

Es gilt das gesprochene Wort!

KGNW-Forum 2005

**10. November 2005
Radisson SAS Hotel
Düsseldorf**

Einführung

Richard Zimmer
Geschäftsführer der
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen,
Staatssekretär a. D.

G-DRGs und Versorgungskonsequenzen

Richard Zimmer
Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen,
Staatssekretär a. D.

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Einführung des DRG-Vergütungssystems ist der größte Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Krankenhäuser seit Bestehen der Bundesrepublik.

Sozusagen eine Zeitenwende! Keine andere Maßnahme hat in den Krankenhäusern in den letzten Jahrzehnten zu so vielen Veränderungen geführt wie die DRGs!

Und wir Deutschen gehen auch mal wieder mit einem besonderen Ehrgeiz an die Umsetzung dieses neuen Systems - denn nur wir alleine auf der ganzen Welt versuchen den 100 Prozent-Ansatz.

Deshalb wird diese Zeitenwende auch vielfältige, heute noch nicht ganz oder gar nicht absehbare Auswirkungen auf unsere Krankenhäuser und die Versorgungsstrukturen haben. Wir stehen am Anfang eines riesigen Transformationsprozesses und deshalb haben wir den Nachmittag unter das Generalthema

„G-DRGs und Versorgungskonsequenzen“

gestellt.

Wir wollen und müssen die vielfältigen Konsequenzen aufzeigen und diskutieren, die mit der Implementierung des DRG-Systems verbunden sind.

Experten wie Praktiker sind sich einig, dass dies eine Mega- oder Jahrhundertaufgabe für die Krankenhäuser darstellt und dass die Krankenhauslandschaft in Deutschland und damit auch in Nordrhein-Westfalen dadurch umgewälzt werden wird, denn es geht hier um eine komplette Umstellung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen bei laufendem Versorgungsbetrieb - sozusagen eine Operation am offenen Herzen.

Und die Umstellung erfolgt zudem in einer Zeit, da die Krankenhäuser ohnehin durch integrierte Versorgung, medizinische Versorgungszentren, Zentrenbildung, Bewilligungsstopp und Budgetierung sehr große Umwälzungen und Herausforderungen zu bewältigen haben. Die Krankenhäuser stehen derzeit unter einem so noch nie dagewesenen Anpassungsdruck.

Deshalb wollen und müssen wir die Bedeutung und Auswirkungen der G-DRGs mit den Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen umfassend thematisieren und ausleuchten. Dieses Thema ist für die Krankenhäuser in seinen langfristigen Auswirkungen viel zu bedeutsam und wichtig.

Am 13. September 2005 hat sich die Selbstverwaltung auf die maßgeblichen Bausteine des Klinik-Fallpauschalensystems für 2006 geeinigt. Kernbestandteil ist der DRG-Katalog für das nächste Jahr mit insgesamt 954 abrechenbaren Fallgruppen. Damit verfügt der im Vergleich zum

Vorjahr in Teilen umstrukturierte und erweiterte Katalog über 76 zusätzliche DRGs.

Anhand des Vergleiches dieser Zahlen zu den DRG-Katalogen seit 2003 zeigt sich das DRG-System mit seinen erheblichen Veränderungen als ein „lernendes System“. So enthielt der Katalog 2003 noch 664 DRGs jeweils in den entsprechenden Anlagen der Verordnungen durch das Bundesgesundheitsministerium ohne Zusatzentgelte. 2004 wurden die insgesamt 824 DRGs erstmals um 26 Zusatzentgelte ergänzt.

Diese Änderungen seit 2003 stellen eine Differenzierung dar, um das komplexe Behandlungsgeschehen genauer und dadurch adäquater zu vergüten.

Aber: Hat das lernende System damit nun ausgelernt oder wo stehen wir in diesem Lernprozess?

Welchen Teil des Weges haben wir bewältigt?

Haben wir in diesem Lernprozess die größte Wegstrecke noch vor uns oder schon hinter uns?

Insbesondere aus dem Bereich der Uniklinika und Maximalversorger gibt es zur Einschätzung der Abbildungsqualität noch viele kritische Stimmen.

Die Maximalversorger beklagen insbesondere die unzureichende Finanzierung von Intensivpatienten. Hintergrund ist, dass 20 Prozent der Patienten circa 80 Prozent der Kosten in Krankenhäusern verursachen. In-

wieweit haben wir hier eine leistungsgerechte Abbildung dieser Patienten im System erreicht oder nicht erreicht?

Wie lassen sich die vielfach beklagten Defizite insbesondere in den Bereichen hoch spezialisierter Leistungen, neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und der stationären Versorgung von Kindern beheben?

