

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr

Die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl

Voraussetzungen – Handlungsspielräume – Akteure

Nicht wenige Beobachter deuteten die Wahlentscheidung für das Gespann Schröder/Fischer auch in dem Sinne, dass nach einer in Kernpunkten wie der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit erfolglosen Legislaturperiode die Wähler der rot-grünen Reformpolitik eine Chance zur Rehabilitation einräumen wollten. Zwar half Schröder außer purem Glück und der von ihm genutzten Handlungschance während der Flutkatastrophe zuletzt nur viel zerschlagenes Porzellan in der Außen- und Sicherheitspolitik; aber er hat zumindest Letzteres billigend in Kauf genommen. Entsprechend engagiert dürfte er die Reformpolitik nach innen angehen wollen. Hätte er mit Deutschland nicht noch Großes vor, wäre der in internationalen Beziehungen angerichtete Schaden umsonst gewesen.

☛ Kommt jetzt der vielbeschworene Ruck, mit dem die verkrusteten Strukturen in der Sozialpolitik aufgebrochen werden? Wird es auch im Gesundheitswesen nachhaltige Reformen, vielleicht sogar eine echte Strukturreform geben, wie sie von Ulla Schmidt angekündigt und in den Sitzungen des „Runden Tisches“ in Groß-Ziethen – angeblich – vorbereitet wurde? Oder ist eher das Gegenteil zu erwarten?

Betrachtet man die Voraussetzungen, den Handlungsbedarf und die dafür vorhandenen Spielräume, so sind die Erwartungen von Anfang an eher bescheiden. Die neue Bundesregierung ist zumindest im Bereich der Gesundheitspolitik nicht zu beneiden, auch und gerade weil sie mit ihrer eigenen politischen Hinterlassenschaft aufräumen muss. Das soll nicht heißen, dass die rot-grüne Regierung in den letzten 4 Jahren alles falsch gemacht hätte. Fakt ist aber, dass die Voraussetzungen für ein erfolgreiches politisches Agieren zurzeit erheblich ungünstiger sind als noch 1998.

Neubesetzung des BMG

Nur auf den 1. Blick erscheinen die Ausgangsbedingungen in der Gesundheitspolitik günstiger als 1998. Die bisherige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt erzielte in ihrem Aachener Wahlkreis ein hervorragendes Ergebnis. Galt sie im Vorfeld der Bundestagswahl noch als einer der Wackelkandidaten für ein 2. Kabinett Schröder, so wird dieser – nicht nur als Kanzler, sondern auch als Parteichef – an diesem Umstand kaum vorbeikönnen. Sieger sollte man nicht „abstrafen“. Unter den gesundheitspolitisch profilierten Politikern der SPD fällt nach dem Weggang von Florian Gerster der bisherige Bundesbehindertenbeauftragte Karl Hermann Haack ins Auge, der dem Vernehmen nach einer der Letzten sein soll, die sich nach wie vor um Ulla Schmidts Posten bemühen. Eher unwahrscheinlich erscheint gegenwärtig die Variante, dass sich

die Grünen um das Gesundheitsministerium bemühen könnten. Bereits unter dem Aspekt der in Frage kommenden Personen würde es eng; die bisherige parlamentarische Geschäftsführerin, Katrin Dagmar Göring-Eckhardt, hat nicht einmal auf den Parteitag ein Wort zur Gesundheitspolitik verloren und gilt zudem als Anwärterin auf einen Posten als Fraktionssprecherin – sprich: Vorsitzende. Nach wie vor gilt die Gesundheitspolitik bei den Grünen als das Verliererthema schlechthin. Mit der Variante „grünes BMG“ sollte man diesmal nicht rechnen.

Alles in allem könnte es also noch einmal klappen für Ulla Schmidt, trotz ihrer zuletzt auch nach außen immer deutlicher werdenden Probleme. Die politische und personelle Kontinuität im BMG wäre eine der Voraussetzungen für schnelles und durchdachtes Handeln. Dies ist ein Pluspunkt gegenüber 1998. Noch unter einem anderen Aspekt könnte man von besseren Startchancen sprechen, denn es gibt in diesem Politikbereich niemanden mehr, der nach 16-jähriger Oppositionsarbeit als „übergangener“ Politiker politisch „querschießen“ könnte. Manche Beobachter erinnern sich noch lebhaft daran, wie die neue und unerfahrene Gesundheitsministerin Andrea Fischer unter den Attacken Rudolf Dresslers zu leiden hatte, anfangs mehr als unter denen der Opposition.

