltung“ des DRG-Systems sei angesichts vieler offener Fragen und Probleme zu kurz bemessen. Einzelne Versorgungsbereiche seien noch gar nicht oder nur unzureichend im DRG-System abgebildet. Dies gelte beispielhaft für die Intensivmedizin, für die Onkologie und für die Behandlung von Kindern, aber auch für zahlreiche andere Gebiete der Medizin. Die Abbildung vieler Leistungen im DRG-System habe noch große Schwächen, sodass sie nicht angemessen vergütet werden könnten. Wer es in dieser Si-

tuation ernst meine mit dem Schlagwort vom „lernenden System“, müsse eine rechtzeitige Gegensteuerung einleiten, um gravierende Verwerfungen in der Krankenhausfinanzierung in den Jahren 2005 und 2006 sowie danach zu vermeiden.

☛ Der Einstieg in die Konvergenzphase ab 2005 sowie deren Verlauf in den kommenden Jahren müsse behutsamer verlaufen, als es ursprünglich im Gesetz vorgesehen war. Die geplante Konvergenzphase in 3 Schritten reiche nicht aus, stattdessen schlage der DKG-Vorstand laut einem Beschluss vom 31. März 2004 einen gleitenden Übergang in 5 Schritten mit einer gestaffelten Anpassungsmarge und einer Verbesserung der Kalkulationsdaten vor (siehe Kasten auf Seite 247).

Pföhler dankte Gesundheitsministerin Schmidt und Horst Seehofer für ihr Engagement bei der Umsetzung neuer, EU-konformer Arbeitszeitmodelle in den Krankenhäusern. Die Lösung des Problems sei jedoch durch die zur Verfügung gestellten Finanzmittel und eine zweijährige Übergangszeit für bestehende tarifliche Regelungen bei der Anpassung des Bereitschaftsdienstes an das EuGH-Urteil noch nicht er-





reicht. Sollten die tariflichen Verhandlungen scheitern, stelle sich die Situation 2006 ebenso ernst dar wie 2004. Pföhler appellierte an die Tarifvertragsparteien, sich zu „bewegen“. Wer nichts verändern wolle, riskiere am Ende den Verlust der Tarifautonomie. Nötig sei eine deutliche Flexibilisierung der Arbeitszeitregelungen unter dem Blickwinkel des Gesundheitswesens. Speziell für Krankenhäuser müssten Ausnahmetatbestände geschaffen werden.

☛ In einer vorläufig abgefassten Stellungnahme vom 31. März 2004 präzisierte der DKG-Vorstand seine Haltung zur Arbeitszeitproblematik gegenüber der Europäischen Union und schlug unter anderem eine Änderung des Artikels 2 der Arbeitszeitrichtlinie vor. Neben der Arbeitszeit und der Ruhezeit sollten demnach Zeiten mit geringer Arbeitsleistung als eine eigenständige Kategorie gefasst werden, deren konkrete Ausgestaltung unter branchenspezifischen Gesichtspunkten durch Tarifverträge oder Betriebsvereinbarungen erfolgen sollte.

Pföhler unterstrich die hohe Versorgungsqualität der deutschen Krankenhäuser; diese solle national und international noch stärker betont werden. Die deutschen Krankenhäuser seien schon lange keine „Krankenanstalten“ im herkömmlichen Sinne mehr, sondern würden als moderne Wirtschaftsunternehmen mit einem komplexen humanitären Dienstleistungsauftrag geführt. Die Krankenhäuser verstünden sich als ein entscheidender Leistungsträger der Volkswirtschaft und müssten auch von der Politik als ein maßgeblicher Beschäftigungsfaktor und -motor gesehen und behandelt werden. Mit 1,1 Mio. Mitarbeitern beschäftigten die Kliniken mehr Menschen als die 3 größten deutschen Konzerne zusammen, die Wertschöpfung bleibe zu 95 Prozent im Inland. Der medizinische Fortschritt werde die Nachfrage nach Krankenhausleistungen noch weiter steigen lassen.

