

Dr. Josef Siebig/Dr. Matthias Geiser/Matthias Einwag/Martin Heineck

# Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung

Ausgestaltung des preispolitischen Konzepts für 2009

**Der Autorenbeitrag entwickelt – unter Wahrung eines klaren Katalogs von Zielkriterien – auf Basis einer gründlichen wissenschaftlichen Analyse der in der gegenwärtigen Situation relevanten Rahmenbedingungen ein preispolitisches Konzept für den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung. Er gibt die persönliche Auffassung der Autoren wieder. Die Langfassung des Konzepts ist unter dem Titel „Konzept 09: Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung“ beim W. Kohlhammer Verlag veröffentlicht. Die Ausführungen sind weder als offizielles BWKG- noch DKG-Konzept zu bezeichnen. In der DKG werden die Diskussionen über die Ausgestaltung eines preispolitischen Konzeptes der Krankenhausfinanzierung nach 2009 auf der Grundlage der bereits verabschiedeten Positionen zum ordnungspolitischen Rahmen zurzeit in einer eigens eingerichteten Arbeitsgruppe konkretisiert.**

Mit der im Jahr 2009 endenden Konvergenzphase wird die Einführung einer Krankenhausvergütung auf der Basis eines diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (DRG-System) mit landesweit einheitlichen Krankenhausentgelten endgültig abgeschlossen sein. Der politische Leitsatz „gleicher Preis für gleiche Leistungen innerhalb eines Versorgungsgebietes“ ist dann vollständig umgesetzt. Obwohl der Wille des Gesetzgebers, am DRG-System auch zukünftig festzuhalten, klar erkennbar ist, wurde bislang keine abschließende Regelung darüber getroffen, in welcher Art und Weise und unter welchen Rahmenbedingungen die Krankenhausvergütung nach dem Jahr 2009 weitergeführt werden soll.

## ■ Methodisches Vorgehen

Die vorgelegte Analyse ist ein Beitrag zur anstehenden Diskussion über eine Konkretisierung der zukünftigen Ausgestaltung der Krankenhausvergütung sowie der damit verbundenen Weiterentwicklung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen. Das entworfene Konzept basiert auf einer systematischen Aufarbeitung der zugrunde liegenden Thematik. Diese erfolgt in 2 Schritten: Zunächst werden die auf die DRG-Klassifikation aufbauenden alternativen Preissysteme – das bestehende Festpreissystem und ein Modell freier Preise sowie Varianten in Form von Mindest-, Höchst- und Richtpreisen – untersucht. Da diese Betrachtung unter Annahme unveränderter Rahmenbedingungen erfolgt, schließt sich daran eine Analyse des ordnungspolitischen Rahmens an, der insbesondere die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung, die Krankenhaus-

planung, das Kollektivvertragsprinzip sowie die Integrierte Versorgung, die Qualitätssicherung und die Krankenhausförderung umfasst. Als Bewertungs- und Vergleichsmaßstäbe der diskutierten Alternativen werden ihre Wirkungen auf die Effektivität, die in dieser Studie auf die Leistungsfähigkeit, Versorgungssicherheit und Beitragsstabilität abgestellt, die Effizienz einschließlich der wettbewerblichen Ausrichtung sowie die Transparenz und die Handhabbarkeit des Gesamtsystems herangezogen.

## ■ Festpreismodell als überlegene Option

Im Ergebnis der ökonomischen Analyse setzt sich das Festpreismodell klar durch. Das Kollektivvertragsprinzip und der Kontrahierungszwang bleiben bestehen, die ausführlich geprüfte Alternative so genannter Einkaufsmodelle wird damit verworfen. Hierzu trägt insbesondere bei, dass die in Einkaufsmodellen zu beobachtenden sinkenden Preise weniger Zeichen eines funktionierenden Wettbewerbs als vielmehr Ergebnis ungleich verteilter Marktmacht sind. Diese gefährdet im Ergebnis insbesondere die Versorgungssicherheit sowie die Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems und führt zur Verknappung der Leistungen. Ergänzend zum Festpreismodell sind einige Nebenbedingungen anzupassen. Hierzu gehört eine zur kapazitätsorientierten Rahmenplanung weiterzuentwickelnde Krankenhausplanung.

Die Detailregelungen (siehe Abbildung 1) sehen innerhalb des DRG-Systems einen auf Landesebene zu vereinbarenden Basisfallwert vor, der zugleich als Steuerungsinstrument zur Einhaltung der politisch vorgegebenen Ausgabenziele dienen kann. Auf krankenhausesübergreifende Mengenentwicklungen wird durch Berücksichtigung der variablen Kosten bei der Vereinbarung des Basisfallwerts reagiert.

Auf der Ebene des Krankenhauses wird eine schiedsstellenfähige Mengenvereinbarung getroffen. Davon abweichende, ungeplante Mengenentwicklungen werden über Ausgleichsregelungen nur anteilig vergütet. Vorgeschlagen wird dabei eine Systematik progressiver Berücksichtigung von Mengenveränderungen, die bei mehrjährigen Entwicklungstrends automatisch in eine Bewertung der Mengenveränderung zum Festpreis führt. Die Qualitätssicherung verliert im Festpreissystem ihren Kontrollcharakter und dient in einer Kombination aus Routineinformationen und spezieller Dokumentation dazu, die Leistung des Krankenhauses und deren Qualität transparent zu machen.