■ Enger Handlungsspielraum

Die Voraussetzungen für nachhaltige Reformen in der Gesundheitspolitik könnten, unter diesen Aspekten betrachtet, besser sein als vor 4 Jahren. Sowohl inhaltlich als auch unter dem Blickwinkel der politischen Gesamtkonstellation überwiegen dennoch die Probleme.

☛ Anders als 1998 ist bereits jetzt absehbar, dass die gesetzliche Krankenversicherung gegen Ende des laufenden Jahres unter massivem finanziellem Druck stehen wird.

☛ Horst Seehofer hatte seiner Nachfolgerin noch eine Kasse mit moderaten „schwarzen Zahlen“ übergeben, Ulla Schmidt übernimmt aller Voraussicht nach aus ihrem eigenem Erbe ein spürbares GKV-Defizit.

☛ Die neue BMG-Führung muss damit rechnen, dass der ohnehin bestehende Finanzdruck durch dieselben Unwägbarkeiten verschärft wird, die schon während der letzten Jahre die größte Gefahr für die finanzielle Solidität der GKV-Finzen darstellten: die nach wie vor erheblichen Begehrlichkeiten der öffentlichen Haushalte speziell wegen der kaum noch zu erfüllenden Maastricht-Kriterien.

☛ Hinzu kommt, dass es 1998 ein im Vergleich zu heute als regelrecht kräftig zu bezeichnendes Wirtschaftswachstum gab. Auch der Coup, durch die Einbeziehung

der geringfügig Beschäftigten in die Krankenversicherung Einnahmeverbesserungen in der GKV zu erzielen, lässt sich nicht wiederholen.

Die Hoffnung, dass die Beitragssatzstabilität zunächst nicht dieselbe dominierende Rolle spielen wird wie 1998, ist bei realistischer Einschätzung ausgesprochen unwahrscheinlich. Schließlich ist – Ökosteuer hin oder her – mit einem spürbaren Anstieg der Beiträge zur Rentenversicherung zu rechnen. Jeder Zehntelprozentpunkt in den GKV-Beitragssätzen ist, noch stärker als vor 4 Jahren, ein Teil der Gesamtbetrachtung der „Lohnnebenkosten“. Schon deshalb dürfte die Sicherung der Beitragssatzstabilität erneut zur vornehmsten Aufgabe der Gesundheitspolitik werden. Die Themen Qualität, Prävention oder „Teilhabe“ der Patienten könnten dabei, trotz gegenteiliger Absichtserklärungen, auf der Strecke bleiben.

☞ Die Beitragssätze in der GKV müssen im Durchschnitt stabil gehalten werden; dies kann nur gelingen, wenn ausgesprochen schnell finanzwirksame Gesetzgebungsschritte realisiert werden.

■ Regieren ohne Bundesratsmehrheit – schmales „Zeitfenster“ für Reformen

Einer der wichtigsten Unterschiede zur Situation von 1998 besteht in den gänzlich anderen Mehrheitsverhältnissen im Bundesrat. Man mag von der Qualität der seinerzeitigen Gesetzgebung halten, was man will, aber wie einfach war doch das Regieren und Gestalten, als Rot-Grün über eine 35-Stimmen-Mehrheit in der Länderkammer verfügte. Die Vorzeichen sind heute gerade umgekehrt; die Union verfügt dort seit der Sachsen-Anhalt-Wahl über eine Gestaltungsmehrheit.

☞ Unbeschadet dürfte kaum ein zustimmungspflichtiges Gesetz mit einiger Tragweite im Bundesrat durchzusetzen sein. Dieser Zustand dauert noch mindestens bis Februar 2003; dann muss sich die Landesregierung von Hessen den Wählern stellen.

☞ Die Landtagswahlen des Jahres 2003 bieten der neuen Bundesregierung weniger Chancen als Risiken und schränken den Handlungsspielraum gerade mit Blick auf gesetzgeberische „Grausamkeiten“ weiter ein.

☞ Gleichzeitig mit der CDU-geführten Mehrheit in Hessen steht die absolute SPD-Mehrheit in Niedersachsen zur Disposition des Wählers. Im Mai folgt die Wahl im ebenfalls durch die SPD geführten Bremen, wenn auch diese Entscheidung wegen der dort regierenden Großen Koalition nicht von großer Bedeutung für das Abstimmungsverhalten im Bundesrat sein mag.