Wer behaupte, die Ausgaben im Gesundheitswesen könnten langfristig bei gleicher Qualität der Leistungen begrenzt werden, verkenne die Wirklichkeit. Pföhler zitierte Aussagen des Prognos-Instituts aus der Schweiz, nach denen die bevorstehende demographische Entwicklung in Deutschland als wichtiger Wachstumsfaktor für den Dienstleistungssektor, speziell für das Gesundheitswesen, zu betrachten sei. Aus- und Aufgabenbegrenzungen im Gesundheits- und Krankenhauswesen würden nahezu zwangsläufig in einer Rationierungsdiskussion enden. Dies

dürfe nicht zugelassen werden. Vielmehr müsse man akzeptieren, dass in einer alternden Wohlstandsgesellschaft steigende Ausgaben für Gesundheitsleistungen nicht grundsätzlich etwas Schlechtes darstellen; darauf habe auch das Jahresgutachten der 5 „Wirtschaftsweisen“ hingewiesen.

Wirtschaften heiße immer auch, Rationalisierungsreserven zu erschließen. Die Ziele, an denen die Kliniken gemessen werden müssten, seien das medizinische Ergebnis, die Hinwendung zum Patienten und die Frage der Effizienz. 17 Mio. Patienten jährlich mit einer Steigerung von 300 000 jährlich bei sinkenden Budgets und abnehmendem Personal hätten die Effizienzbemühungen der Krankenhäuser nachdrücklich unter Beweis gestellt.

■ Kostenbeteiligung und Versorgungsqualität

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt verteidigte ihre Reformpolitik und zog – wenig überraschend – eine positive Bilanz nach 100 Tagen GMG-Umsetzung. Zwar werde den Versicherten „sehr viel zugemutet“, es sei aber unverzichtbar, den Solidaritätsgedanken neu zu definieren, um eine gute gesundheitliche Versorgung „für unsere Kinder und Enkelkinder“ zu erhalten. Der Einzelne müsse mehr Verantwortung übernehmen, damit Verhältnisse wie im Gesundheitswesen der USA vermieden würden. Der Zugang zu medizinischen Leistungen bis zur Transplantation müsse „ohne Ansehen der Person“ erhalten bleiben. Eine hohe Versorgungsqualität setze unter anderem auch eine entsprechende Kostenbeteiligung voraus. Einnahmen und Ausgaben im Gesundheitswesen müssten sich im Gleichgewicht befinden, damit die 4,3 Mio. Beschäftigten der Branche „anständig bezahlt werden und anständige Arbeitszeiten haben“. Hierfür müssten Ineffizienzen im System beseitigt werden.

Die Gesundheitsministerin lobte die Klinikmitarbeiter, „die ihre Leistungsbereitschaft vielfach über Gebühr einbringen“. Ein Motor der Reform sei es gewesen, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen ihre Arbeit zu fairen Bedingungen leisten könnten. Der Weg zur Konsolidierung des Gesundheitswesens sei teilweise schmerzlich, müsse aber von allen Beteiligten eingeschlagen werden.

Die Ministerin dankte den Krankenhäusern für ihr Engagement bei der Einführung des DRG-Systems. Dies sei eine



„Riesenleistung“, die sich gelohnt habe. Schmidt räumte aber ein, dass eine Umstellung des Vergütungssystems nicht von „heute auf morgen ohne irgendwelche Reibungsverluste“ gelingen könne. Die Bilanz des Jahres 2003 sei trotz anders lautender Befürchtungen gut ausgefallen. Die Hälfte der Krankenhäuser habe das G-DRG-System angewendet, erste positive Effekte seien zu verzeichnen in Form verkürzter Verweildauern und einer optimierten Ablauforganisation. Zahlreiche Kliniken warteten auf die budgetwirksame Anwendung der DRGs, weil die Budgetzwänge ihre Reserven aufgebraucht hätten.