Im vorgeschlagenen Modell wird der Integrierten Versorgung ein hoher Stellenwert beigemessen. Dieser wird durch die Setzung von speziellen Vergütungsanreizen unterstri-

Abbildung 1: Übersicht über das preispolitische Konzept



chen, wobei der maximale Erlös nur im Rahmen einer integrierten Leistungserbringung zu erreichen ist.

Schließlich soll die bisherige Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer insgesamt in ein fallbezogenes Investitionsentgelt überführt werden, für welches das Krankenhaus keinen Verwendungsnachweis führen muss. Damit erreicht das Krankenhaus nahezu die Dispositionsfreiheit einer monistischen Investitionskostenfinanzierung, ohne dass das fördernde Land völlig auf sein Steuerungsinstrument verzichten muss.

### ■ Schwächen der alternativen Ansätze

Das vorgeschlagene Festpreissystem basiert auf der systematischen Abwägung der unterschiedlichen Wirkungen alternativer Preissysteme. Es wird dem durch die Bewertungskriterien vorgegebenen Zielkatalog im größtmöglichen Umfang gerecht. Obgleich die anderen Preissysteme im Bereich der Beitragssatzstabilität durchaus ansehnliche Resultate erzielen können, sind sie in den Bereichen, bei denen die Patientenversorgung im Mittelpunkt steht (Versorgungssicherheit, Leistungsfähigkeit und Effizienz) mit zum Teil deutlich ungünstigen Effekten verbunden. Die Hauptursache liegt hierbei in den durch die Preisverhandlungs- oder Preiswettbewerbsprozesse verminderten Anreizen zur Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Krankenhausbehandlungen sowie den Tendenzen, durch sinkende Krankenhausvergütungen die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und damit letztlich die Versorgungssicherheit insgesamt zu schwächen. Für alle Preissysteme, die zu einer Individualisierung der Preise auf Hausebene oder gar auf Fallebene führen, sind erhebliche Transparenzverluste und durch die Notwendigkeit einer Vielzahl von Einzelverhandlungen eine schlechte Handhabbarkeit festzustellen. Durch

zunehmendes Oligopolverhalten der Kostenträger entsteht dabei die Gefahr eines „Guts-herrenmarktes“.

### ■ Daseinsvorsorge und kapazitätsorientierte Rahmenplanung

Die Entscheidung über ein Preissystem ist nur ein Teilaspekt des Krankenhausvergütungssystems. Mit einzubeziehen ist die konkrete Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens sowie dessen Auswirkungen auf die Anreizstrukturen. Ausgangspunkte der Überlegungen sind dabei die sich aus dem Grundgesetz ergebende staatliche Verantwortung zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung der Bürger mit Krankenhausleistungen sowie das Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip als Fundament der GKV. Das grundsätzliche Problem einer möglichen angebotsinduzierten Ausweitung der Leistungsmengen bei Fehlen einer geordneten Angebotsplanung sowie die letztlich nicht befreiend auf Dritte übertragbare staatliche Verantwortung aus der Daseinsvorsorge machen eine geordnete staatliche Krankenhausplanung notwendig. Eine Dezentralisierung der Planung sowie die

Weiterentwicklung der Krankenhausplanung hin zu einer Leistungsplanung sind zu kontrollaufwändig und hinsichtlich der Versorgungssicherheit negativ zu bewerten. Es ist daher eine konsequente Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zu einer regelmäßig aktualisierten kapazitätsorientierten Rahmenplanung mit ausgewiesenen Versorgungsgebieten anzustreben. Diese leistet durch die von ihr eingeräumten Freiräume und die damit verbundenen Möglichkeiten für die Organisation des Angebotes der Leistungserbringer, welches in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern auszugestalten ist, einen erheblichen Beitrag dazu, die Effizienz des Gesamtsystems zu verbessern, ohne dass negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit zu erwarten wären.

### ■ Patientensouveränität, Solidarität und fairer Wettbewerb

Das Kollektivvertragsprinzip und der Kontrahierungszwang sind wesentliche Elemente des ordnungspolitischen Rahmens zur Versorgung der Bürger mit Krankenhausleistungen. Sie garantieren eine ausgewogene Wettbewerbsordnung und verhindern ein einseitiges Ausnutzen von Marktmacht. Insbesondere in Verbindung mit der Krankenhausplanung leisten sie damit einen erheblichen Beitrag zur nachhaltigen Sicherstellung der Versorgung mit Krankenhausleistungen. Das Kollektivvertragsprinzip und der Kontrahierungszwang erfüllen jedoch darüber hinaus eine zentrale Rolle im Hinblick auf die solidarische Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und stellen durch die mit ihnen verbundene tatsächliche Wahlfreiheit der Patienten ein wichtiges Element der Patientensouveränität und damit die Grundlage des Qualitätswettbewerbs im Krankenhausbereich dar.



