

## 30. Deutscher Krankenhaustag in Düsseldorf

# „Zukunft gestalten“

**D**ie zentrale krankenhauspolitische Veranstaltung des diesjährigen Krankenhaustages war dem Thema „Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die stationäre Krankenhausversorgung ab 2009“ gewidmet. Wenige Tage vor der Entscheidung der AOLG zum gleichen Problemkreis (siehe Seite 1256 in diesem Heft) diskutierten BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, die Vorsitzende des Spitzenverbandes der Krankenkassen, Dr. Doris Pfeiffer, Staatssekretärin Melanie Huml vom bayerischen Sozialministerium, Staatssekretär Dr. Hermann Schulte-Sasse, Bremen, und DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters über die kommenden Weichenstellungen für die Krankenhausversorgung in Deutschland.

Staatssekretär Dr. Schröder sieht sein Ministerium wegen der gesetzgeberischen Notwendigkeiten im Anschluss an die Konvergenzphase des DRG-Systems in die Pflicht genommen. Es gelte, den bereits jetzt erkennbaren Erfolg des neuen Entgeltsystems zu festigen. Hinsichtlich der Komplexität des Fallpauschalensystems sei mit den zuletzt erfolgten Änderungen das Ende der Entwicklung „fast erreicht“.

Preissystems ggf. als Höchst- oder Richtpreissystem an, ohne seitens des Gesundheitsministeriums ein abschließendes Konzept zu präsentieren.

### ■ Verschärfter Wettbewerb der Krankenkassen

Dr. Pfeiffer bekannte freimütig, dass die gesetzlichen Krankenkassen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine gefestigte Position zur Frage der Krankenhausfinanzierung ab 2009 vorweisen können. Zu sehr sind die Krankenkassen offenbar noch mit dem Aufbau des neuen „Spitzenverbandes Bund“ beschäftigt, als dass sie die teilweise erkennbaren Unterschiede in den Auffassungen der verschiedenen Kassenarten zum künftigen Ordnungsrahmen der Krankenhausfinanzierung in den Vordergrund rücken könnten. Beherrschendes Thema bei den kasseninternen Überlegungen ist, wenn man Dr. Pfeiffers Worten folgen darf, der sich anbahnende verschärfte Wettbewerb der Krankenkassen untereinander nach der Gründung des Gesundheitsfonds. Den von der Politik auferlegten verschärften Konkurrenzkampf bis hin zur Frage der Insolvenz werden die Krankenkassen nach Dr. Pfeiffers Ankündigung an die Leistungser-



Pfeiffer



Schröder



Huml

Zu den bekannt gewordenen Überlegungen seines Ministeriums in Richtung eines wachsenden Vertragswettbewerbs sagte Schröder einschränkend, die Wahlmöglichkeiten für die Patienten sollten auf jeden Fall erhalten bleiben. Auch werde es nach dem Willen des Gesundheitsministeriums in der Krankenhausversorgung keinen Wettbewerb um Dumpingpreise geben. Die monistische Finanzierung sieht Schröder als den richtigen Weg an, „jedoch nicht zu Lasten der Beitragszahler“. Die ständig zurückgehende Investitionsquote müsse berechenbaren Größenordnungen weichen. Schröder hält es für „legitim“, über einen bundesweiten Basisfallwert zu diskutieren, wie es der Antrag des Landes Schleswig-Holstein intendiere. Ebenfalls müsse offen über die auf der Länderebene unterschiedlichen Ansätze zur Krankenhausplanung gesprochen werden, wobei das BMG eine Tendenz zur Rahmenplanung unterstütze. Als zentrale Fragen sprach der Staatssekretär die schrittweise Abschaffung der Budgetierung und die Ausgestaltung des

bringer weitergeben. „Der Kostendruck wird steigen“, so Pfeiffer. Alle Krankenkassen würden nach Möglichkeiten individueller vertraglicher Gestaltung suchen, ein „Höchstpreissystem“ in der Krankenhausfinanzierung käme demnach den Krankenkassen gelegen. Die Befürwortung eines monistischen Finanzierungssystems stehe auch bei den Krankenkassen unter dem Vorbehalt der Klärung, woher die zusätzlichen Gelder kommen sollen. Einer „schleichenden Monistik“ wie sie sich derzeit im Krankensektor abzeichne, müssten Grenzen gesetzt werden.

### ■ Absage an Zentralisierungsbestrebungen

Staatssekretärin Huml bekräftigte in Vertretung von Ministerin Christa Stewens, dass die monistische Krankenhausfinanzierung aus bayerischer Sicht derzeit keine überzeugende Alternative zum dualen System darstelle. Es bleibe die ureigenste Aufgabe der Länder, eine ausreichende Krankenhausversorgung sicherzustellen, was ohne das Ins-

