



Krankenhaus  
Gesellschaft  
Nordrhein-Westfalen

# **KGNW-FORUM 2004**

3. November 2004

Swissôtel Neuss  
Congress Centrum

## **Einführung**

Dr. Johannes Kramer

Präsident der KGNW

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

„Gesundheits- und Krankenhauspolitik – Wege aus der Krise!“ und „Umgestaltung der Krankenhauslandschaft durch Mindestmengen – Zukunftsmodell oder Irrweg?“ – so lauten die Themen unseres heutigen KGNW-FORUMS, hinter denen sich viel Konfliktpotential für alle an unserem Gesundheitswesen Beteiligten verbirgt. Im Mittelpunkt des diesjährigen nordrhein-westfälischen Krankenhaustages stehen damit zwangsläufig auch die strukturellen Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche insgesamt und auf den Krankenhaussektor als deren bedeutendster Teil.

Lassen Sie mich das Themenfeld im Rahmen der Einführung durch einige Stichworte auffächern:

Die volkswirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen sind eindeutig.

Auf der einen Seite stehen die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt. So wird die Bevölkerung in Deutschland immer älter und multimorbider. Durch den medizinisch-technischen Fortschritt wird es in Zukunft verstärkt möglich sein, Leben zu erhalten und zu verlängern. Dies erfordert mehr Geld. Auf der anderen Seite kann dieser Nachfrage nach mehr Geld im System nur in sehr begrenztem Maße entsprochen werden, da die deutsche Volkswirtschaft seit Jahren stagniert. Diese Stagnation wird begleitet von Massenarbeitslosigkeit, die, aufgrund der Koppelung der Beitragseinnahmen der Krankenkassen an das Arbeitseinkommen, zu einer Erosion eben dieser bei den Krankenkassen führt.

Die demografische Entwicklung ist ein Spiegelbild der Tatsache, daß wir immer länger und gesünder leben.

An dieser Leistung hat das Gesundheitswesen vielleicht nicht den Haupt-, aber einen wesentlichen Anteil.

Der Preis für diese Leistung richtet sich im GKV-System allerdings nicht – wie in sonstigen Märkten üblich – nach Angebot und Nachfrage dieser Leistung, sondern – marktfremd – nach dem, was über die Höhe der Lohnnebenkosten am Arbeitsmarkt verkraftbar erscheint.

Deswegen reden wir im Gesundheitswesen primär über Kosten, gemeint sind dabei die Kosten für den Arbeitsmarkt.

Wir reden weniger über das, was wir für die Patienten tun können, und über das, was sie bereit wären, für diese Leistung zu zahlen. Deswegen reden wir weniger über Chancen und Innovationen, die das Gesundheitswesen wie auch die Gesundheitswirtschaft in Deutschland bieten könnten.

Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung sind dagegen keine Variablen von Konjunktur- und Wachstumverläufen. Das Finanzierungssystem ist daher vom Lohn abzukoppeln. Diese Wachstumsbremse, zugleich ja auch diese Denkblockade muß raus!

Vor allem müssen die Wachstumspotenziale des Gesundheitsmarktes in den Focus der Betrachtung gerückt werden. Unser leistungsfähiges Gesundheitswesen ist ein Aktivposten unserer Volkswirtschaft.

Dieses Thema ist in jüngster Zeit von der Landespolitik als Arbeitsfeld entdeckt und in den Vordergrund gerückt worden, was wir als KGNW ausdrücklich begrüßen.

So bei

- der Vorstellung des Masterplan Gesundheitswesen in NRW am 10. September 2004 und in
- den Vorbereitungen der Landesgesundheitskonferenz zum Schwerpunkt „Gesundheitswirtschaft“.

Mit über 57 Mrd. Jahresumsatz, davon über 12 Mrd. in NRW, sind die Kliniken in Deutschland ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und leistungsstarker Arbeitgeber; vor Ort häufig einer der größten; ein Arbeitgeber übrigens, der trotz aller Globalisierung vor Ort bleibt. In diesem Zusammenhang möchte ich noch einen Teilaspekt betonen: Es sind vor allem auch Arbeitsplätze für Frauen mit einem

überdurchschnittlich hohen Anteil von Teilzeitarbeitsplätzen und – was meistens übersehen wird – Krankenhäuser gehören mit zu den größten Anbietern von Ausbildungsplätzen.

Krankenhäuser sind Motor des medizinisch-technischen Fortschritts. Im Rahmen eines Masterplanes Gesundheitswirtschaft NRW wäre es sicherlich sehr interessant, einmal zu analysieren, welche Wertschöpfungskette insgesamt ausgelöst wird durch das Gesundheitswesen. Sie dürfte mit Sekundärimpulsen weit über die Umsatzzahlen des Kernbereichs und der direkten Zulieferbranchen hinausgehen, wenn man z. B. daran denkt, daß hier gewonnenes Know-how auch für andere Märkte im In- und Ausland genutzt werden kann.