**Konzept 09:**  
**Ordnungs-**  
**politischer**  
**Rahmen der**  
**Krankenhaus-**  
**finanzierung,**  
 Siebig/Geiser/  
 Einwag/Heineck,  
 Reihe Kohlham-  
 mer Kranken-  
 haus, 100 Seiten,  
 Kart., 19,80 €,  
 ISBN 978-3-17-  
 019871-5



### ■ Privilegierung der Integrierten Versorgung

Eine Analyse des Krankenhausbereichs und des dort anzuwendenden Vergütungssystems muss einen Bezug zu den angrenzenden Sektoren und damit insbesondere dem Thema der Integrierten Versorgung herstellen. Die Starrheit der sektoralen Grenzen führt zu Ineffizienzen aufgrund von Doppeluntersuchungen und unkoordinierten Behandlungsabläufen und steht einer Verbesserung der Arbeitsteilung zwischen den Sektoren im Weg. Die bisherigen Bemühungen konnten die Probleme nicht lösen. Hauptgrund ist das Unvermögen, eine tatsächliche Öffnung der Sektorengrenzen (zum Beispiel die Möglichkeit für Vertragsärzte, im oder am Krankenhaus zu arbeiten sowie die Erbringung zusätzlicher ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser) und eine Angleichung der sektoralen Vergütungssysteme zu erreichen. Um den Leistungserbringern der verschiedenen Sektoren einen Anreiz zu geben, sich an einer sektorübergreifenden Versorgung zu beteiligen, sind die Vergütungen so zu gestalten, dass sie im Vergleich mit der Honorierung einer sich auf einen Sektor beschränkenden Versorgung höher ausfallen. Diese Spreizung der Vergütung bedarf einer direkten Steuerungsmöglichkeit, die im Festpreissystem in vollem Umfang gegeben ist.

### ■ Wettbewerb um Qualität

Sind Qualität und Preis die Wettbewerbsparameter, so besteht zwischen der anzusetzenden Qualität und dem zwischen Leistungserbringer und Kostenträger zu verhandelnden Preis ein gegenläufiger Zusammenhang. Damit nimmt im Preiswettbewerb der Spielraum des Krankenhauses ab, sich über eine bessere Qualität auf dem Markt zu profilieren. Die Qualitätssicherung erfüllt dann vornehmlich die Funktion, definierte Qualität sicherzustellen. Der Kontrollaspekt steht im Vordergrund, ohne dass die Transparenz bei der Qualität der Leistungen zunimmt. Spielt wie im Festpreissystem der Preiswettbewerb dagegen keine Rolle, führen die Krankenhäuser bei einheitlich definierten Leistungen und gegebenem Preis den Wettbewerb über die Qualität und haben deshalb eine hohe Motivation zur Sicherung

## Gemeinsam zum Erfolg

**Philips Medizin Systeme.** Innovative Maintenance Management-Konzepte von Philips bieten Ihnen die problemlose Erneuerung und Optimierung der Medizintechnik. Ohne Finanzengpässe wird Ihre Medizintechnik auf den aktuellen medizinischen Stand gebracht. Philips bietet mit einem innovativen Konzept und einer dynamischen Reinvestitionsplanung eine passende Lösung für Ihre Bedürfnisse an. Erstklassige medizinische Versorgung Ihrer Patienten sichert langfristig Ihren Erfolg. Wenn auch Sie diesen Triumph erleben möchten, wenden Sie sich an Philips. Das macht einfach Sinn.  
 Telefon 01805 767 222 (0,12 Euro/min).

[www.philips.de/medizin](http://www.philips.de/medizin)

**PHILIPS**  
 sense and simplicity

und Darstellung ihrer Qualität. Der systembedingte Aufwand für externe Qualitätssicherung als Kontrollmechanismus ist damit bei einem Festpreissystem am geringsten.

### ■ Anreizfunktion der Monistik

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht würde eine monistische Finanzierung aufgrund der einheitlichen Finanzierungsverantwortung für Planung und Betrieb zu einer Optimierung der Finanzierung der Krankenhäuser führen. Ein monistisches Finanzierungssystem hätte zudem den Vorteil der Vereinheitlichung der Vergütungssystematiken der einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems und könnte damit einen wichtigen Beitrag zum Abbau der Sektorengrenzen leisten. Eine Umstellung der Finanzierungssystematik setzt allerdings eine zuverlässige fiskale Handlungsfähigkeit voraus, die der Staat bisher vermissen lässt und die darauf beruht, dass sie mindestens das bisherige Mittelaufkommen sicherstellt. Hinzu kommt, dass die Länder in der Planungsverantwortung bleiben und bei der Verwendung der Mittel für das Krankenhaus die volle betriebswirtschaftliche Dispositionsfreiheit besteht. Können diese Prämissen nicht eingelöst werden, ist – wie in dieser Studie gezeigt – an einer dualen Finanzierung, ergänzt durch Anreizfunktionen der Monistik, festzuhalten.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Josef Siebig/Dr. Matthias Geiser/Matthias Einwag/  
Martin Heineck, c/o Baden-Württembergische  
Krankenhausgesellschaft, Birkenwaldstraße 151,  
70191 Stuttgart

## Ärztetagsbeschluss zum ordnungspolitischen Rahmen ab 2009

Im Hinblick auf die bereits begonnene und Ende 2007 in die entscheidende Phase eintretende Debatte um die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der stationären Versorgung ab dem Jahr 2009 hat der 110. Deutsche Ärztetag folgende Positionen mit dem Ziel der Wahrung ärztlicher Interessen in diesem umfassenden und vielschichtigen Neuordnungsprozess beschlossen:

1. Die Gewährleistung einer wohnort- und zeitnahen leistungsfähigen Krankenhausversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge muss weiterhin eine unverzichtbare öffentliche Aufgabe bleiben.
2. Hieraus folgernd muss die Verantwortung im Sinne des Sicherstellungsauftrages und der Gewährleistungsverpflichtung bei den Bundesländern verbleiben.
3. Die Verantwortung für die Krankenhausbehandlung liegt – entsprechend der verfassungsrechtlichen Festlegung – weiterhin bei den Bundesländern. Eine Beschleunigung und Entbürokratisierung der bisher häufig schwerfälligen Planungsprozesse ist allerdings unabdingbar.
4. Die in einigen Bundesländern bereits eingeleitete Neuausrichtung der Krankenhausplanung von der bislang betriebszentrierten Planung auf eine stärker leistungsbezogene Rahmenplanung mit der jeweiligen Möglichkeit der Anpassung

an landesspezifische Besonderheiten und Erfordernisse wird befürwortet. Hierfür ist jedoch die Einbeziehung der Ärztekammern in die jeweiligen Planungsprozesse als „unmittelbar Beteiligte“ mit Strukturverantwortung notwendig sowie die Gewährleistung einer adäquaten und regional angepassten medizinischen Versorgung vor Ort erforderlich.