trument der Investitionskostenförderung kaum erfüllt werden könne. Bayern werde den „Zentralisierungsbestrebungen des Bundes“ in Fragen der Krankenhausversorgung entgegenwirken. Die Länder müssten hier nach dem Subsidiaritätsprinzip zuständig bleiben, um auch auf die regionalen Besonderheiten vor Ort eingehen zu können. Die monistische Förderung über Pauschalen wäre nach den Worten Humls eine „Investitionskostenförderung nach dem Gießkannenprinzip“ und käme erheblich teurer als die staatliche Förderung. In der künstlichen Trennung zwischen der Notfallversorgung und „planbaren“ Leistungen sieht Huml Gefahren für eine ausreichende Patientenversorgung und eine Beeinträchtigung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Der Verwaltungsaufwand, den das Fallpauschalensystem verursacht, hat nach Humls Worten bereits die „Grenze des Zumutbaren erreicht“. Jede Neuregelung müsse „in Richtung Deregulierung“ gehen. Bei allen Reformbemühungen dürfe das Ziel einer möglichst guten Versorgung der Bürger nicht aus den Augen verloren werden. Maßnahmen für eine Ausgabenstabilisierung der GKV müssten zu qualitativ hochwertigen Versorgungsstrukturen führen, deren Leistungsfähigkeit dem aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts entspreche. „Wir müssen auch künftig eine gute Patientenversorgung in der Fläche gewährleisten“, so die Staatssekretärin. Wartezeiten wegen fehlender Kapazitäten dürfe es nicht geben.

der Gefahr der Risikoselektion verbunden, wie sie im amerikanischen Krankenhaussystem beobachtet werde. In der Frage der Investitionsfinanzierung plädiert er für eine pragmatische Herangehensweise unter Beachtung regionaler Unterschiede. Der Übergang zu einem monistischen Finanzierungssystem sei eines der zentralen ordnungspolitischen Probleme der kommenden Jahre und noch längst nicht gelöst.

### ■ Keine „Katastrophenfolklore“

Für nicht gelöst hält Dr. Kösters mit Blick auf die deutsche Krankenhauslandschaft die Herausforderung des kommenden Jahres. Ungedeckte Kostensteigerungen in der Größenordnung von über 12 Mio. € für einzelne Krankenhausunternehmen innerhalb von 2 Jahren, wie Dr. Kösters sie am konkreten Beispiel belegte, dürften von der Politik nicht als „Katastrophenfolklore“ abgetan werden. Andernfalls drohe die Gefahr, dass hoch leistungsfähige Kliniken in den Konkurs getrieben würden. Die gegenwärtige Situation vieler deutscher Krankenhäuser zeige, dass die Grundlohnbindung auf Dauer kein geeignetes Steuerungsinstrument für die Finanzen des Gesundheitswesens darstelle. Hier müssten andere Maßstäbe gefunden werden, die zumindest einen Teil der unabwiesbaren Kostensteigerungen der Krankenhäuser mit berücksichtigen.

Die Krankenhäuser in Deutschland arbeiten nach Kösters Darstellung auch im internationalen Vergleich immer effizienter.



### ■ Kein Preiswettbewerb in der Fläche

Dr. Schulte-Sasse sieht nach seinen Erfahrungen in verschiedenen Bundesländern, zuletzt in Bayern und in Berlin, aus seiner jetzigen Bremer Sicht als verantwortlicher Staatssekretär noch keine letzten Antworten für die elementaren Fragen der künftigen Krankenhausfinanzierung. Schulte-Sasse äußerte Verständnis für den Wunsch einzelner Krankenkassen nach vertraglichen Einwirkungsmöglichkeiten. Die zurzeit noch eher als vage zu bezeichnenden Lösungsansätze sieht er allerdings differenziert nach Versorgungsregionen. So könne er sich einen Preiswettbewerb um Krankenhausleistungen in der Fläche nicht vorstellen, dafür jedoch eine verstärkte Leistungsabsprache zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, zum Beispiel in den Stadtstaaten. Die Qualität der Leistungserstellung werde auf jeden Fall die zentrale Rolle spielen. Der Öffentlichkeit und den Einweisern müsse eine faire Transparenz geboten werden. Ein Höchstpreissystem sieht Schulte-Sasse mit

enter. Insbesondere beim wirtschaftlichen Einsatz des Krankenhauspersonals nehmen die deutschen Kliniken einen Spitzenplatz ein. Der DKG-Präsident zeigte anhand von Vergleichszahlen, dass in Deutschland 10,8 Krankenhausmitarbeiter je 1 000 Einwohner die stationäre Versorgung sichern. Andere Gesundheitssysteme wie Österreich (15,3), Irland (14,9) und Italien (12,3) liegen beim Personaleinsatz weit darüber – den höchsten Personaleinsatz verzeichnen die USA (16,1). Bereits heute weisen nach Kösters Darstellung die deutschen Krankenhäuser im internationalen Vergleich äußerst günstige Werte auf, so unter anderem bei den Fallkosten und bei der Personalproduktivität.

Nach Feststellung des DKG-Präsidenten ist in den deutschen Krankenhäusern gegenwärtig ein intensiver Qualitäts- und Leistungswettbewerb zu verzeichnen. Auch sei bundesweit ein Wettbewerb „um die beste Trägerschaft“ entbrannt, der zu immer effektiveren Trägerstrukturen füh-



Fotos: Agentur Blüschön



**Der 30. Deutsche Krankenhaustag verzeichnete 1800 Teilnehmer. Mit Blick auf das Jahr 2008 gab sich die Gesellschaft Deutscher Krankenhaustag zuversichtlich. Der 31. Deutsche Krankenhaustag wird vom 19. bis 22. November 2008 zum 10. Mal in Düsseldorf im Rahmen der Medica stattfinden.**

re. Die Absicht mancher Politiker und Krankenkassenvertreter, dem Krankenhausssystem obendrein noch einen Preiswettbewerb zu oktroyieren, werde die deutschen Krankenhäuser „ins europäische Abseits“ führen.