Nach dem Mai 2003 wird es zunächst etwas ruhiger; im Herbst, zur Landtagswahl in Bayern, rechnet ernsthaft niemand damit, dass die Koalitionsparteien irgendetwas zu gewinnen haben. Erst dann öffnet sich das „Zeitfenster“ für echte Reformprojekte. Landtagswahlen sind nicht allein unter dem Aspekt der Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat ein bundespolitisches Thema. Der Druck

auf die Bundesregierung, nicht erneut eine Serie von Landtagswahlen verloren zu geben, geht insbesondere von den lokalen Amtsinhabern und Kandidaten aus. Sie müssen sich ausgerechnet dann ihrer Wählerschaft stellen, wenn nach den Gesetzen der politischen Kybernetik der Bund seine „Grausamkeiten“ – Spargesetze, Einschränkungen im sozialen Bereich – ins Bundesgesetzblatt bringen müsste.

■ Klimaverschlechterungen sind unerwünscht

Achten muss die neue Gesundheitsministerin nicht nur auf den GKV-Beitragssatz, auf die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat und auf die Empfindlichkeiten der Landespolitiker aus dem Koalitionslager. Erwartet wird auch eine Verbesserung im Verhältnis zu den „Systembeteiligten“. Ein derart gespanntes Verhältnis wie dasjenige von Ulla Schmidt zur Ärzte- und Zahnärzteschaft, zu den Apothekern, den Krankenhausbeschäftigten und zur Pharmaindustrie wird kein sich zur Wahl stellender Gesundheitspolitiker nochmals auf sich nehmen können oder wollen. Weitere Gegner kann die neue Regierung nicht gebrauchen und erst recht nicht die eigene Klientel verprellen, etwa die wohlgesonnenen Kassenchefs und Gewerkschafter.

☞ Die Regierung bleibt bezüglich „schmerzhafter“ Einschnitte mehr oder weniger gefesselt. Fraglos finanzwirksame oder arbeitsmarktpolitisch entlastende Regelungen wie eine Erhöhung der Selbstbeteiligungen, Leistungsausgrenzungen, die Aufteilung des Leistungskatalogs oder Änderungen bei der paritätischen Finanzierung dürften ein Tabu bleiben.

☞ Die Spielräume der Gesundheitspolitik sind vor dem Hintergrund des dringlichen Handlungsbedarfs dürftig. Die mit der Aufgabe zu betrauende Ministerin oder der zu betrauende Minister sind nicht zu beneiden. Alles in allem bieten sich also nicht gerade berauschende Perspektiven für die Gesundheitspolitik in der 2. rot-grünen Legislaturperiode.

Ob es ausreichen wird, den GKV-Finanzproblemen allein mit der Strangulierung der Pharmaindustrie zu begegnen, darf bezweifelt werden. Es wird äußerst spannend zu beobachten sein, wie sich die Gesundheitspolitik aus der Affäre ziehen wird.

Anders als den Arzneimittelherstellern und auch den Apothekern drohen den Krankenhäusern zunächst keine weiteren Mühen regierungsseitiger Kostendämpfungsmaßnahmen. Zumindest am Beginn der neuen Legislaturperiode wird man die Kliniken in dieser Hinsicht weitgehend in Ruhe lassen müssen, sind sie doch durch die Einführung der DRGs mit anderen, erheblichen Schwierigkeiten befasst, die keine weiteren Einschränkungen zulassen. Die bescheidenen „Veränderungsraten“, die das BMG jüngst verkündete, ziehen den budgetmäßigen Spielraum ohnehin enger, als es die Kliniken wegstecken können. Sollte sich bei den Ausgaben in diesem Leistungsbereich dennoch der leichte Aufwärtstrend des ersten Halbjahrs 2002 fortsetzen, hätte die GKV ein Problem, mit dem schwierig umzugehen ist. Ob angesichts einer solchen

möglichen Entwicklung die GKV-Beiträge stabil gehalten werden können, muss mit einem Fragezeichen versehen werden. Steigen aber die Beiträge, wird es für jeden Amtsinhaber schwierig, seine Position politisch zu behaupten.