5. Bei der derzeit völlig unzureichenden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer muss verstärkt das Augenmerk darauf gerichtet werden, wie sich festzustellende Ungerechtigkeiten der Einzelförderung vermeiden lassen. Die Ärzteschaft regt eine zeitnahe wissenschaftliche Untersuchung zu den finanziellen und den bürokratischen Konsequenzen der derzeitigen Systematik der Einzelförderung von Investitionen an. Unabhängig von der möglichen zukünftigen Ausrichtung der Investitionskostenfinanzierung auf ein monistisches System oder der Beibehaltung bzw. Modifizierung des dualen Systems bleibt jedoch bei beiden Formen das Grundproblem der deutlich zu geringen Mittelbereitstellung und des dadurch bedingten Investitionsstaus. Sowohl die bisherige duale als auch eine monistische Finanzierung sind nur dann eine tragende Grundlage, wenn sie mit den erforderlichen Finanzmitteln ausgestattet sind.

6. Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems mit dem Ziel der Transparenz, der Qualitätssicherung sowie der Steigerung des Wettbewerbs darf nicht zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges der gesetzlichen Krankenkassen mit den im Plan aufgenommenen Krankenhäusern führen.

7. Im Hinblick auf die weitere Ausgestaltung des G-DRG-Fallpauschalensystems nach Abschluss der Konvergenzphase wird eine zeitnahe Auswertung der bisherigen Erfahrungen seit Einführung des neuen Vergütungssystems empfohlen. Dies gilt insbesondere für die Frage der Ausrichtung auf ein Fest- oder Höchstpreissystem sowie auf einen möglicherweise bundesweiten Basisfallwert statt unterschiedlicher landesweiter Basisfallwerte.

8. Spätestens mit dem Ende der Konvergenzphase zum 1. Januar 2009 muss die Abschaffung der Grundlohndeckelung der Krankenhausbudgets erfolgen. Bei mehr oder weniger Leistungen müssen für die Krankenhäuser in einem leistungsorientierten Vergütungssystem auch volle Mehr- oder Mindererlöse möglich sein. Unabhängig davon müssen die Ergebnisse von Tarifabschlüssen unmittelbar in die Vergütungen der Krankenhäuser einfließen.

9. Die Neuausrichtung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009 darf nicht zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit führen. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung vor Ort darf angesichts des steigenden Bedarfs nicht gefährdet werden. Ebenso muss die Verantwortung der Krankenhäuser für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen gewahrt bleiben.

10. Die Neuausrichtung der Rahmenbedingungen für die weitere Ausgestaltung und Nutzung des G-DRG-Fallpau-

schalensystems darf nicht zu einer Gefährdung des einzigen sektorübergreifenden Vergütungssystems für ärztliche Leistungen führen. Die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bleibt ein unverzichtbares Vergütungsinstrument für die ärztlichen Wahlleistungen und damit für die Mitarbeiterbeteiligungen im Krankenhaus.

Der Deutsche Ärztetag appelliert an die politischen Entscheidungsträger in Bund und Ländern, diese Positionen und Vorschläge im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zu berücksichtigen, um die Voraussetzungen dafür zu schaffen, den Krankenhäusern und den in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzten bei der künftigen Krankenhausplanung und -finanzierung eine verlässliche Basis zu schaffen.

## Qualitätswettbewerb statt bürokratische Preisdrückerei

**Warum das AOK Modell „Elektiv wird selektiv“ zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ungeeignet ist**

V ielfach mit Erstaunen wurde registriert, dass das Team von Dr. Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn und Johannes Wolff auf dem diesjährigen DRG-Forum in Berlin den „Award der B. Braun Stiftung“ zum Thema „Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009“ gewonnen hat. Vorweg sei den Autoren

für den Erfolg eines gut durchformulierten Konzeptionspapiers gratuliert.<sup>1)</sup> Durch die erhöhte öffentliche Wirkung des Modells der Preisträger und den Zusammenhang mit der Diskussion um den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung, der ab 2009 überarbeitet werden soll, scheint es jedoch notwendig, die Würdigung mit einigen kritischen Bemerkungen zu versehen.

Man kann die Leitidee des Modells vereinfacht wie folgt beschreiben: Die vollstationären somatischen Krankenhausleistungen werden künftig (ab 2010) in elektive Leistungen und Notfallleistungen aufgetrennt. Für letztere bleibt es bei der Planung durch die Länder und der Finanzierung über einheitliche Landesbasisfallwerte. Für erstere werden vom gemeinsamen Bundesausschuss zentral für jede Kasse und jede „DRG-Leistung“ jährlich Volumina vorgegeben, die die Kassen dann innerhalb eines bestimmten Radius „ausschreiben“ dürfen, um Rabattpreise zu erzielen. Das Krankenhaus, das den einheitlichen Basisfallwert am weitesten unterbietet, erhält den Zuschlag. Erfolgt kein Gebot, bleibt es beim bisher praktizierten Vergütungssystem.