Einkaufsmodelle, wie sie aus den Reihen der Krankenkassen gefordert werden, führen nach Dr. Kösters Darstellung zu keinen fairen Wettbewerbsbedingungen, sondern zu oligopolartigen Strukturen und einer wachsenden Marktmacht einzelner großer Kassen gegenüber den Leistungserbringern, aber auch zum Beispiel gegenüber kleineren Kassenarten. Der Preiswettbewerb ist nach Kösters Überzeugung nicht mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung zu vereinbaren, weil dabei die Qualität auf der Strecke bleibe. Der Grundsatz „gleiche Leistung, gleicher Preis“ sei unter den Bedingungen des DRG-Systems zwingend, wobei aufgrund der Kalkulation die DRG-Preise jedes Jahr einer strengen Prüfung unterzogen würden. Insofern hätten die Krankenkassen nach Kösters Überzeugung überhaupt keinen Grund, aus dem Preisgefüge des DRG-Systems auszuscheren. Mit Kösters muss man in der Tat die Frage stellen, welchen Sinn das DRG-System mit seiner sehr genauen Kalkulation sowie Leistungs-, Preis- und Qualitätstransparenz noch haben soll, wenn künftig davon beliebig Abstriche gemacht werden können.

Zentrale Forderung im Bereich der Krankenhausinvestitionen bleibt nach Feststellung des DKG-Präsidenten der Abbau des Investitionsstaus. Dies ist eine der von der DKG formulierten Voraussetzungen vor einem möglichen Übergang auf ein monistisches Finanzierungssystem. Außerdem müsse die Überleitung der bisherigen Investitionsgelder der Länder in das GKV-System gesichert sein. Als völlig ausgeschlossen wird die Idee betrachtet, die zusätzlich zu

kalkulierenden Investitionsanteile aus dem Gesundheitsfonds herauszuschneiden.

## Krankenhäuser zwischen Verdrängungswettbewerb und verstärkter Kooperation

Unter dem Motto „Krankenhausübernahmen – Grenzen des Wachstums“ wurde im Rahmen des Krankenhaustages eines der entscheidenden Themen der aktuellen Entwicklung im Krankenhaussektor diskutiert. Wenn von einem verstärkten Wettbewerb im Krankenhauswesen die Rede ist, wie es auf fast jeder Veranstaltung des Krankenhaustages festzustellen war, kann das Bundeskartellamt mit seinen Aktivitäten nicht weit sein. Während nach Aussage von Frank Heistermann, Vorsitzender der 3. Beschlussabteilung des Bundeskartellamtes, die Bundesbehörde bei Krankenhausübernahmen das Augenmerk primär auf die Unterbindung einer regionalen Clusterbildung legen will und diese Zielsetzung auch bereits im Fall der Rhön-Klinikum AG konsequent verfolgt hat, ist nach Überzeugung von Ullrich Eidenmüller vom Deutschen Städtetag gerade die regionale Vernetzung eine entscheidende Chance für leistungsfähige Krankenhausunternehmen, insbesondere für kommunale, aber nicht nur für diese. Dasselbe gilt, wie Prof. ter Haseborg bekräftigte, ebenfalls für die freigemeinnützigen Krankenhäuser, wenn auch die Situation in ländlichen und in städtischen Regionen unterschiedlich zu bewerten sei. Wichtig sind aus ter Haseborgs Hamburger Sicht der Abbau von Marktbeherrschung und die Gesamtbetrachtung des Gesundheitsmarktes unter Einschluss von IV, MVZ und Reha.

Zu Recht warf Wolfgang Pföhler, Vorstandsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, die Frage nach der Definition des Versorgungsmarktes angesichts der Konstruktion neuartiger

Verbünde auf der Basis von IT-Vernetzung, EDV und Telemedizin auf. Nach seinen Worten sind Formen der regionalen Kooperation und Fusion sowie eine „Kettenbildung“ notwendig, um die Vorgaben des Gesetzgebers nach einer Steigerung von Effizienz und Qualität erfüllen zu können. Nur so könne eine Zwei-Klassen-Medizin verhindert werden. Wenn die lokale Vernetzung der Versorgungseinrichtungen vom Kartellrecht verhindert werde, sind die Krankenhäuser nach Eidenmüllers Warnung mehr oder weniger der Macht des Nachfragemonopols der Krankenkassen ausgeliefert. Heistermann sagte zu, anstehende Kassenfusionen infolge des GKV-WSG (§ 69 SGB V) zu „prüfen“. Das ändert aber an dem Faktum nichts, dass bestimmte Kassenarten bereits heute regional und gegenüber dem einzelnen Krankenhaus mit einem Nachfrageanteil von 40 Prozent auftreten. Aus dieser Richtung wird denn auch am lautesten nach der Möglichkeit von Einzelverträgen und Preisabsprachen gerufen.

Nach der Überzeugung der meisten Krankenhausverantwortlichen sollen die wesentlichen Aspekte des Wettbewerbes Leistungsbereitschaft und Qualität bleiben. Dennoch sind auch die Stimmen nicht zu überhören, die unter Schlagworten wie „Abschaffung der Planwirtschaft“ einem Preiswettbewerb der Krankenhäuser untereinander das Wort reden. Hier kontrastieren grundlegende ordnungspolitische Auffassungen, die auch auf der Kassenseite nicht einheitlich geteilt werden. „Selektives Kontrahieren“ sowie die Trennung von Notfällen und „planbaren Behandlungen“ sind zum Beispiel nach Stefan Wöhrmann vom Verband der

Angestellten-Krankenkassen nur bedingt umsetzbar, wie er beim DKG-DRG-Forum darlegte.

