



Dr. Rudolf Hartwig
VKD-Präsidiumsmitglied

27. Deutscher Krankenhaustag
26.11.2004

DRGs: Schaltjahr 2005
Aus Sicht der Krankenhausdirektoren

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) hat sich schon vor vielen Jahren für ein wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen ausgesprochen. Das Krankenhausmanagement wollte endlich in die Lage kommen, nach der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip die Leistungsfähigkeit am Markt unter Beweis stellen zu können.

Das DRG-System hat zweifellos starke wettbewerbliche Elemente. So haben wir von Anfang an die Einführung des DRG-Systems trotz aller Schwächen und Probleme kritisch und konstruktiv mitbegleitet und dabei sicher auch einige notwendige Korrekturen erreicht.

Die Einführung des DRG-Systems unterliegt einem ehrgeizigen Zeitplan. Die Krankenhauslandschaft teilt sich in zwei Gruppen:

Die einen halten den Zeitrahmen für ausreichend; die anderen sind der Ansicht, das ganze Projekt ist nicht zu schaffen.



Zum Sachstand ist folgendes zu konstatieren:

Das technische System der DRG-Fallpauschalen ist vorhanden, erprobt und nahezu flächendeckend eingeführt (DRG-Katalog, Grouper, Verschlüsselungs- und Analysesoftware, Abrechnungsregeln, Kodierrichtlinien, fachkundiges Personal in Krankenhäusern, Krankenkassen und beim MDK).

Die stationären Behandlungen können zeitnah abgerechnet, die Rechnungen können zeitnah geprüft und beglichen werden.

Die mit den DRG 2005 erreichte Abbildungsgenauigkeit und Preisdifferenzierung ist um viele Klassen besser als bei der früheren Abrechnung mit Pflegesätzen. Die zum Teil verbissen geführte Diskussion um die letzten 10 % fehlende Differenzierung darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß 80 - 90 % aller stationären Behandlungen von den DRG hinreichend genau erfaßt und in Relation zueinander zutreffend bewertet werden. Die regelmäßige Überarbeitung und Neukalkulation des DRG-Katalogs durch das InEK läßt hier noch weitere Verbesserungen in den nächsten Jahren erwarten.

An dieser Stelle sei dem InEK und den an der Kalkulation beteiligten Krankenhäusern ausdrücklich gedankt für den erheblichen Fortschritt der Abbildung der Krankenhausleistungen im DRG-Katalog 2005.

Der Start in die Konvergenzphase zum 01.01.2005 ist seit mehreren Jahren gesetzlich festgelegt. In den Verbänden ist es offensichtlich so wie in der Politik insgesamt: Auch wenn Sachverhalte seit langem bekannt sind, so fangen viele erst fünf vor zwölf an, sich zu rühren.

Mit dem DRG-Start 2003 bzw. 2004 wurden die noch zu lösenden Probleme auf breiter Basis zur Kenntnis genommen; nun interessierten sich plötzlich auch die Länder für das DRG-System. Es wurde allerdings auch klar, daß die Selbstverwaltung viele Problembereiche nicht regeln kann.

Mit dem Entwurf zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz vom Juni 2004 hat der Gesetzgeber die Initiative zur Regelung strittiger Sachverhalte ergriffen; seitdem haben wir eine intensive Diskussion, bei der aus unterschiedlicher Interessenlage manches in Frage gestellt wird:



Soll das DRG-System so überhaupt eingeführt werden?

- Wann ist der Konvergenzstart?
- Wieviel Konvergenzschnitte gibt es?
- Wie hoch sind die Konvergenzstufen usw.?

Der VKD ist in die Anhörung vom 29.06.2004 mit folgenden Positionen gegangen:

- Wir wollen den Start in die Konvergenz zum 01.01.2005.
- Wir haben uns für vier Jahre Konvergenz ausgesprochen; tragen aber auch die Position der DKG (fünf Jahre) mit, obwohl es im VKD starke Positionen auch dafür gab, die im Gesetz vorgegebene dreijährige Konvergenzphase beizubehalten. Uns war jedoch auch klar, daß einige Krankenhäuser (insbesondere die Maximalversorger) die ersten Konvergenzschnitte wirtschaftlich nicht verkraften können. Deshalb haben wir bereits in der damaligen Anhörung den Vorschlag der Kappungsgrenze gemacht.