Auch wenn ich die Wachstumschancen in den Vordergrund rücken möchte, heißt das nicht, daß wir uns der Debatte um Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen entziehen können – und entziehen wollen. Es ist für mich nicht nur ein ökonomisches Erfordernis, sondern auch ein ethisches Postulat, Leistungen im Gesundheitswesen so effizient wie möglich erbringen zu müssen.

Entgegen allen Vorurteilen: Seit Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips vor gerade einmal 10 Jahren – jetzt spreche ich vom Krankenhaussektor – gibt es, so behaupte ich, keine Branche, die sich derart schnell verändert hat, die derart schnell ein unternehmerisches Selbstverständnis eingeführt und wirtschaftliche Kriterien der Effizienzsteigerung angelegt hat.

So sind in den letzten 10 Jahren in NRW

- 23 Krankenhäuser geschlossen und
- fast 20.000 Betten abgebaut worden;
- gleichzeitig aber wurden 700000 Patienten mehr behandelt
- und das bei steigenden Kosten (plus 107,-- € pro Pflage-tag)
- bei gleichzeitig real sinkenden Budgets.

Viele Krankenhäuser stehen inzwischen mit dem Rücken an der Wand. Der schleichende Abbauprozess mag politisch gewollt sein. Politisch nicht gewollt sein kann, daß auch Krankenhäuser getroffen werden, die für eine Patientenversorgung auch zukünftig unbestreitbar weiterhin erforderlich sind.

Wir müssen aufpassen, daß die Ökonomisierung der Medizin in den Krankenhäusern nicht bald den medizinisch-pflegerischen Versorgungsauftrag beeinträchtigt.

Inzwischen gibt es ja kein Gutachten eines seriösen Sachverständigenremiums mehr, daß das Hauptproblem im Gesundheitswesen noch auf der Kostenseite sieht. Wir haben keine Kostenexplosion, wir haben eine Einnahmenimplosion. Was die Krankenhäuser angesichts der derzeitigen Entwicklung benötigen, sind daher langfristig tragfähige Finanzierungsgrundlagen- und Planungssicherheit. Vorschläge und Modelle zur Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV liegen auf dem Tisch und brennen unter den Nägeln. Sie müssen sich an der Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens messen lassen; vor allem aber umgesetzt werden.

Den jahrelangen Bemühungen und zahlreichen Gutachten, mit denen sich eine Vielzahl von Instituten, Arbeitsgruppen und Kommissionen beschäftigt haben, müssen endlich Entscheidungen für eine grundlegende Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV folgen.

Was wir nicht mehr gebrauchen können, sind sog. Jahrhundertgesetze, die inzwischen eine Halbwertszeit von weniger als zwei Jahren haben. Krankenhäuser brauchen endlich Planungssicherheit. Seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 sind fast 100 große Gesetze und Verordnungswerke auf dem Weg gebracht worden. Sie alle sind als interventionistische Eingriffe angelegt und bewirken regelmäßig mehr Bürokratie.

Nach einer Studie des DKI sind Ärzte wie Pflegekräfte im Krankenhaus mittlerweile zu rd. 1/3 ihrer täglichen Arbeitszeit mit Verwaltungsvorgängen befaßt, die sie wegen gesetzlicher Vorgaben oder Anforderungen der Krankenkassen leisten müssen. Das ist eine Verschwendung von knappen und teuren Ressourcen, die letztlich der

Patientenversorgung entzogen wird.

Dieser enorme bürokratische Aufwand ist durch nichts zu rechtfertigen; auch nicht durch die berechtigte und durch uns mitgetragene Forderung nach mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Leistungsqualität.

Die QS-Ergebniskonferenz am 30. September, die die KGNW aktiv mitgestaltet hat, hat deutlich gemacht, daß die Krankenhäuser in NRW externe Qualitätssicherung und internes Qualitätsmanagement offensiv angehen. Die vorgelegten Ergebnisse können sich sehen lassen. Den Krankenhäusern ist bewußt, daß der zunehmende Wettbewerb nicht nur über den Preis, sondern vor allem auch über die Qualität entschieden wird.

Deutlich geworden auf der Konferenz ist allerdings auch, daß die Einführung von Mindestmengen als weiterer Beitrag zur Qualitätssicherung eine differenziertere Betrachtung erfordert und die Vergleichbarkeit von Leistungen eine sog. „Risikoadjustierung“ voraussetzt. Den Einstieg in die Transparenz solcher Leistungsvorgänge werden ja im nächsten Jahr die Qualitätsberichte bringen. Um diesen Prozeß zu fördern, hat die KGNW einen Preis für den besten Qualitätsbericht ausgeschrieben.

Das zeigt: Krankenhäuser stehen für eine hochwertige Qualitätssicherung. Es ist bisher auch der einzige Bereich, in dem eine umfassende strukturierte Qualitätssicherung stattfindet. Aber Qualitätssicherung darf nicht zu einem Datenfriedhof werden, der je nach neuem Regelungswerk wieder neu, zusätzlich und anders angelegt werden muß.

Beispiel Brustkebs:

Da gibt es jeweils unterschiedliche Dokumentationsanforderungen

- nach § 137 SGB V
- im Rahmen des DMP Brustkrebs
- für die Anforderungen eines „Brustzentrums“ in NRW
- und für das neue Krebsregister in NRW.