### ■ „Grenzen des Wachstums“ hinsichtlich Krankenhausübernahmen?

Für Berthold Bisping von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer sind fortschreitende Kooperationen und Fusionen auch künftig eine Überlebensnotwendigkeit der Krankenhäuser, schon alleine wegen der wachsenden Marktmacht der Krankenkassen unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds. Dass die Marktmacht der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern massivere Formen annehmen wird, davon ist nach den Aussagen der Vorstandsvorsitzenden des Bundesspitzenverbandes der Krankenkassen, Dr. Doris Pfeiffer, die sie bei der Eröffnungsveranstaltung des Krankenhaustages machte, kein Zweifel. Die steigende Konkurrenz der Kassen untereinander nach der Realisierung des Gesundheitsfonds werde durch verschärften Kosten- und Effizienzdruck „auf die Leistungserbringer durchschlagen“. Die Krankenhäuser benötigen deshalb künftig noch mehr als heute die Kraft, sich eines wachsenden Drucks zu erwehren.

Folgt man der Aussage von ter Haseborg, so ist der quantitative Höhepunkt der „Privatisierungswelle“ überschritten; zu beobachten sei zurzeit ein „qualitatives Wachstum“ mit der Übernahme einer tendenziell größeren Verantwortung durch die „Privaten“. Auch die Tendenz zur Kooperation und zum Zusammenschluss bei den freigemeinnützigen



## Wir kennen Ihren Alltag

und wissen, wie Sie ein Klinikinformationssystem unterstützen kann. Profitieren Sie von unseren interdisziplinären Lösungen und von unserem Know-How im Gesundheitswesen.

Informieren Sie sich ausführlich unter [www.nexus-ag.de](http://www.nexus-ag.de) oder rufen Sie uns an, Telefon 07721 / 8482-0.

### Die Medizin im Fokus.

NEXUS AG, 78052 Villingen-Schwenningen, [www.nexus-ag.de](http://www.nexus-ag.de)



Fotos: Agentur Bildschön

**In der DKG-Informationsveranstaltung „Das G-DRG-System 2008“ unter Moderation von Hauptgeschäftsführer Georg Baum erläuterte InEK-Geschäftsführer Dr. Frank Heimig den rund 800 Teilnehmern die Neuerungen des Fallpauschalensystems für das Jahr 2008. Stefan Wöhrmann, Dr. Peter Steiner und Karl-Heinz Tuschen trugen Einschätzungen aus der Sicht der Krankenkassen, der DKG und des Bundesgesundheitsministeriums vor.**

Krankenhäusern werde weiter zunehmen. Für Paeger bleibt der deutsche Markt ein „interessanter Markt“. Pföhler sieht ein zunehmendes Durchdringen der Prinzipien der privaten Krankenhausträger im Gesundheitswesen. Eidenmüller beschreibt den kommunalen Krankenhausbereich als „lernendes System“ auf einem richtigen Weg; wie Pföhler zieht er die Trennlinie zwischen gut und schlecht geführten Krankenhäusern nicht an den Grenzen der Trägergruppen, sondern an der Realisierung einer wirtschaftlich erfolgreichen Unternehmensleitung. Verstärkte Kooperationen und Fusionen im regionalen und lokalen Bereich seien für kommunale Krankenhäuser überlebenswichtig, weil sie nicht wie private Ketten überregionale Fusionen herstellen könnten. Wer die kommunalen Krankenhäuser an lokalen Kooperationen und Übernahmen und damit an der Existenzsicherung hindere, befördere damit indirekt die Ausbreitung privater Ketten. Insofern müssten das Wettbewerbs- und das Sozialrecht abgestimmt und weitere Gespräche mit den Verantwortlichen geführt werden.

## Wo liegt die Zukunft der Zertifizierung?

Ist die Zertifizierung von Kliniken ein „wesentlicher Erfolgsfaktor“ oder lediglich schmückendes Marketingbeiwerk? Leistet der „Wildwuchs“ an unterschiedlichen Zertifizierungen – es sollen inzwischen 40 sein – einen wirksamen Bei-

trag zu mehr Qualität? Was garantieren Zertifizierungen? Wem helfen sie? Im ECCLESIA-Forum „Die Zukunft der Zertifizierung“ unter der Moderation von Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann machte Dr. Martin Walger, Geschäftsführer Personalwesen und Krankenhausorganisation der DKG, am 2. Kongresstag deutlich, dass die Klinikträger bei der Zertifizierung schon heute deutlich über das gesetzlich geforderte Maß hinausgehen. In nur 4 Jahren nach der Aufnahme des Routinebetriebes von KTQ® konnten 635 Zertifikate vergeben werden. 68 Krankenhäuser befinden sich noch in der „Warteschlange“, 78 Krankenhäuser sind bereits rezertifiziert, die ersten Zertifizierungen von Praxen und Rehabilitations- sowie Pflegeeinrichtungen sind zu verzeichnen. Dies belege die wachsende Bedeutung dieses Zertifizierungsverfahrens für modernes Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. „Die KTQ® hat kein Strohfeder entfacht, sondern wirkt nachhaltig“, so Walger weiter.