Die DRGs und ihre Fallschweren bringen zu Tage, was viele schon lange geahnt haben, nämlich daß dieselben medizinischen Leistungen bisher zu ganz unterschiedlichen Kosten erbracht und abgerechnet worden sind. Das Problem dabei ist weniger der Preis einer einzelnen Behandlung oder einer einzelnen DRG. Vielmehr tritt zu Tage, daß ganze Abteilungen und Krankenhäuser bisher auf unterschiedlichem Kostenniveau gearbeitet haben.

Viele kleinere Krankenhäuser brauchen die Mehreinnahmen aus der Konvergenz, um die von den Patienten erlebten Unterschiede in der "gefühlten Qualität" (Unterkunft, Verpflegung, Service usw.) zu verringern. Übrigens häufig bei durchaus vergleichbaren medizinischen Ergebnissen im Bereich der Standardbehandlung.

Die Ursachen für eine zu hohe Baserate liegen meist

- in strukturellen Kostenproblemen wie einem überdurchschnittlich hohen Preisniveau der Produktionsfaktoren - Löhne und Gehälter, Preise der eingesetzten Materialien -



- in der Finanzierung sachfremder Leistungen aus dem Krankenhausbudget - z. B. Forschung, ambulante Notfallversorgung zu nicht kostendeckenden Preisen, Finanzierung unterlassener Investitionen durch Miete, Leasing etc. -,
- organisatorischen Defiziten
- oder auch in besserer Qualität !

Das Gesetz ist nunmehr in der Endphase der parlamentarischen Beratung. Da macht es keinen Sinn mehr, die Vorschläge aus den letzten Monaten zu diskutieren. Den einen waren die bisher vorgesehenen drei Jahre immer noch zu lang, anderen schwebte eine nach "hinten offene Konvergenzskala" vor. Wieder andere wollten den Start in die Konvergenz verschieben oder auch das DRG-System nur in Teilen einführen.

In der Endphase des parlamentarischen Verfahrens geht es im wesentlichen um

- Konvergenzjahre,
- Konvergenzstufen,
- Kappungsgrenze
- und einige Sonderfragen.

Zu den damit verbundenen Problemen kann nichts wirklich Neues mehr gesagt werden.

Jedes Krankenhaus, das mit seinem Basisfallwert über dem (noch nicht bekannten) durchschnittlichen Landesbasisfallwert liegt, muß versuchen, ihn zu senken.

So haben wir uns im Alfried Krupp Krankenhaus bereits Ende 2001 mit der Aufgabe befaßt, jedes Jahr die Fallzahl innerhalb des limitierten Budgets um x % zu steigern. Gleichzeitig müssen deutliche Kostensenkungen erreicht werden, damit die Mehrleistungen bei dem bescheidenen Mehrerlösausgleich auch wirtschaftlich verkraftbar bleiben.

Aus Sicht des VKD will die überwältigende Mehrheit der Krankenhäuser zum 01.01.2005 in die Konvergenzphase starten.



Wir haben es als Verband, in dem das Management fast aller deutschen Krankenhäuser organisiert ist, in der Meinungsbildung etwas leichter als die DKG. In unserem Vorstand ist die Vielfalt der Trägerformen vertreten.

In den Vorstand sind Manager gewählt, die überwiegend wettbewerbsorientiert sind. Durch unterschiedliche Bindungen an kostentreibende Strukturen wie überteuerte Zusatzversorgungssysteme sind natürlich die Reaktionsmöglichkeiten auf die Herausforderungen des Wettbewerbs unterschiedlich.

Was uns alle eint, ist die Forderung, daß wir Klarheit über die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der nächsten Jahre brauchen. Außerdem brauchen wir Möglichkeiten, auf örtlicher Ebene Besonderheiten vereinbaren zu können. Wir machen uns ausdrücklich die Forderung der DKG nach Entfristung und Individualisierung der Öffnungsklausel und Zuschlagsregelung gemäß § 6 KHEntG zu eigen!

Das bedeutet keine Abkehr vom wettbewerbsorientierten Preissystem, sondern ist eine notwendige Voraussetzung, um Innovation und medizinischen Fortschritt in den Krankenhäusern nicht abzuwürgen.

Zurück zur erforderlichen Klarheit der Rahmenbedingungen für 2005: Viele Krankenhäuser stehen vor der Situation, ihren Aufsichtsorganen einen Wirtschaftsplan für das kommende Jahr vorlegen zu müssen. Was ist dafür erforderlich?