Je näher das Ende der budgetneutralen Phase rücke, umso intensiver werde über die Einführung der Konvergenzphase diskutiert. Die „Scharfstellung“ des DRG-Systems stelle enorme Anforderungen an die sachgerechte Abbildung der medizinischen Leistungen, an die Kodierung und an die Kalkulation. Die Qualität des DRG-Systems setze eine hohe Datenqualität voraus. Hier seien noch Verbesserungen notwendig. Zum lernenden Prozess des DRG-Systems gehöre auch die Bereitschaft, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu überprüfen, wenn das System den tatsächlichen Verhältnissen noch nicht gerecht werde. Schmidt erwähnte ausdrücklich, dass sich sowohl einzelne Bundesländer als auch die Wissenschaftsminister in Bezug auf die Universitätsklinik zur Konvergenzphase ab 2005 zu Wort gemeldet hätten. Das Ministerium werde sich einer sachlichen Diskussion nicht entziehen. Niemand solle jedoch die Erwartung hegen, dass der eingeschlagene Weg zu einem G-DRG-System in Frage gestellt werde. Auch der Start in die Konvergenzphase stehe nicht zur Disposition, allerdings könne man über den „Einstiegswinkel“ ebenso reden wie über die Dauer. Voraussetzung sei, dass alle Krankenhäuser den Start in die Konvergenzphase mitvollziehen und sich an der Kalkulation der DRGs beteiligen. „Hätten dies bisher schon alle Krankenhäuser getan, wären wir heute weiter“, sagte Schmidt. Ausnahmen werde es für keine Klinikgruppe geben. Im politischen Raum werde darüber diskutiert, wie das System insgesamt zu einem Erfolg geführt werden könne. Hier bestehe ein gemeinsames Anliegen aller Beteiligten.

Zur weiteren Öffnung der Krankenhäuser stellte die Ministerin fest, dass spätestens mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Sektor der Wettbewerb im Gesundheitswesen eine ganz neue Dynamik entfalten werde. Gesetzlich Versicherten müssten im Falle schwerer

Notwendiger Änderungsbedarf zum KHG und zum KHEntgG

Nach intensiven und kontroversen Diskussionen im DKG-Fachausschuss für Krankenhausfinanzierung und in der „Selbstständigen Fachkommission“ hat der DKG-Vorstand am 31. März 2004 in Berlin einen in beiden Gremien erarbeiteten Kompromissvorschlag für den notwendigen Änderungsbedarf zum KHG und zum KHEntgG, speziell im Hinblick auf die bevorstehende Konvergenzphase zum DRG-System ab 2005, beschlossen. Auf der Grundlage dieses Beschlusses wird die DKG die Beratungen mit der Politik und mit den Selbstverwaltungspartnern über die Ausgestaltung der Konvergenzphase ab 2005 sowie über die Rahmenbedingungen der Weiterentwicklung des DRG-Systems führen. In Veranstaltungen für die Krankenhäuser sollen die Inhalte und Hintergründe des DKG-Konzepts eingehend erläutert werden. Am 7. April 2004 wurde die Position der DKG in einer Pressekonferenz in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt.

- Kernpunkt des DKG-Vorschlags ist eine Verlängerung der Konvergenzphase von 3 auf insgesamt 5 Jahre (2005 bis 2009).
- In 5 Konvergenzschritten soll das G-DRG-System „scharf geschaltet“ werden. Der „Einstiegswinkel“ soll 10 Prozent betragen, die darauf folgenden Anpassungsschritte zunächst 2 mal 20 Prozent und danach 2 mal 25 Prozent.
- Zum DKG-Vorstandsbeschluss gehören die Empfehlungen,
 - ☞ für die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser einen Kalkulationszuschlag einzuführen,
 - ☞ eine Korrekturmöglichkeit des ersten Landesbasisfallwerts mit entsprechenden Ausgleichsmechanismen im KHEntgG vorzusehen,
 - ☞ im KHEntgG die Genehmigung des Basisfallwerts durch die Landesbehörden eindeutig klarzustellen,
 - ☞ die Veränderungsrate bei der Ermittlung des Ausgangswerts des Basisfallwerts zu berücksichtigen.

Erkrankungen die gleichen Möglichkeiten eingeräumt werden, wie sie Privatversicherten schon immer offen stünden. Doppelvorhaltungen in den Gesundheitssektoren müssten



zugunsten einer Integrierten Versorgung abgebaut werden. Schmidt erinnerte an die „eindeutige“ Festlegung, dass die Krankenkassen nur dann Gelder zur Integrierten Versorgung einbehalten dürften, wenn die Umsetzung entsprechender Verträge belegt sei.