Dr. Werner Gerdemann, Vorstandsvorsitzender des VdAK/AEV, betonte, dass KTQ® ohne jegliche gesetzliche Vorgabe funktioniere. Patienten, einweisende Ärzte und Kostenträger nutzten die Informationen aus den KTQ-Berichten intensiv, wenn bei erforderlicher Behandlungsnotwendigkeit zu entscheiden sei, welcher Leistungserbringer in Anspruch

genommen werde. Gerdemann zeigte sich überzeugt davon, dass KTQ® einen wesentlich Anstoß zum kontinuierlichen internen Verbesserungsmanagement gegeben habe. Hierin liege der besondere Wert der Maßnahme. Auch nach Aussage von Prof. Selbmann war das Hauptziel von KTQ®, das Qualitätsmanagement in den Häusern voranzubringen.

proCum Cert-Geschäftsführer Clemens G. Gattinger brach eine Lanze für die ISO-Zertifizierungen. Auch hiermit sei einiges möglich, man müsse es nur wollen. Die Zertifizierungen sollten sich stärker auf die klinischen Kernprozesse fokussieren und den konkreten Nutzen für die Einrichtungen in den Vordergrund stellen. Visitoren und Auditoren müssten konsequent geschult werden. Die Zertifizierung sieht Gattinger als eine Stärkung der Selbstverpflichtung der Krankenhäuser gegenüber den Patienten.

Nach Überzeugung von Dr. Regina Klakow-Franck, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer, liegt die Zukunft von KTQ® in der Weiterentwicklung von der einrichtungsbezogenen zur übergreifenden, krankheitsbezogenen Betrachtungsweise. Es müsse eine Versorgungskette abgebildet werden, wofür die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte, der Reha-Einrichtungen und der Pfl-

geheime der richtige Weg sei. Patienten und niedergelassenen Ärzte wüssten allerdings zurzeit noch wenig über KTQ®, wie Umfragen belegten. Das „Qualitätsversprechen von KTQ®“ komme noch nicht richtig beim Adressaten an. Auch sollten die KTQ-Ergebnisse stärker evaluiert und die direkte Patientenorientierung noch verstärkt werden.

Prof. Selbmann warf die Frage nach einer europäischen Zertifizierung auf. Unbestritten sei, dass die Bedeutung von Qualitätsbeurteilungssystemen auf internationaler Ebene wächst und dass der Krankenhausbereich gut beraten sei, sich hiermit auseinanderzusetzen. Dänemark und Frankreich kennen bereits Pflichtzertifizierungen von Krankenhäusern, die DKG hält diesen Weg angesichts des Erfolges von KTQ® nicht für sinnvoll. Unter dem Tagungsvorsitz von Asger Hansen, Präsident des Wissenschaftlichen Beirats der Europäischen Vereinigung der Krankenhausedirektoren (EVKD), diskutierten beim Krankenhaustag Teilnehmer aus europäischen Nachbarländern über die Fehlerkultur, das Fehlermanagement und das Fehlerberichtssystem in Europa.

*DKG-Presses/Medica/Red.*

*Weitere Berichte zum Krankenhaustag in Heft 1/2008. ■*

Dr. Ulf M. Schneider

## „Wir hatten einen Autokanzler, jetzt brauchen wir eine Gesundheitskanzlerin“

**D**er Vorstandsvorsitzende der Fresenius SE, Dr. Ulf M. Schneider, legte bei der Eröffnung der Medica 2007 den Finger in die Wunde: Deutschland ist weltweit in der absoluten Spitzengruppe medizinisch-technischer Forschung und Industrie, das Gesundheitswesen ist ein boomender Markt mit enormen Wachstums- und Beschäftigungschancen. Zwar habe die Politik die entscheidende Rolle der Gesundheitsbranche und ihrer Innovationskraft anerkannt, nun müssten jedoch konkrete Schritte zur Stärkung der Unternehmen im Heimatmarkt Deutschland folgen. Nach dem „Autokanzler“ Schröder wünscht sich Schneider eine „Gesundheitskanzlerin“ Merkel.



Foto: Fresenius

Die Medizintechnik in Deutschland mit ca. 150 000 Mitarbeitern in über 11 000 Unternehmen ist ein wesentlicher Baustein der Zukunftsbranche Gesundheitswirtschaft. Diese erzielt alleine in Deutschland einen Umsatz von 240 Mrd. €, davon rund 150 Mrd. € im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich rede bewusst von Umsätzen und nicht von Ausgaben, denn die häufig vorherrschende Sicht

auf die Kosten und Ausgaben des Gesundheitswesens verstellt den Blick auf den Beitrag zu Beschäftigung und Wertschöpfung, den dieser Sektor in unserer Volkswirtschaft leistet. Mit rund 4,3 Mio. Beschäftigten ist die Gesundheitswirtschaft bereits heute einer der wichtigsten und größten Arbeitgeber in unserem Land. Jeder 9. Arbeitsplatz in Deutschland ist im Gesundheitswesen angesiedelt.

Innerhalb der Gesundheitswirtschaft kommt der Medizintechnik eine zentrale Bedeutung zu. Und zwar einerseits für die Versorgung der Patienten, andererseits aber auch für unsere Volkswirtschaft. Medizinprodukte retten Leben, helfen heilen und erhöhen die Lebensqualität der Menschen. Gute Medizin braucht hochwertige Medizinprodukte. Gleichzeitig ist die Medizintechnik ein bedeutender Wirtschaftsfaktor und Beschäftigungsmotor. Alleine bei Fresenius in Deutschland arbeiten rund 14 000 Mitarbeiter in diesem Bereich.