Aus dem Erlösbudget des Jahres 2004 und der erwarteten bzw. gewollten Leistungssteigerung in 2005 entwickeln wir den Ausgangswert für das Erlösbudget 2005. Je nach Situation werden dabei auch Zusatzentgelte berücksichtigt.

Um den Ausgangswert 2005 in seinen Konsequenzen bewerten zu können, stellt sich spätestens jetzt die Frage nach dem Landesbasisfallwert (LBFW).

Der im Gesetz vorgesehene Termin 31.10.2004 für die erstmalige Ermittlung des LBFW ist offenkundig ohne Ergebnisse verstrichen. Angesichts der Komplexität und der politischen Brisanz der Materie überrascht das nicht, denn der LBFW wird nicht nur mathematisch, sondern auch politisch ermittelt.



Daraus kann man unschwer ableiten, daß es noch eine ganze Weile dauern wird, bis ein von der Selbstverwaltung verabschiedeter LBFW vorliegt; ohne LBFW ist aber der Einstieg in das DRG-System blockiert.

Als Verantwortlicher im Krankenhaus braucht man Klarheit, und man möchte beispielsweise bereits im Januar 2005 Budgetverhandlungen führen. Nach dem Ergebnis des Vermittlungsausschusses ist es nunmehr möglich, daß der Verordnungsgeber für jedes Bundesland einen LBFW vorgibt; wir brauchen ihn möglichst schnell !

Wie stellt sich die Situation dar?

Solange es keinen LBFW gibt, können Krankenhäuser, die gut dastehen - wenn sie wirklich gut dastehen und es nicht nur glauben ! -, eine ganze Weile damit leben, mit der Budgetvereinbarung und somit auch mit dem Basisfallwert des Jahres 2004 weiter zu arbeiten. Sie arbeiten ja in der (hoffentlich begründeten) Erwartung, durch die Konvergenz einen Budgetzuschlag zu erhalten. Krankenhäuser, die in der Konvergenzphase Budgetkürzungen hinnehmen müssen, werden dagegen in Liquiditätsprobleme und Schlimmeres kommen, wenn irgendwann im zweiten Halbjahr 2005 die Kürzungsbeträge auf wenige Monate kumuliert verrechnet werden.

Wir brauchen also möglichst früh einen LBFW: Und dann stellt sich die strategische Frage, schnell verhandeln oder verzögern?

Wer in der Konvergenzphase Geld abgeben muß, kann dazu neigen, noch lange mit der Budgetvereinbarung 2004 zu arbeiten. Ich befürchte, das ist keine gute Strategie, denn die Stunde der Wahrheit kommt irgendwann umso drastischer. Eine interessante Fragestellung tut sich übrigens auf, wenn gestützt auf § 11 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz die Krankenkassen zur Verhandlung auffordern und das Krankenhaus nicht entsprechend vorbereitet ist. Kommt es dann zu einer vorläufigen Vereinbarung nach § 12 ?

Es geht also darum, sich auf die Verhandlungen 2005 vorzubereiten und eine entsprechende Strategie für das eigene Haus zu entwickeln. Wichtigstes Datum dabei ist der individuelle Basisfallwert in Relation zu dem LBFW.



Wir gehen wohl zu Recht davon aus, daß alle Krankenhäuser das Ziel haben, eine Budgetabsenkung zu vermeiden oder zumindest zu minimieren. Dann muß es oberstes Ziel sein, den LBFW möglichst schnell zu erreichen bzw. zu unterschreiten. Hierzu sind Leistungssteigerungen erforderlich und für einen Teil der Krankenhäuser auch möglich. Unabhängig davon, wie hoch der LBFW am Ende ausfällt - es wird unter den Krankenhäusern einen Konvergenz-Wettbewerb auch über die Leistungsseite geben. In diesem Mechanismus liegt für die Gesamtheit aller Krankenhäuser natürlich eine Gefahr. Denn es liegt in der Natur des Durchschnitts, daß es Häuser gibt, die darüber und die darunter liegen. Daraus folgt allein aus der Mathematik eine Tendenz zur Absenkung des LBFW.