Die Leitidee mag als Therapieversuch zur Generierung von mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen und zwischen den Krankenhäusern auf den ersten Blick überzeugen. Bei näherem Hinsehen werden jedoch aus durchaus richtigen Diagnosen keine oder falsche Therapieversuche abgeleitet, die darüber hinaus im Gegensatz zu den In-

Effizienzsteigerung durch IQ von HSC.

# Ihr Weg zum modernen Krankenhausmanagement.



**IQ** DAS  
INTEGRATIVE  
QUALITÄTS-  
MANAGEMENT

**Fallpauschalen, Kostendruck, Wettbewerbsdruck, Prozessrisiken, ethische Verantwortung.** Wer heute ein Krankenhaus erfolgreich managen will, muss ständig neu nach idealen Lösungen suchen. Hier kann Ihnen das integrative Qualitätsmanagement IQ von HSC helfen, Schritt für Schritt das Leistungsspektrum Ihrer Klinik zu steigern. IQ steht für intelligent, integrativ, individuell und innovativ und bietet Hilfe beim Überleitungsmanagement und bei den gesundheitspolitischen Herausforderungen der Zukunft. Kostenneutral für Sie, Effizienz steigernd für Ihr Haus, positiv für Ihre Patienten. Und Kosten sparend für die Kassen.

**Vereinbaren Sie – am besten gleich – einen Termin mit uns. Investieren Sie eine Stunde und erfahren Sie, wie Sie sich mit IQ von HSC zukunftsorientiert im Gesundheitsmarkt behaupten.**

Home SUPPLY+Care Beteiligungs GmbH  
Kuehnstraße 75 D-22045 Hamburg  
Telefon 040 4 68 62-0 [www.hsc-online.de](http://www.hsc-online.de)

teressen der Versicherten und den Anforderungen an ein qualitativ hochwertiges Krankenhauswesen stehen.

So sind in den einleitenden Bemerkungen des Konzeptionspapiers zunächst 4 Diagnosen enthalten, die von der überwiegenden Zahl der Krankenhausesperten wahrscheinlich zumindest teilweise bejaht werden können, jedoch mit entgegengesetzten Konsequenzen.

**Diagnose 1:** „Ohne Selbstkostendeckungsprinzip ist der Krankenhausplan in puncto Sicherstellung weitgehend wirkungslos. Wenn aber die Krankenhausplanung die Sicherstellung der Versorgung nicht mehr garantiert, dann verliert sie ihre Legitimation.“

Anders ausgedrückt: die bestehende Finanzierung ist nicht mehr ausreichend, um die Versorgung der Patienten mit bedarfsgerechten Krankenhausleistungen aufrechtzuerhalten. Was ist daraus die Konsequenz? Wir schaffen die Krankenhausplanung ab und schreiben den größten Teil der Krankenhausleistungen aus. Wäre es nicht konsequenter, die Unterfinanzierung zu beenden, statt dem System durch Rabatte weitere Finanzmittel zu entziehen?

**Diagnose 2:** „Der Rückzug der Länder aus der stationären Versorgung lässt sich in kaum übersehbarer Deutlichkeit bei der Investitionsfinanzierung erkennen. ... Die Entwicklung des Finanzierungsanteils der Länder macht eine Neubewertung der gegenwärtigen Situation auch aus diesem Grund notwendig.“

Diese Neubewertung der unzureichenden Investitionsfinanzierung kann aber doch nicht mit einem weiteren Entzug finanzieller Mittel beantwortet werden. Damit nicht genug, geht das gesamte anschließend entwickelte Modell auf die zu niedrigen Investitionsquoten in deutschen Krankenhäusern und deren Folgen für die Qualität der Versorgung mit keiner Silbe ein. Ein Investitionskostenzuschlag auf die Rabattpreise würde nach der Philosophie der Autoren ja auch den Wettbewerb der Krankenkassen konterkarieren.

**Diagnose 3:** „Das bestehende Geflecht kollektivvertraglicher Regelungen, insbesondere das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Zwang, ein Krankenhausbudget einheitlich und gemeinsam zu verhandeln, erlaubt es der einzelnen Kasse nicht, im Wettbewerb eine günstigere Versorgung zu vereinbaren.“

Die Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Vergütungssystem erschwert es den Krankenkassen in der Tat, Optimierungen über die Sektorengrenzen hinweg durch entsprechende Vertragsgestaltungen einzuleiten oder zu flankieren. Der Wettbewerb wird jedoch weniger durch die kollektiv zu verhandelnden Krankenhausbudgets behindert, die im Übrigen bezüglich der Veränderungen von Mengen und der Ausgliederung von Leistungen (ab 2010 auch der Leistungen aus der integrierten Versorgung) heute schon flexibel sind. Vielmehr scheitern viele innovative Ansätze an der weiterhin zementierten Sektorengrenze und der Abschottung der Krankenhäuser gegenüber dem ambulanten Bereich.

Man fragt sich allerdings, warum sich die Krankenkassen über mangelnden Wettbewerb beklagen, obwohl sie in den letzten Jahren trotz bester Bedingungen (zum Beispiel „kostenlose“ Anschubfinanzierung) die Integrierte Versorgung als selektivvertragliches Element zum Einkauf einer „günstigeren Versorgung“ nicht ausgeschöpft haben. Warum wurden die selektivvertraglichen Regelungen zur Vereinbarung günstiger hochspezialisierter ambulanter Leistungen nicht genutzt?