Die deutsche Medizintechnik spielt weltweit eine führende Rolle; Unternehmen und Produkte genießen eine hohe Reputa-

tation. Die Medizintechnik ist eine der wenigen Branchen, in denen die deutsche Industrie ganz vorne mitspielt: Deutschland liegt bei Patenten und beim Welthandelsanteil an 2. Stelle weltweit nach den USA. Der Gesamtumsatz der in Deutschland produzierenden Medizintechnikunternehmen wuchs 2006 um 8,1 Prozent auf 15,9 Mrd. €. Dies verdanken wir vor allem dem Export, der um 11,1 Prozent stieg. Mit einem Welthandelsanteil von rund 15 Prozent liegt die deutsche Medizintechnikindustrie auf Platz 2 hinter den USA mit rund 30 Prozent, aber deutlich vor Japan mit rund 6 Prozent.

Die Medizintechnik liegt auch auf Platz 2 der 10 stärksten Zukunftsbranchen in Deutschland. Das zeigt eine Studie der IW-Consult, einer Tochtergesellschaft des Instituts der deutschen Wirtschaft in Köln. Die Innovationskraft der deutschen und der europäischen Medizintechnik ist einzigartig: 11,4 Prozent aller Patentanmeldungen, also rund 14 700 Patente, die im letzten Jahr beim Europäischen Patentamt angemeldet wurden, kamen aus unserer Branche. Damit liegt die Medizintechnik bei den Patentanmeldungen auf Platz 1 noch vor der elektronischen Nachrichtentechnik mit rund 10 Prozent und der Informationstechnologie mit rund 6,7 Prozent.

Die Medizintechnik wächst weltweit: Medizintechnischer Fortschritt, demographische Entwicklung und die Erweiterung des Gesundheitsbegriffs tragen dazu bei, dass dies so bleiben wird. Weltweit wuchs der Umsatz im Bereich Medizinprodukte seit 2005 von rund 184 Mrd. € auf heute rund 200 Mrd. €. Das weltweite Wachstum betrug nach

Expertenschätzungen seit dem Jahr 2000 rund 6 Prozent pro Jahr, in Deutschland dagegen nur rund 4 Prozent pro Jahr. Eine Studie des Bundesforschungsministeriums geht von einem jährlichen Wachstum der Ausgaben für Medizinprodukte bis 2010 in den EU-Kernländern – ohne Deutschland gerechnet – um 5,4 Prozent und in den USA um 6,6 Prozent aus. In Deutschland wird hingegen nur ein Wachstum von jährlich 4,1 Prozent erwartet. Hierin liegt eine Gefahr für die deutschen Unternehmen.

### ■ Medizintechnikbranche in der Wahrnehmung der Politik

Die wirtschaftliche Bedeutung der Medizintechnikbranche ist in den letzten Jahren stärker ins Bewusstsein der Entscheider gerückt. Die meisten Parteien erwähnen die Medizintechnik sehr positiv in ihren Programmen. Auch die Gesundheitsministerin wies in der Vergangenheit regelmäßig auf die Innovationskraft der Branche hin – nun müssen konkrete Schritte zur Stärkung der Unternehmen im Heimatmarkt Deutschland folgen.

Das Bundeswirtschafts- und das Bundesforschungsministerium haben Studien zur Medizintechnik erstellen lassen und 2005 veröffentlicht. Ein „Aktionsplan Medizintechnologie“ ist Teil der von der Bundesregierung verabschiedeten „High-Tech-Strategie“ zur besseren Verzahnung von Forschung, Politik und Industrie und zur schnelleren Umsetzung von Forschungsergebnissen in Produkte. Im Rah-