Generell ist in diesem Kontext die Frage zu stellen, ob die Zahl und die Auswahl der Krankenhäuser, die sich an der aktuellen Kalkulationsrunde des Instituts für Entgeltssysteme im Krankenhaus (InEK) beteiligt haben, ausreichend ist. Stellen die 214 Kalkulationshäuser wirklich eine repräsentative Stichprobe der Versorgungslandschaft in Deutschland dar und liefern diese Krankenhäuser tatsächlich die notwendigen Daten zur Weiterentwicklung des DRG-Systems?

Zudem dürfen wir nicht außer Acht lassen, in welcher Ausprägung sich das neue Vergütungssystem auf die Versorgung der Patienten auswirken könnte. Kommt es, wie vielfach befürchtet, zu frühzeitigen Überleitungen von Patienten in den ambulanten und rehabilitativen Bereich und wie werden dadurch die Patientenströme verändert?

In direktem Zusammenhang damit muss die Frage beantwortet werden, wie der strikten Trennung der Sektoren zukünftig effizient begegnet werden kann. Unsere Vorschläge liegen auf dem Tisch.

Es ist zu fragen, ob die vielfach behauptete Gefahr der selektiven Patientenwahl wirklich besteht? Ich sage klar und eindeutig, dass es auch bei

fortschreitender Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht dazu kommen darf, dass bewusst Selektion betrieben wird.

Viele Krankenhauspraktiker prognostizieren einen erheblichen Qualitäts- und Preiswettbewerb! Wenn dies so kommen sollte - welche Auswirkungen hat dieser Wettbewerb auf die Patientenversorgung und werden sich die Krankenhäuser verstärkt auf einzelne Kernleistungen spezialisieren und damit den Prozess der sich in Nordrhein-Westfalen abzeichnenden Bildung von Schwerpunktzentren Vorschub leisten?

Unsere Haltung dazu hat unser Präsident Herr Dr. Kramer heute in seiner Begrüßung vorgetragen. Bevor es zur weiteren Etablierung von Schwerpunktzentren kommt, muss aus unserer Sicht zuerst evaluiert werden, ob mit dieser Zentrenbildung - objektiv nachweisbar - eine Qualitätsverbesserung in der Patientenbehandlung verbunden ist. Das heißt, die Bildung von Schwerpunktzentren muss nach wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten Kriterien erfolgen. Dabei darf zudem die ortsnahe Versorgung der Patienten nicht gefährdet werden.

Es ist auch die Frage zu stellen, ob die augenblickliche Regelung landesweiter Basisfallwerte nach der Konvergenzphase so bestehen bleiben kann? Ist es hinnehmbar, dass ein System, das grundsätzlich gleiche Vergütung für gleiche Leistung postuliert, tatsächlich in den einzelnen Bundesländern um über 400 Euro (414 Euro/Stand Juli 2005) differiert? Werden hier nicht die Krankenhäuser, die in der Vergangenheit bereits erhebliche wirtschaftliche Vorleistungen erbracht haben, bestraft?

Weiter ist die grundsätzliche Frage zu stellen, wie der Zielkonflikt zwischen der krankenhauplanerischen Verantwortung der Länder und der

Ausgestaltung des Vergütungssystems gelöst wird? Wir sehen die Letztverantwortung für eine flächendeckende stationäre Versorgung und den Sicherstellungsauftrag auch weiterhin bei den Ländern, hier beim Land Nordrhein-Westfalen.

Die Erkenntnisse über die tatsächliche Wirkung des DRG-Systems müssen bei der konkreten Ausgestaltung sowie der Aufgabenfestlegung bei der zukünftigen Krankenhausplanung in NRW berücksichtigt werden. Hier muss angesichts der fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin in Deutschland eine ordnungspolitische Debatte erfolgen, wie Wettbewerb und staatliche Sicherstellung zukünftig zu vereinbaren und abzustimmen sind!

Von vielen Krankenhäusern werden diese Fragen gestellt und diese Fragen sind meines Erachtens nicht Ausdruck eines konservativen Behandlungswillens, der grundsätzlich Neuerung und Veränderung des Gesundheitswesens und für Patienten ablehnt.

Nein, sie sind Ausdruck einer berechtigten Sorge. Die Einführung des DRG-Systems und die damit verbundenen Folgen für 460 Krankenhäuser, 240.000 direkt betroffenen Mitarbeitern und 4 Millionen Patienten in Nordrhein-Westfalen sind so gravierend, dass in jedem Fall äußerste Sorgfalt, umfassende Kompetenz, Behutsamkeit und ein hohes Verantwortungsbewusstsein bei allen Beteiligten bei der weiteren Implementierung gefordert sind.

Deshalb haben wir diese für viele Krankenhäuser und viele Beschäftigte in unseren Krankenhäusern existenziell wichtigen Fragen hier und heute zum Thema unseres Krankenhaustages gemacht.

Viele offene Fragen.

Ich freue mich auf einen spannenden Nachmittag und eine lebhafte Diskussion und ich übergebe den Stab an unseren bewährten Moderator Herrn Preusker.

Vielen Dank!