Ich würde es begrüßen, wenn wir hier in NRW zu einer konzertierten Aktion zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen kämen. Ich würde es sehr begrüßen, wenn die Landesregierung hier die Federführung übernehmen würde.

Die Einführung des Fallpauschalenfinanzierungssystems (DRG-System) ist die größte Aufgabe und Herausforderung für die Krankenhäuser seit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips 1993. Es ist geradezu ein Paradigmenwechsel. Gleichwohl wissen wir wenige Wochen vor Scharfschaltung des neuen Finanzierungssystems nicht, mit welchen Konditionen die Krankenhäuser zu rechnen haben. So viel zur Planungssicherheit!

Wir stellen das DRG-System nicht in Frage und ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich betonen, daß die Krankenhäuser uneingeschränkt zum Starttermin der Konvergenzphase am 1. Januar 2005 stehen. Für ein wettbewerbsorientiertes Preissystems müssen allerdings Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es den Krankenhäusern erleichtern, das DRG-System in der Konvergenzphase einzuführen.

Der Krankenhausbereich darf als leistungsmäßig wichtigster Bestandteil der Krankenversorgung nicht zum Spielball der Politik werden. Für alle Beteiligten und auch für uns als Landeskrankenhausgesellschaft, die den Landesbasisfallwert vereinbaren müssen, ist es kaum vorstellbar, ohne eine gesicherte Rechtsgrundlage in die Konvergenzphase zu starten.

Die vom Bundestag am 22. Oktober 2004 verabschiedete Fassung des 2. Fall-Pauschalen-Änderungsgesetzes ist für die Krankenhäuser für eine sachgerechte Vergütung der Krankenhausleistungen unzureichend. Wir fordern von der Politik, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachten Änderungsvorschläge im weiteren Verfahren zu berücksichtigen.

Die KGNW hat in der Diskussion das Positionspapier der DKG zum notwendigen Änderungsbedarf des Fallpauschalensystems, das insbesondere auf die Vermeidung von Verwerfungen im Bereich der Hochleistungsmedizin abzielt, unterstützt.

Daß diese Diskussion angesichts unterschiedlicher Interessenlagen verbandsintern nicht ganz leicht war, kann sich jeder selbst ausmalen.

Unsere Forderungen sind:

- Verlängerung der Konvergenzphase auf fünf Schritte
- Verringerung des Einstiegswinkels: 10 Prozent (2005), 20 Prozent (2006, 2007), 25 Prozent (2008, 2009)
- Kappungsgrenze für Budgetverluste während der Konvergenzphase von 1 Prozent (2005), 2 Prozent (2006, 2007) sowie 2,5 Prozent (2008, 2009) vom Budget
- Individualisierung der vorhandenen Öffnungsklauseln und Zuschlagsregelungen für Krankenhäuser (schiedsstellenfähig).

Trotz eines verbesserten Fallpauschalenkataloges für 2005 braucht das „lernende System“ Zeit, damit sich die Auswirkungen auf die Krankenhäuser und auf die Patienten begründen und rechtfertigen lassen.

Wir begrüßen nachdrücklich, daß im Regierungsentwurf zum 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz die Möglichkeit von Strukturverträgen und die Ausnahmetatbestände von einer pauschalen Finanzierung der Ausbildungsvergütung vorgesehen wurden. Diese Regelung halten wir für sachgerecht. Damit kann der Gefahr einer drastischen Unterfinanzierung und dem damit verbundenen Abbau von Ausbildungsplätzen oder einer Schließung von Ausbildungsstätten begegnet werden.

Dringenden Handlungsbedarf sehen die Krankenhäuser aber bei der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes hinsichtlich ihrer Öffnung für ambulante Leistungen.

Die während des Gesetzgebungsverfahrens gegenüber der DKG gegebenen Zusagen, den Krankenhäusern mehr Möglichkeiten bei der ambulanten Versorgung einzuräumen, sind in keiner Weise umgesetzt worden. Weder im Rahmen der integrierten Versorgung noch bei den hochspezialisierten Leistungen gemäß § 116 b



Absatz 2 SGB V gibt es Ansätze, die den Willen des Gesetzgebers, die Krankenhäuser mehr für die ambulante Behandlung zu öffnen, erkennen lassen.

Wir fordern dringend eine gesetzliche Klarstellung, daß die Integrationsversorgung eine ambulante Zulassung bereits durch den Vertragsabschluß ermöglicht.

Meine Damen und Herren,  
lassen Sie mich zum Schluß kommen.

Mit meinen Ausführungen habe ich einige aktuelle Handlungsfelder und Herausforderungen für die Krankenhäuser angesprochen. Wir wollen mit diesen Vorschlägen dazu einen wichtigen Diskussionsbeitrag leisten; einen Beitrag, der unseren 461 Krankenhäusern in NRW hoffentlich Orientierung gibt und bei den Verantwortlichen in Politik und Selbstverwaltung gehört wird.

Ich wünsche uns einen guten, konstruktiven Diskussionsverlauf.

Vielen Dank.