Die gesundheitspolitischen Akteure im neuen Bundestag

Auch wenn die Bildung der gesundheitspolitischen Arbeitsgruppen der Fraktionen und die Wahl der jeweiligen „Sprecher“ noch nicht stattfinden konnte, stehen doch bereits viele Abgeordnete fest, die sich wahrscheinlich künftig der Gesundheitspolitik widmen werden. Weil sich die Beliebtheit dieses Politikfeldes – viel Feind, wenig Ehr – in Grenzen hält, dürfte den gestandenen Gesundheitspolitikern ihr Platz kaum streitig gemacht werden. Einige neue kommen hinzu, insbesondere bei der Union und den Grünen. Hier wird als neue Gesundheitspolitikerin Birgit Bender aus Baden-Württemberg genannt.

- Bei der SPD sind mit Ausnahme von Martin Pfaff und Regina Schmidt-Zadel fast alle Gesundheitspolitiker der vergangenen Legislaturperiode wieder Mitglied des Bundestages geworden. Wie schon in den letzten Jahren dürfte es ein heftiges Gerangel um die Sprecherposten in der SPD-Arbeitsgruppe Gesundheit geben: Eike Maria Hovermann, Helga Kühn-Mengel, Eckhart Lewering, Carola Reimann, Horst Schmidbauer, Fritz Schösser und Wolfgang Wodarg. Klaus Kirschner könnte wieder Vorsitzender des Gesundheitsausschusses werden, wenn dieser erneut der SPD zufällt.

- Wer bei der SPD auf der Ebene der stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden für die Gesundheitspolitik zuständig sein wird, ist noch offen. Die frühere Inhaberin dieses Amtes, Hildegard Wester, hat den Einzug in den Bundestag verfehlt. Die Aufgabe könnte auf Gudrun Schaich-Walch zukommen, sollte sie das BMG als Parlamentarische Staatssekretärin verlassen. Damit würde wiederum ein interessanter Posten im BMG frei.

- Bei den erforderlichen Personalentscheidungen in der SPD wird der neue Fraktionsvorsitzende, Franz Müntefering, ein kräftiges Wort mitreden. Angesichts der knappen Mehrheiten, die auch in den Ausschüssen bestehen, gilt es, eine möglichst reibungslose Machtausübung sicherzustellen. Als früherer Sozialminister von Nordrhein-Westfalen ist Müntefering ein ausgewiesener Kenner der Materie.

- Möglicherweise überhaupt keine Änderungen könnte es bei der FDP geben. Dieter Thomae als Sprecher und Detlef Parr als Ausschussmitglied werden wohl auch in den kommenden 4 Jahren die liberale Gesundheitspolitik vertreten. Von Jürgen Möllemann spricht im Zusammenhang mit Gesundheitspolitik niemand mehr.

- Die Union hat den größten Wechsel bei den Gesundheitspolitikern zu vermelden. Von ihren ordentlichen Mitgliedern im Gesundheitsausschuss sind noch Wolf Bauer, Hans Georg Faust, Hubert Hüppe, Annette Widmann-Mauz und Wolfgang Zöllner weiterhin im Parlament. Gesundheitspolitische Urgesteine wie Wolfgang Lohmann

TRUMPF Medizin Systeme

Kompetenz in der LITT

■ Mehr Effizienz in der Tumor-Therapie

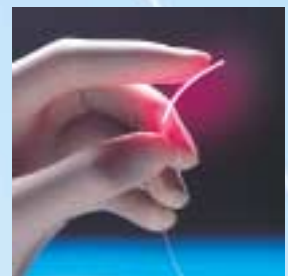
Überlegene Laserstrahlqualität, leistungsstark und dauerhaft



Multifasertechnik, bis zu 4 Fasern an einem Lasersystem



Flexible, unzerbrechliche MICROFLEX-Fasern



TRUMPF



TRUMPF Medizin Systeme
GmbH + Co. KG

Am Gansacker 1b · D-79224 Umkirch
Telefon +49 (0) 7665/9802-0
Telefax +49 (0) 7665/9802-37
e-mail info.em@de.trumpf-med.com

und Ulf Fink sind aus dem Parlament ausgeschieden. Für den Sprecherposten in der Arbeitsgruppe kommen Widmann-Mauz und Zöller in Frage; auch der Sozialpolitiker Andreas Storm könnte, wie in der vergangenen Legislaturperiode, dieses Amt anstreben. Am chancenreichsten scheint zum jetzigen Zeitpunkt Widmann-Mauz zu sein, wenn sie nicht zu anderen Aufgaben berufen wird.

● Auf der Ebene der stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden wird am ehesten wieder Horst Seehofer für die Union die Geschicke lenken. Ihm kommt dann auch die schwere Aufgabe zu, eine gemeinsame Position mit den Unionsländern im Bundesrat herzustellen.