## Die elektronische Verordnungsunterstützung



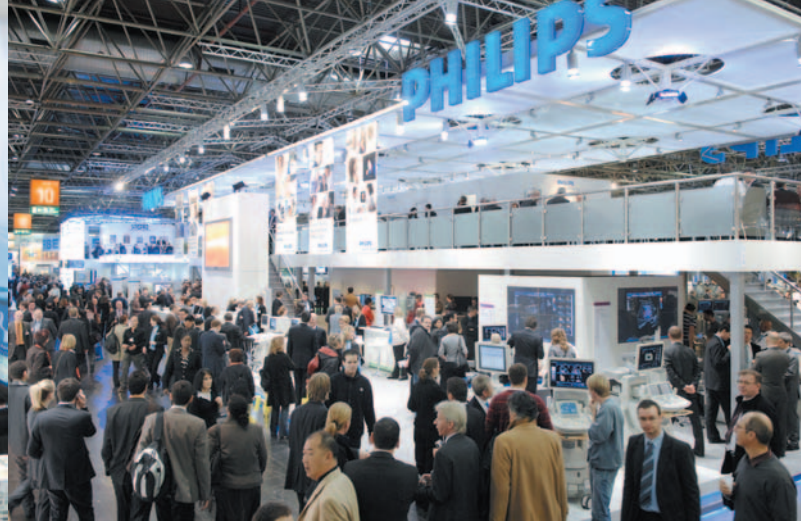
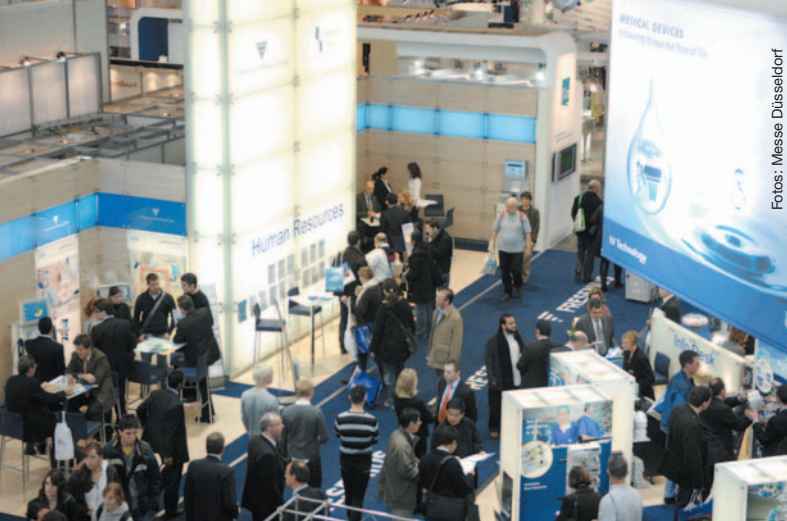
**einfach und schnell**  
**Arzneitherapie-Sicherheit für Sie**  
**und Ihre Patienten**

**RpDoc prüft Ihre Verordnung unter Berücksichtigung von:**

- ✓ Kontraindikationen und Allergien
- ✓ indikationsspezifischer Dosierung und Applikationsfrequenz
- ✓ Dosisanpassung nach Alter, Geschlecht, Nierenfunktion
- ✓ Anwendbarkeit in Schwangerschaft und Stillzeit
- ✓ klinisch relevanten Interaktionen (Dosis-Berücksichtigung)
- ✓ Nebenwirkungen
- ✓ kosteneffizienter Verordnung



**RpDoc**  
**Solutions** GmbH  
Halbergstr. 27-29  
66121 Saarbrücken  
Tel.: 0681-96815-0  
[www.rpdoc.de](http://www.rpdoc.de)



**Die Medica 2007 mit 4 300 Messeausstellern verzeichnete 137 000 Besucher aus gut 100 Ländern, davon 40 Prozent aus dem Ausland.**

men dieser Initiative will die Bundesregierung für den Bereich der Gesundheitsforschung und Medizintechnik nach eigenen Angaben in den Jahren 2006 bis 2009 insgesamt 800 Mio. € zur Verfügung stellen. Positiv ist festzuhalten, dass alle diese Studien und Initiativen dazu beitragen, dass die Medizintechnik nicht mehr einseitig unter dem Kostenaspekt diskutiert wird, sondern auch als Zukunftschance für die deutsche Wirtschaft erkannt wird.

Wir brauchen aber auch wirtschafts-, bildungs-, forschungs- und finanzpolitische Rahmenbedingungen, welche die Entstehung von „globalen Champions“, von starken und großen Unternehmen mit weltweiter Bedeutung, zulassen und fördern. Außerdem sind Rahmenbedingungen notwendig, welche Investoren, die in Deutschland tätig werden wollen, anlocken und nicht abschrecken. Regelungen der Unternehmenssteuerreform wie die eingeschränkte steuerliche Abzugsmöglichkeit von Zinsaufwendungen, die so genannte Zinsschranke, geben ein Signal in genau die falsche Richtung. Sie setzen Anreize zur Verlagerung von Kosten, wie etwa Forschungs- und Entwicklungsaufwendungen, ins Ausland. Dies schadet langfristig dem Forschungsstandort Deutschland.

### **Mehr Versorgungsforschung notwendig**

Die Medizintechnik ist einer der innovativsten Sektoren der Volkswirtschaft. Sie leistet einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur wirtschaftlichen Entwicklung in unseren modernen Gesellschaften. Die moderne Medizintechnik will sich den Herausforderungen evidenzbasierter Medizin stellen und ihre Innovationen an den Kriterien medizinische Wirksamkeit, Patientennutzen und Kosteneffizienz messen lassen. Dazu benötigen wir mehr Versorgungsforschung, mehr gesundheitsökonomische Analysen und adäquate Methoden zur Technologiebewertung.

Im Aktionsplan Medizintechnik der Bundesregierung steht wörtlich: „Angesichts des Kostendrucks im Gesundheitswesen müssen die gesundheitsökonomischen Aspekte medizintechnischer Innovationen stärker als bisher berücksichtigt werden.“ Diese Analyse ist richtig. Nutzen-Wirksamkeitseffekte und damit auch Einsparpotenziale durch innovative Medizintechnologien müssen deutlicher in den Vordergrund gestellt werden. Dabei gilt es, sektorübergreifend die gesellschaftlichen Gesamtkosten einer Therapie darzustellen, also nicht wie derzeit üblich, nur die Kosten

der gesetzlichen Krankenversicherung dem Nutzen des Verfahrens oder den Kosten alternativer Behandlungsformen gegenüberzustellen. Frühverrentung, längere Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit als Folge nicht genutzter Therapieoptionen müssen in diese Kosten-Nutzen-Betrachtungen eingehen.