Außerdem ist folgendes zu berücksichtigen:

Bei der Festsetzung und Fortschreibung der Landesbaserate werden

- weder die unvermeidbaren Kostensteigerungen durch die jährlichen Tariferhöhungen,
- noch die Mehraufwendungen für den medizinischen Fortschritt
- und schon gar nicht die Sonderaufwendungen zur Erhaltung der technischen und baulichen Infrastruktur (ausgelöst durch den Investitionsstau der öffentlichen Hand)

angemessen berücksichtigt. Dies alles zwingt die Krankenhäuser in einen Wettlauf um zusätzliche Behandlungen und Case mix-Punkte, was den LBFW (und damit das allgemeine Preisniveau für alle Krankenhäuser) im darauf folgenden Jahr automatisch senkt. Diesem politisch initiierten Teufelskreis kann sich kein Haus entziehen.

Zurück zur individuellen Strategie:

Unter der Annahme, daß die Kodierqualität steht und keine relevanten Veränderungen im Case mix-Index zu erwarten sind, hat das Krankenhaus als Steuerungsparameter die Fallzahl und den Case mix. In Abhängigkeit von der Marktposition und der Relation des eigenen Basisfallwerts zum LBFW ist zu prüfen, ob Mehrleistungen vereinbart werden oder ob auf den Effekt des Mehrerlösausgleichs gesetzt wird. Außerdem sind die Zusatzentgelte ein wichtiger Parameter, die den individuellen Basisfallwert beeinflussen können.



Die Kassen werden selbstverständlich auch Strategien verfolgen. So kenne ich aus der Budgetrunde 2004 Verhandlungsergebnisse, wo die Krankenkassen überhöhte Mengenvereinbarungen durchgesetzt haben, die das Krankenhaus nicht erreicht. Der abgesenkte individuelle Basisfallwert senkt aber den LBFW, wenn die Krankenkassen mit diesen Strategien in größerem Umfang Erfolg haben.

Zurück zum erwarteten / erhofften vorläufigen LBFW. Dieser wird wohl eine Revisionsklausel bei Vorliegen "falscher Annahmen" haben, denn der LBFW 2005 ist notwendigerweise falsch, und wenn es nur aus dem Grund ist, daß in 2004 noch nicht alle Krankenhäuser in das DRG-System umgestiegen sind. Dieser vorläufige LBFW muß für das ganze Jahr 2005 gelten: Er darf nicht im Verlauf des Jahres durch einen von der Selbstverwaltung ermittelten LBFW ersetzt werden. Sonst würde das totale Chaos ausbrechen.

Es kann nicht sein, daß durch die Zufälligkeit des Verhandlungstermins unterschiedliche Konvergenzergebnisse zu Gunsten oder zu Lasten einzelner Krankenhäuser wirksam werden. Außerdem kann die Kappung nur anhand eines für das ganze Jahr gültigen festen LBFW ermittelt werden. Denn allein aus der Mathematik heraus würde sich mit jeder Budgetvereinbarung, die eine Kappung beinhaltet, der LBFW verändern. Der LBFW 2006 muß dann die Kappungsergebnisse aus 2005 berücksichtigen. Falls die Selbstverwaltung für 2006 einen eigenen LBFW ermittelt hat, wird dieser dann wirksam. Ansonsten muß der Wert für 2005 auch 2006 weitergelten. Ein unterjährlicher Wechsel des LBFW darf nicht möglich sein !

Die Forderung nach der Fortgeltung des LBFW 2005 in 2006, falls kein neuer durch die Selbstverwaltung ermittelt wurde, ist keine Aussage mit politischen oder strategischen Hintergedanken. Denn es ist aus jetziger Sicht offen, ob und um wieviel der LBFW 2006 höher oder niedriger als der für 2005 ist.

Die Entwicklung ist abhängig vom DRG-Katalog 2006 von der Leistungsentwicklung insgesamt, der Inanspruchnahme der Öffnungsklausel nach § 6 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz, dem Volumen der abgerechneten Zusatzentgelte, der Auswirkung des Konvergenzprozentsatzes und der Kappungsgrenze, dem Substitutionspotential ambulant / stationär etc., etc.



Ich betone abschließend noch einmal die im Zusammenhang mit dem Schaltjahr 2005 fast wichtigste Aussage für den VKD: Wir brauchen Rechtssicherheit und Kalkulationssicherheit. Dafür in der Kürze der Zeit die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, wird ein schweres Stück Arbeit. Für den VKD biete ich dem BMGS gern die Mitarbeit seiner Mitglieder in den entsprechenden Arbeitsgruppen an.