← Insgesamt kann die Prognose gewagt werden, dass sich die allgemein zu beobachtende Entmachtung des Parlaments gegenüber dem Kanzleramt und den Ministerien in der neuen Legislaturperiode und auch in der Gesundheitspolitik fortsetzen wird. Schon vor 1998 war der Einfluss der Gesundheitspolitiker der Koalitionsfraktionen gering. Dieser Trend setzte sich in der vergangenen Legislaturperiode fort, insbesondere in der 2. Hälfte waren die Gesundheitspolitiker der SPD-Fraktion weitgehend zum Abnicken der Vorlagen aus dem BMG und dem Kanzleramt verdammt.

Fazit

Unbeschwert und fröhlich wird sie nicht, die neue – alte? – Gesundheitspolitik. Wer immer im BMG die Verantwortung erhält, wird es schwer haben. Aber galt dies nicht auch Ende 1992, als Horst Seehofer das Amt des Gesundheitsministers antrat? Sein Weg ist immer noch das Vorbild von Gesundheitspolitikern, die nach einer Quadratur des Kreises suchen: die Neuauflage der Lahnsteinkoalition. Damit würden sich jene Handlungsspielräume eröffnen, die benötigt werden, um eine Reform des Gesundheitswesens anzupacken, wie sie angekündigt wurde, alleine schon durch die Einbeziehung der Bundesratsmehrheit. Jede Seite könnte es auf sich nehmen, der eigenen Klientel die im Sinne des Gemeinwohls unverzichtbaren Einschränkungen zu vermitteln, die Union den Leistungserbringern und der Industrie, die Koalitionäre den Gewerkschaften und Kassenchefs. Spätestens seit Lahnstein ist bekannt, dass in einem derartigen Bündnis die Regierung letztlich an Statur gewinnt, die Opposition dagegen kaum davon profitiert. Warum also sollte sich die Union auf eine derartige Konstellation einlassen? Und wer sollte ein solches Bündnis schmieden können, scheint doch die Zeit der unablässig miteinander frühstückenden Sozialpolitiker endgültig vorbei zu sein. Mögen also die Probleme drängen, wie sie wollen, auch der Ausweg durch eine Große Koalition in der Sache erscheint derzeit so unwahrscheinlich wie noch vor einem halben Jahr ein Wahlsieg Gerhard Schröders.

Anschrift der Verfasser:

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr,
Herausgeber des Gesundheitspolitischen
Informationsdienstes (gid) und der Zeitschrift
„Forum für Gesundheitspolitik“,
Burbacher Straße 52–54, 53129 Bonn ■

Pro und Contra zum DRG-Optionsmodell 2003

Pro: Warum der LBK Hamburg die Option nutzt

Medizin, Demographie und ökonomische Voraussetzungen für die Leistungserbringung durch Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren stark verändert. Nun ist es an der Zeit, auch eine organisatorisch-strukturelle Modernisierung herbeizuführen. Zentrales Gebot für die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung muss die qualitative Differenzierung von Krankenhäusern vor dem Hintergrund von Patientenbedürfnissen sein. Ein allseits anerkannter Mechanismus zur Entwicklung eines hochwertigen Gesundheitssystems auf der Basis guter Medizin zu bezahlbaren Preisen ist das Wettbewerbsprinzip. Damit ein solcher Wettbewerb transparent, nachvollziehbar und kalkulierbar ist und auf der Grundlage rationaler Nachfrageparameter erfolgen kann, ist eine leistungsorientierte Finanzierung respektive Vergütung ein unabdingbares Erfordernis. Die fallpauschalierte Vergütung auf der Basis der DRGs unterstützt diesen bereits eingeschlagenen Weg nachhaltig. Die Nutzung der Optionslösung ist daher nach Einschätzung des LBK Hamburg aus folgenden Gründen wichtig:

● Krankenhäuser und Krankenkassen sammeln im Echtbetrieb Erfahrungen mit der Abrechnung über die DRG-basierte fallpauschalierte Vergütung. Die hieraus resultierenden Lerneffekte können genutzt werden, um insbesondere den technischen Herausforderungen konsequent zu begegnen. Der LBK Hamburg setzt DRGs bereits seit 1996 zur internen Steuerung, seit Januar 2002 partiell jedoch auch schon im Echtbetrieb ein. Diese Direktabrechnung mit Krankenkassen macht Schnittstellenproblematiken deutlich und hilft, diese zeitgerecht zu beheben.