Mit dem Unterbieten der Festpreise in der Krankenhausversorgung wird man keine „günstigere Versorgung“ einkaufen, sondern lediglich die Probleme der Unterfinanzierung verschärfen und damit die Versorgungsdefizite erhöhen (siehe Diagnose 1 und 2). Insofern bietet das AOK-Modell keine Lösung des fehlenden Wettbewerbs im Gesundheitssystem.

**Diagnose 4:** „Das bestehende inkonsistente Nebeneinander der Versorgungsformen (ambulant, teil- und vollstationär) ist Zeichen einer überfälligen Neuordnung.“

Auch hier kann man der Diagnose zustimmen. Die Autoren bleiben aber im Rahmen ihres Preisdrückermodells jede Antwort schuldig, wie diese „überfällige Neuordnung“ aussehen soll.

Die DKG hat im Gegensatz dazu klare Vorstellungen, und zwar mit der Neuordnung der belegärztlichen Versorgung, mit der Definition teilstationärer Leistungen und mit der überfälligen Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Das Krankenhaus soll angesichts einer perspektivisch abnehmenden Zahl von niedergelassenen Ärzten bei zunehmender Morbidität einer älter werdenden Wohnbevölkerung stärker als Gesundheitszentrum etabliert werden.

## ■ „Ausschreibung“ von Gesundheitsdienstleistungen setzt Produktbeschreibung voraus

Kernstück der „Therapie“ des AOK-Papiers ist die „Ausschreibung“, die bei genauerem Hinsehen diesen Namen nicht verdient.

Voraussetzung für eine Ausschreibung analog dem übrigen Wirtschaftsleben ist eine genaue Produktdefinition. Unterschiedliche Preise machen nur Sinn, wenn eine einheitliche Produktbeschreibung vorliegt. Bei Sachgütern (zum Beispiel Elektrogeräte, Einfamilienhaus, landwirtschaftliche Erzeugnisse) ist die Beschreibung noch relativ gut möglich. Bei Dienstleistungen wird es schon schwieriger. Die Produkte des Unternehmens Krankenhaus sind jedoch relativ komplexer Art. Selbst die „Hüft-Endoprothese“ oder der „Schlaganfall“ (wie im AOK-Papier als Beispiel verwendet) sind keine ausreichenden Produktbeschreibungen. Vielmehr gibt es je nach Patient sehr unterschiedliche Ausprägungen an die Erfordernisse dieser komplexen Dienstleistung.

Nimmt man zum Beispiel die DRG B70A, die auch das Wort „Apoplexie“ in der Überschrift trägt, stellt man fest, dass 8 Schweregrade existieren und ein Mix aus den 10 (!) häufigsten Hauptdiagnosen gerade 78,9 Prozent der Leistungen

beschreibt. Oder man schaut auf die „Hüft-Endoprothese“ in der DRG I03A, wo ebenfalls die 10 häufigsten Hauptdiagnosen lediglich 80,6 Prozent der Fälle umfassen und eine lange Liste von Prozeduren die Dienstleistungen beschreiben. Wie soll aus diesem komplexen Elaborat von medizinischen Leistungsbündeln eine marktfähige Produktdefinition abgeleitet werden?

Ferner wird der DRG-Katalog inklusive Kodierrichtlinien und zugrunde liegender Codes (OPS) jährlich fortgeschrieben, das heißt die Produktbeschreibungen und die unter dieser heterogenen Beschreibung zusammengefassten ökonomischen Bewertungen ändern sich in kurzen Abständen. Aus diesem Grund wurden die G-DRGs auch nicht leistungshomogen, sondern kostenhomogen definiert, das heißt man gruppiert die Patienten in zurzeit etwa 1 000 Gruppen, deren Behandlung etwa den gleichen Aufwand verursacht.

Man kann die G-DRGs also nicht als Produkte behandeln, weil sie keine einheitliche Leistung darstellen. Deshalb fehlt dem Modell der AOK auch die notwendige Produktbeschreibung für eine „Ausschreibung“. Die Autoren flüchten sich in eine relativ unklare Beschreibung so genannter elektiver Leistungen, die nur ein paar Zeilen auf immerhin 26 Seiten einnimmt. Es fehlt ihnen aber auch die Begründung für abweichende Preise, denn wenn das InEK jährlich die G-DRGs gerade unter dem Gesichtspunkt der Kostenhomogenität kalkuliert, gibt es keinen Spielraum für unterschiedliche Preise auf Krankensebene, sondern allenfalls auf Landesebene (wegen zum Beispiel unterschiedlicher Lohnniveaus).

Ein weiteres Wesensmerkmal einer Ausschreibung ist, dass sie das aufgrund einer einheitlichen Leistungsbeschreibung definierte Produkt ohne Preisangabe ausschreibt. Der günstigste Anbieter bekommt dann den Zuschlag. Nimmt man den Landesbasisfallwert als bisherigen Einheitspreis, könnte im Sinne der Ausschreibung je Produkt (DRG) nach oben und unten davon abgewichen werden. Dieser Mechanismus wird im AOK-Modell aber nicht angewendet. Der bisherige Preis kann nur unterboten werden. Es wird nicht der günstigste Anbieter ausgesucht, sondern alle Anbieter, die unter diesem Preis bleiben.