Im Hinblick auf die Personalsituation in den Krankenhäusern forderte Ulla Schmidt die Kliniken dazu auf, die zwei-jährige Übergangsfrist zu nutzen, um moderne Arbeitszeitkonzepte zu installieren. Damit könne „eine Menge aufgefangen werden, aber nicht alles“. Die Tarifvertragspartner seien aufgefordert, flexible Lösungen zu vereinbaren. Dies sei eine Bewährungsprobe der Tarifautonomie. Die Alternative liege nur darin, dass der Staat „alles gesetzlich selber regelt“. Zur Freiheit, Tarifverträge abschließen zu können, gehöre die Verantwortung, die notwendigen Verträge zu schließen und die gegebenen Chancen zu nutzen.

■ Lob für die DKG

Horst Seehofer lobte die DKG für ihre konstruktive und innovative Rolle in der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen und speziell die Krankenhäuser in Deutschland nehmen seiner Einschätzung nach trotz aller bestehenden Schwierigkeiten im internationalen Vergleich eine „gute bis sehr gute“



Bericht: Peter Osses • Fotos: Klaus Wlhatzsch

Position ein. Aufgabe der Gesundheitspolitik sei es, das hohe Niveau der Gesundheitsversorgung zu erhalten und noch weiter zu verbessern. Überzogener Pessimismus sei trotz aller Probleme nicht angebracht. Die Diskussion der letzten Wochen über die Gesundheitsreform habe teilweise „absurde“ Züge angenommen. Auch die Politiker müssten „über den Tag hinaus“ zu ihren Entscheidungen stehen. Wer sich über 10 € Praxisgebühr aufrege, solle sich vergegenwärtigen, dass die meisten Familien in Deutschland „für die Handys ihrer Kinder mehr ausgeben als für Zuzahlungen im Gesundheitswesen“. Das GMG werde seine „positive Wirkung entfalten“, sowohl in den strukturellen Entwicklungen als auch bei den Beitragssätzen. Das deutsche Krankenversicherungssystem weise keine Versorgungskrise, sondern eine Finanzierungskrise auf. Seehofer räumte ein, dass es ohne

die „Verschiebebahnhöfe“ der 70er, 80er und 90er Jahre trotz der wirtschaftlichen Probleme in Deutschland diese Finanzierungskrise der GKV nicht gegeben hätte.

Zitate

„Wir backen uns unsere Patienten nicht selbst; 75 Prozent werden von niedergelassenen Ärzten eingewiesen.“

DKG-Präsident Wolfgang Pföhler

„Es gibt nicht ‚die Krankenhäuser‘, ebenso wenig wie es ‚die Politik‘ gibt.“

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt

„Wir müssen aufhören, das Gesundheitswesen schlecht zu reden, und uns auf unsere Stärken besinnen. Der Dienst am Menschen muss wieder besser bewertet werden als der Dienst an der Maschine.“

Horst Seehofer

Das deutsche Gesundheitswesen dürfe nicht nur mit seiner sozialen, sondern müsse auch mit seiner wirtschaftlichen Funktion insbesondere hinsichtlich der Beschäftigungswirkungen und der Innovationen gesehen werden. Eine Dauerbudgetierung behindere die Dynamik dieses Wirtschaftszweiges. Das Gesundheitswesen dürfe nicht „krank gespart“ werden, ebenso wenig dürfe es bei einer einseitigen Belastung der Arbeitskosten bleiben. Der Bevölkerung müsse klar gesagt werden, dass für ein erstklassiges Gesundheitswesen mehr Anteile des Sozialprodukts und mehr vom verfügbaren Einkommen des Einzelnen ausgegeben werden müssten. Mittlerweile würden sich alle relevanten politischen Lager zur Eigenbeteiligung bekennen. Ohne Eigenbeteiligung sei erstklassige Medizin für alle nicht zu haben. Die einzige Alternative liege in Leistungskürzungen.

Als weiteres zentrales Anliegen nannte der CSU-Politiker die Gewinnung von Menschen für den Dienst am Menschen. Die Rahmenbedingungen müssten so geändert werden, dass die medizinischen und pflegerischen Berufe wieder attraktiver würden. Ebenso wichtig sei eine wirksame Entbürokratisierung im Gesundheitswesen. ■