● Die Vergütungshöhe ist zunächst unabhängig von den DRGs, sie wird determiniert durch die ausgehandelten Budgets. Insofern sind von dem jetzt vorliegenden und wegen handwerklicher Schwächen zu überarbeitenden System der Relativgewichte keine falschen Signale im Hinblick auf die Gestaltung der Leistungsportfolios zu erwarten. Dagegen können im Rahmen der Optionslösung Erkenntnisse über die Funktionsweise des Systems und des Zusammenhangs zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor gewonnen werden. Diese sind nicht nur für Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte und Krankenkassen, sondern auch für die regionale Infrastrukturplanung von großer Bedeutung.

● Der frühzeitige Umstieg verhindert Kapazitäts- und Vergütungsdiskussionen auf der Basis irrelevanter Kriterien wie Betten oder Dauer eines Krankenhausaufenthaltes. Entscheidende Bedeutung bekommt die nachgefragte Leistung durch die Patienten. Frühumsteiger lernen dementsprechend, sich in völlig neuen Verhandlungssituatio-

nen zurechtzufinden, ohne dass dies zu existenzbedrohenden Konsequenzen führt.

- Durch das DRG-System und die fallpauschalierte Vergütung werden die im jetzigen System enthaltenen kontraproduktiven Anreize eliminiert. Das heutige Vergütungssystem bestraft zum Beispiel Effizienz- und Behandlungsverbesserungen, wenn diese zu Reduktionen in der Verweildauer führen. Frühumsteiger erhalten dementsprechend frühzeitig den Anreiz, qualitativ hochwertige Angebotsstrukturen aufzubauen und haben für die Umsetzung entsprechend mehr Zeit zur Verfügung. Das DRG-System setzt Anreize zur Konzentration, zur Spezialisierung und zur Implementierung evidenzbasierter geplanter Behandlungsabläufe. Die Wahrnehmung der Optionslösung ermöglicht daher, diese qualitätsverbessernden Restrukturierungen durchzuführen, ohne dass Erlössituationen belastet werden.

- Die faktische Anwendung der DRG-basierten Vergütung vermittelt sowohl den Krankenhäusern als auch den Krankenkassen die richtigen und relevanten Erkenntnisse über die Notwendigkeiten einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten einerseits und zwischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken sowie ambulanten Pflegediensten andererseits.

- Mit der Nutzung der DRG-Systematik verfügen Krankenhäuser über eine stark verbesserte instrumentelle Basis für Managementanstrengungen. Die DRGs bringen eine medizinisch und ökonomisch gleichwertige Segmentierung hervor. Diese Übereinstimmung in der Differenzierung verhilft zur Bildung strategischer Geschäftseinheiten, die im Vergleich zur jetzigen Abteilungsdominanz eine Planungsbasis von erheblich verbesserter Tragfähigkeit darstellen. Die medizinisch-ökonomische Kongruenz unterstützt die Abschätzung von finanziellen Folgen medizinischer Maßnahmen.

- DRGs bieten die Chance, das herrschende Budgetprinzip zu verlassen. Letzteres führt zwangsläufig zur Rationierung von medizinischen Leistungen, was weder unter qualitativen Gesichtspunkten noch politisch gewollt ist.

Gegner des DRG-Systems und der Optionslösung zeigen alte, früher auch erfolgreiche Verhaltensmuster auf, die überwiegend auf Verweigerung gerichtet sind. Ziel ist das Bewahren des Status quo und der Erhalt der eigenen Ressourcen. Solange immer wieder Geld in das System geflossen ist, konnten auf diese Weise Rationalisierungen verhindert werden – um den Preis des Kaschierens schlechter Strukturen. Vernachlässigt wird hierbei jedoch die mittlerweile fundamental gewandelte Situation, die das Einschlagen innovativer Wege zwingend verlangt. Die Zeit ist reif für eine am Wohl der Patienten ausgerichtete Lösung. Die DRG-basierte Vergütung ist dafür eine notwendige Voraussetzung.

Die Weiterführung des überholten Pflegesatzsystems hält unwirtschaftliche Strukturen aufrecht und unwirtschaftliche Gesundheitsdienstleister unnötig in der Gesund-

heitsbranche. Im Gegensatz dazu tritt der LBK Hamburg für das Prinzip ein, seinen Patientinnen und Patienten gute Medizin zu bezahlbaren Preisen auch weiterhin anbieten zu können.