Damit wird auch das bisherige DRG-System durchbrochen. Bisher lag (aus gutem Grund) die Definition und Kalkulation der Bewertungsrelationen zueinander allein beim InEK. Künftig würden diese Bewertungen nun flächendeckend durchlöchern. Damit würden auch die Bewertungen des InEK und die Grundsystematik in Frage gestellt, ohne dass erläutert wird, worin die Kritik am bestehenden System besteht.

Es bleibt auch völlig schleierhaft, wie die Leistungsmengen über mehrere Anbieter verteilt werden sollen, zumal diese Mengen auch noch in Notfallmengen und elektive Mengen aufzuteilen sind. Wahrscheinlich erfolgt das dann nach „Gutsherrenart“, mit der Folge, dass man gute persönliche Beziehungen zum Regionaldirektor der örtlichen AOK haben muss, um den Zuschlag für die Menge X zu bekommen. Hier liegt auch eine zentrale Korruptionsgefahr des AOK-Modells.

Wie reagiert die AOK, wenn die Patienten nicht in die Krankenhäuser wollen, die von ihr vorgegeben werden? Wechseln dann alle betroffenen Patienten die Kasse und die AOK freut sich, weil sie endlich keine schlechten Risiken mehr versichert? Wie verhält es sich mit den einweisenden Ärzten? Lassen sie sich von der AOK vorschreiben, in welches Krankenhaus sie zukünftig einweisen werden, auch wenn sie die DRG noch gar nicht kennen, nach denen der Patient abgerechnet wird?

Zum Vergleich für funktionierende Preisdrückerei wird im AOK-Papier auf die Rabattverträge im Arzneimittelbereich und die ambulante fachärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V verwiesen. Bei den Arzneimitteln ist die Produktbeschreibung kein großes Problem (allenfalls der Beipackzettel). Insofern lassen sich mit Marktmacht hier die Preise drücken. Bei den ambulanten Fachärzten wird man noch sehen, inwieweit sie sich auf pure Preisdrückerei einlassen. Zweifel sind da angebracht, wenn man an die letzten Ärzteproteste denkt. Es wird wohl eher eine höhere Vergütung erwartet als eine „günstigere Versorgung“.

Das AOK-Modell ist aus wettbewerbsrechtlichen Gründen für die AOK selbst von eher zweifelhaftem Wert. Die AOK hat bei der Nachfrage nach elektiven Leistungen gegenüber den Krankenhäusern eine marktbeherrschende Stellung, die in dem AOK-Modell missbräuchlich angewandt würde. Der § 69 SGB V in der Fassung des GKV-WSG lässt dies nicht zu. So gibt es zumindest einen guten Grund, warum das GKV-WSG „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ heißt, weil es nämlich verhindert, dass große Kassen mit ihrer Marktmacht die Krankenhäuser gegenseitig ausspielen können.

Schließlich bleibt noch das Problem, wie man zur Menge kommt, die für die Rabattgewährung eingesetzt werden soll. Hier schlagen die Autoren vor, dass der gemeinsame Bundesausschuss Vorgaben für die Einkaufsvolumina von der Bundesebene machen soll. Schöner Ausweg! Da soll dann ein für ganz andere Fragen zuständiges Gremium für 255 Krankenkassen, über 15 Altersgruppen und 1 000 DRGs jährlich festlegen, wie viele Versicherte in welchem Radius versorgt werden sollen.

Dagegen waren die Lenker der Planwirtschaften in den so genannten sozialistischen Volksrepubliken eher blutige Anfänger. Ganz zu schweigen von den heutigen Planungsbehörden der Länder. Man fragt sich, woher die Autoren das Vertrauen in derart bürokratische Zentralismen nehmen.

Das Modell der AOK ersetzt nicht die Prozesse in der Krankenhausplanung, es löst nicht das Problem der unzureichenden Krankenhausinvestitionen, und es ist als Instrument zur Mengensteuerung völlig ungeeignet.

Im Übrigen schränkt es die freie Arztwahl ein und gefährdet durch die inhärente Verschärfung der Unterfinanzierung der deutschen Krankenhäuser die Qualitätsstandards. Stattdessen wird eine zentral gelenkte Verwaltungsbürokratie in Gang gesetzt, die geeignet ist, die vermuteten Ersparnisse der Preisdrückerei wieder zu kompensieren.

Die DKG<sup>2)</sup> setzt insofern aus gutem Grund auf feste Preise, von denen aus ein Qualitätswettbewerb um die beste Versorgung der Patienten geführt werden kann. Dieses ist nicht nur im Interesse der Patienten, sondern auch zum Vorteil der Krankenkassen, die damit ein höheres und dauerhafteres Gesundheitsniveau für ihre Versicherten erreichen können.