Olaf Bornemeier, stellvertretender Direktor Allianz- und Teilnehmungsmanagement, Unternehmensleitung LBK Hamburg/Siegmar Eligehausen, Pressesprecher Unternehmensleitung LBK Hamburg, Friedrichsbergerstraße 56, 20081 Hamburg

Contra: Warum das Universitätsklinikum Münster die Option nicht nutzt

Nach gründlicher Prüfung der bekannten Rahmenbedingungen hat sich das Universitätsklinikum Münster (UKM) dazu entschlossen, die durch das BMG ermöglichte Leistungsabrechnung nach DRGs ab 2003 nicht wahrzunehmen. Voraussetzung für den Einstieg ist eine ausgezeichnete Kodierqualität im Jahr 2002 als Basis für die Festlegung des DRG-Fallmengengerüsts für das Jahr 2003. Notwendig sind unter anderem aus Liquiditätsaspekten eine sachgerechte Abbildung der Klinikleistungen durch die Fallgruppen des G-DRG-Katalogs und die aufwandsgerechte ökonomische Bewertung. Der als Folge der Kalkulationsmethodik befürchtete Kompressionseffekt mit einer Überkalkulation von „billigen“ Leistungen und einer Unterbewertung von „teuren“ Leistungen ist eingetreten. Maximalversorgungsleistun-



Erst denken, dann handeln.

Parkhaus als Geschäftsidee.

www.vollack.de/parkhaus

vollack® 
Erfolg bauen

Parkhaus AG

- vom Einfachsten bis zum Besten
- Marken-Qualität zu günstigen Preisen vom Fachmann
- Gardinen-Wäsche mit Abnehmen und Aufhängen

Gardinen

Unser Meister kommt zur kostenlosen Beratung – Anruf genügt!

02 11/77 12 07

A+A GmbH · 40599 Düsseldorf · Kolbergerstraße 15

M Joint MedConsult

Vorsprung durch

Clinical Pathways

www.jomec.de

gen sind im nicht an deutsche Verhältnisse angepassten G-DRG-Katalog nur unzureichend berücksichtigt; sie wurden im Vergleich zu Regelversorgungsleistungen sogar überproportional abgewertet. Bei Wahrnehmung der Option kommt es als Folge der nicht sachgerechten Leistungsabbildung zu einer verzerrten Darstellung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses, da die Kosten nicht adäquat durch die DRGs erklärt werden. Die Voraussetzungen für einen Einstieg sind damit leider nicht erfüllt. Daneben begründen insbesondere nachfolgend geschilderte Unwägbarkeiten die Entscheidung des UKM.

■ Gleichung mit vielen Unbekannten

Ein nicht die deutsche Behandlungswirklichkeit repräsentierendes G-DRG-System bietet keine Planungs- und Budgetsicherheit. Casemix-Veränderungen als Folge der umfangreichen für 2004 zu erwartenden Katalog- und Kostengewichtskorrekturen durch ganzjährige Kalkulation einer repräsentativeren Stichprobe sowie der Änderungen im Kodierverhalten erschweren die Planbarkeit sowie die strategische Leistungsausrichtung. Nach Beseitigung der aus der Übersetzung resultierenden Fehler im Katalog werden Fälle zwischen den Fallgruppen mit entsprechenden Auswirkungen auf den Casemix verschoben; Fallgruppen ändern sich, entfallen oder werden zusammengelegt. Ein auf dieser Basis 2003 ermittelter CMI kann nicht die Richtgröße für Folgejahre sein – ob dies in den weiteren Verhandlungen mit den Kostenträgern sachgerecht geltend gemacht werden kann, bleibt jedoch offen. Unklar ist auch, wie sich Verweildauerverkürzungen in 2003 auf das Erlösbudget 2004 auswirken. Interpretationen des FPG kommen hier zu konträren Ergebnissen. Das UKM geht davon aus, dass die Krankenkassen Verweildauerreduktionen zu Budgetkürzungen nutzen werden und diese Reduktionen durch die Fallorientierung bei Wahrnehmung der Option klinikintern beschleunigt werden. Offen bleibt auch, wie sich MDK-Prüfungen der Kodierqualität und die darauf folgenden Diskussionen auf den Casemix auswirken werden.