## Anmerkungen

- 1) Dr. Wulf-Dietrich Leber, Jürgen Malzahn, Johannes Wolf (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO): Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen, Bonn, 12. März 2007
- 2) Nachzulesen in: Deutsche Krankenhausgesellschaft: Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009, Berlin, Januar 2007

Anschrift des Verfassers:

Diplom-Volkswirt Uwe Zimmer, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, Anne-Conway-Straße 10, 28359 Bremen ■

## 1,3 Mrd. € Nettovermögen der Krankenkassen macht Sanierungsabgabe hinfällig

Vor dem Hintergrund der Flut von Werbe- und Marketingmaßnahmen der Krankenkassen erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum:

„Mit der ‚Sanierungsabgabe‘ bezahlen die Kliniken letztlich die Werbemaschinerie der Krankenkassen – das muss gestoppt werden. Der anhaltende Höhenflug der deutschen Wirtschaft spült allein in diesem Jahr 20 Mrd. € – im nächsten Jahr sogar 40 Mrd. € – mehr in die öffentlichen Haushalte als zum Zeitpunkt der Berechnungen zur Gesundheitsreform 2006 erwartet. Gleichzeitig profitieren alle Zweige der Sozialversicherung von diesem Aufschwung: Allein die Bundesagentur für Arbeit verbucht in diesem Jahr 5,6 Mrd. € zusätzlich.“

Die Krankenkassen stehen unterdessen – anders als von der Koalition zuvor unterstellt – finanziell bestens da. Die GKV schloss das Jahr 2006 mit einem Überschuss von 1,73 Mrd. € ab. Zudem profitieren sie von dem rapiden Anstieg an sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Bereits im ersten Quartal 2007 konnte die GKV über 600 000 neue Mitglieder verzeichnen. Drei Viertel aller Kassen waren ohnehin bereits Ende 2006 schuldenfrei. Bezieht man die restlichen Schulden von einem Viertel der Kassen mit ein, sitzen die Krankenkassen zurzeit auf einem Vermögen von 1,3 Mrd. €. Sanierungsbedürftige Unternehmen sehen anders aus. Es grenzt an Ironie, dass nun dennoch kranke Krankenhäuser gesunde Krankenkassen durch eine Zwangsabgabe von jährlich 380 Mio. € ‚sanieren‘ sollen.

Mehr als 250 Mio. € geben die Krankenkassen jährlich allein für Werbe- und Aufklärungsmaßnahmen aus. Es kann nicht angehen, dass die Kliniken mit dem ‚Sanierungsbeitrag‘ die Finanziere teurer TV-Spots sind, in denen die Kassen für ihre Wahltarife werben.

Wenn Annahmen, die seinerzeit zum Beschluss über den ‚Sanierungsbeitrag‘ geführt haben, nicht zutreffen, muss

nachkorrigiert werden. Die DKG appelliert an die Koalitionsparteien, die ‚Sanierungsabgabe‘ zurückzunehmen, ehe sie am 1. Juli 2007 mit einem gigantischen Bürokratieaufwand für die erste Jahreshälfte nacherhoben wird.“

## Kliniken starten Qualitätsoffensive – erstmals Behandlungsergebnisse vergleichbar

Anlässlich des jüngsten Beschlusses des G-BA zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte im Krankenhaus wies DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum darauf hin, dass mit der Neuauflage des Qualitätsberichtes ein neues Kapitel bei der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich beginne. „Erstmals werden jetzt Daten aus der externen Qualitätssicherung für jedes Krankenhaus offen gelegt. Dies erfolgt im Rahmen des Qualitätsberichtes, den jede der 2 139 Kliniken bis zum 31. Oktober 2007 veröffentlicht. Darin werden die Krankenhäuser künftig ihre Qualität bei einzelnen Behandlungen im Vergleich zu anderen Einrichtungen darstellen und maßgebliche Informationen für Patienten und einweisende Ärzte liefern. Dazu werden die Kliniken auf mehr als 200 Qualitätsindikatoren zugreifen und ihr Abschneiden im bundesweiten Vergleich darlegen. Grundlage sind die Daten, die alle Krankenhäuser an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) mit dem Ziel eines Vergleichs von Behandlungsergebnissen übermitteln.“

„Wir haben uns mit den Krankenkassen auf der Basis eines BQS-Gutachtens im G-BA darauf verständigt, dass 27 Qualitätsindikatoren für die Veröffentlichung verpflichtend sind (die Tabelle ist unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de) einsehbar). Es steht dem Krankenhaus darüber hinaus frei, weitere bewertete Indikatoren zu publizieren“, so Baum. Voraussetzung sei stets, dass der so genannte strukturierte Dialog des Krankenhauses mit der BQS abgeschlossen ist. Im Rahmen des strukturierten Dialogs sei es möglich, Auffälligkeiten der Klinik mit der BQS zu diskutieren oder Datenfehler zu erläutern, um Fehlinterpretationen zu vermeiden und Defizite für die Zukunft abzubauen.

Mit der Publikation der Berichte können nach Baums Aussage Patientinnen und Patienten nunmehr auf den Internetseiten der Krankenkassen, des G-BA oder der Kliniken erfahren, wie ihr örtliches Krankenhaus etwa bei Gallenblasenentfernung, Geburtshilfe, Herzschrittmacher-Implantationen, Hüft- und Knie-Endoprothesen (Erstimplantation), Koronarchirurgie oder Brustchirurgie im bundesweiten Vergleich dasteht. Gleichwohl sollten die Angaben sorgfältig mit dem einweisenden Arzt diskutiert und eingeordnet werden.

Die DKG sieht hier „einen bahnbrechenden Fortschritt in der Transparenz und Qualität der stationären Versorgung“. Dies sei ein wichtiger Baustein der Qualitätsoffensive der Krankenhäuser. Im vertragsärztlichen Bereich fänden Patienten solche Informationen leider noch nicht. Der Wettbewerb müsse im Wesentlichen um die beste Qualität – nicht um den niedrigsten Preis – erfolgen. „Die Kliniken stellen sich diesem Wettbewerb, der auch an Versorgungsschranken nicht aufgehoben werden darf. Das macht unser Gesundheitssystem im In- und Ausland zukunftsfähig“, so Baum abschließend. ■