■ Leistungsabrechnung, technische Voraussetzungen

Trotz eines bis an die klinischen Arbeitsplätze ausgebauten EDV-Systems sieht das UKM sich noch nicht in der Lage, verzögerungsfrei nach Behandlungsabschluss einen vollständig kodierten und geprüften Datensatz zur Abrechnung zur Verfügung zu stellen. Dies liegt daran, dass die DRG-Fälle selbst 3 Monate vor dem Start des Optionsmodells noch nicht adäquat in den Krankenhausinformationssystemen abgebildet werden. Eine gestufte Datenkontrollmöglichkeit mit der Freigabe geprüfter Daten steht auch noch nicht zur Verfügung. Das UKM „übt seit mehreren Jahren die DRGs“, der Ärzteschaft des Klinikums ist die Bedeutung einer guten Dokumentation sehr bewusst. Es erscheint dem Klinikum unnötig und kontraproduktiv, zusätzlichen Druck auf diese schon erheblich belastete Berufsgruppe auszuüben, und zu versuchen, eine weitere Verbesserung der Kodierqualität durch einen Früheinstieg zu erzwingen und das Klinikum ohne Not kaum kalkulierbaren ökonomischen Risiken auszusetzen.

■ Ausgleiche

Der 95-prozentige Mindererlösausgleich kann kein Anreiz für ein leistungsfähiges Krankenhaus sein, da er bei einem stabilen Mengengerüst und sachgerechter Vereinbarung eines Basisfallwerts gar nicht zum Tragen kommen wird. Vielmehr werden die Ausgleichsregelungen bei Verbesserung der Kodierqualität („Upcoding?“) zu Lasten der Krankenhäuser wirksam werden, weil die Erlösausgleiche keinen Bezug zur Fallschwere haben. Die häufig genannten Vorteile der „verbesserten“ Mehrerlösausgleichsregelung in 2003 haben ebenfalls kaum Bedeutung, da Mehrleistungen in einem Universitätsklinikum eher in sachkostenlastigen, heute schon über 40 Prozent ausgeglichenen Bereichen (zum Beispiel Herzschrittmacher- oder Defibrillatorimplantation), als in anderen Bereichen erbracht werden. Der Mehrerlösausgleich wird durch den im FPG vorgesehenen Upcoding-Ausgleich verwässert, so dass derzeit unkalkulierbar ist, was dem Haus an Mehrerlösen bleibt. Darüber hinaus sind diese Leistungen im SE/FP-System differenzierter dargestellt und vergütet als im DRG-System.

■ Besondere Leistungen/Zusatzentgelte

Für Entgelte nach § 6 Absatz 1 KHEntG wurden noch keine einheitlichen Empfehlungen zur sachgerechten Kalkulation durch die Selbstverwaltung vereinbart. Innerhalb des 2. Referentenentwurfs einer KFPV wurden keine Zusatzentgelte nach § 17 b Absatz 1 Satz 12 KHG festgelegt. Sollten diese für eine sachgerechte Leistungsabbildung notwendigen Zusatzentgelte nicht auf der Selbstverwaltungsebene zu Stande kommen, müssten sie den Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntG gleichgestellt werden, um überhaupt separat vereinbar zu sein. Angesichts der noch verfügbaren Zeit und der krassen Interessengegensätze der Krankenkassen wird eine rechtzeitige Verhandlungslösung dieses Problems vor Ort immer unwahrscheinlicher. Unklar ist darüber hinaus, ob alle Krankenkassen überhaupt in der Lage sein werden, durch einen zeitgerechten Rechnungsausgleich die Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen.

Das UKM kann in dem Optionsmodell weder entsprechende wirtschaftliche Anreize sehen, die zur Wahrnehmung motivieren, noch kann es den Übungscharakter des Optionsmodells und den Effekt eines lernenden Systems wahrnehmen. Schwächen im G-DRG-Katalog Version 1.0 und in den dort hinterlegten Bewertungsrelationen sind auch ohne leidvolle Selbstversuche erkennbar. Das Klinikum wird 2003 alle verfügbaren Ressourcen dazu nutzen, seine Vorbereitung auf die DRG-Abrechnung fortzusetzen und sich dabei nicht nur auf die Erlösseite konzentrieren, sondern insbesondere die Themen Prozessoptimierung und Qualitätsmanagement angehen.

Anschrift der Verfasser: Manfred Gotthardt,
Kfm. Direktor des Universitätsklinikums Münster/
PD Dr. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster,
Leiter Stabsstelle Medizincontrolling des Klinikums-
vorstandes, DRG-Research-Group,
Westfälische Wilhelms-Universität,
Domagkstraße 20, 48129 Münster ■