Es geht auch darum, die Innovationsfähigkeit der deutschen Medizintechnikindustrie weiter zu steigern, indem die Innovationsfinanzierung verbessert wird:

- Statt Solidaropfer der deutschen Krankenhäuser wären Innovationsentgelte sinnvoll, die es den Krankenhäusern ermöglichen, offensiver neue Techniken anzuwenden. Derzeit werden nur rund 0,1 Prozent der Krankenhausausgaben zur Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden genutzt.
- Statt einer restriktiven Strategie in der Zulassung von Innovationen brauchen wir den politischen Willen, Innovationen zügig in das deutsche Gesundheitssystem einzuführen.

Zu prüfen wäre beispielsweise, ob eine Erprobung innovativer Medizintechnik im Heimatmarkt durch intelligente Pilotzulassungen unterstützt werden kann. Die Erfahrung zeigt, dass herausragende Innovationsleistungen in der Vergangenheit heute zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in der Breite beitragen. Nur wer Innovationen heute fördert, wer dazu beiträgt, dass diese Spitzenversorgung jeden Tag neu entsteht, wird morgen Verbesserungen in der Breite der Gesundheitsversorgung erreichen und auch exportstarke Unternehmen erhalten, die Wachstum schaffen und Arbeitsplätze sichern.

### **■ Mitwirkungsrechte der Industrie bei Innovationsverfahren**

Eine Verbesserung der Mitwirkungsrechte innovativer Medizintechnikfirmen bei der Zulassung neuer Verfahren wäre ein Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Stärkung der heimischen Industrie. Eine Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten der medizintechnischen Unternehmen an den Bewertungsverfahren des G-BA würde in diesem Zusammenhang nicht nur die Sachkenntnis über innovative Produkte und Verfahren erhöhen, sondern auch eine bessere Berücksichtigung unterschiedlicher Interessen im Entscheidungsprozess gewährleisten. Neben dem berechtigten Interesse an der Finanzierbarkeit der

Leistungen und an der flächendeckenden Patientenversorgung würde so auch dem medizintechnischen Fortschritt Rechnung getragen. Solche Mitwirkungsmöglichkeiten, beispielsweise ein Antragsrecht oder Einspruchsmöglichkeiten, können helfen, ein Interessengleichgewicht herzustellen, das sinnvollen Innovationen schnelleren Einzug in die Patientenversorgung ermöglicht.

Verbesserte Mitwirkungsmöglichkeiten für die Industrie könnten dazu beitragen, dass nicht die Kostenvermeidung im Mittelpunkt der Entscheidungen über Innovationen steht, dass wir also den Gesundheitsmarkt nicht nur als Markt der Einsparungen und des Verzichts definieren, sondern ihn als Markt der Chancen und des Wachstums begreifen. Dies würde allen Beteiligten nützen, vor allem aber den Patienten. Denn diesen kommen Innovationen zuerst zugute.

### ■ Starke Nachfrage im Heimatmarkt notwendig

Die deutsche Pharmaindustrie war einst die „Apotheke der Welt“. Heute steht sie nur noch auf Platz 5 im internationalen Vergleich, deutsche Unternehmen sind nicht mehr unter den Top 10 der Pharmakonzerne vertreten. Man sollte aus diesem Beispiel lernen, um zu vermeiden, dass die hervorragende Ausgangsposition der deutschen Medizintechnik in der Zukunft gefährdet wird.

Es gibt für die Entwicklung der deutschen Pharmaindustrie viele Gründe, von besseren Forschungsinfrastrukturen an ausländischen Standorten bis hin zu verpassten Chancen beim Wachstum durch Akquisitionen. Ein zentraler Grund des Bedeutungsverlusts der deutschen Pharmaindustrie liegt in der stiefmütterlichen Behandlung der Branche durch die Gesundheitspolitik. Maßnahmen wie Festbeträge und Zwangsrabatte waren primär darauf gerichtet, Kosten zu senken, und nicht darauf, die Arzneimittelversorgung zu verbessern und die Wirtschaft zu stärken.

Eine starke Nachfrage im Heimatmarkt ist eine Voraussetzung für die Entstehung von globalen Champions. Michael Porter, Professor an der Harvard Business School und Leiter des dortigen Instituts für Strategie und Wettbewerbsfähigkeit, hat darauf in vielen Publikationen hingewiesen. Um es an einem positiven Beispiel zu verdeutlichen:

☛ Die deutsche Automobilindustrie ist auch deshalb weltweit so stark und in vielen Bereichen führend, weil sie in ihrem Heimatmarkt mit einer hohen Nachfrage durch anspruchsvolle Kunden konfrontiert wird. Die Wertschöpfung der Gesundheitswirtschaft lag 2005 bei 9,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts – mit steigender Tendenz. Damit trägt die Gesundheitswirtschaft mehr zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung bei als die deutsche Automobilindustrie.

☛ Es wäre angemessen, wenn auf den Autokanzler der Jahre 1998 bis 2005 nun die Ära der Gesundheitskanzlerin folgte.

Zu wünschen ist, dass bei Medizinprodukten in Deutschland zumindest die gleichen Wachstumsraten erreicht werden wie in den anderen europäischen Ländern oder in den USA. Eine Politik, die nicht primär die Kostenvermeidung in den Vordergrund stellt, würde helfen, die international führende Marktposition als deutsche Medizintechnikindustrie auszubauen. Mit einer anderen Politik drohen uns langfristig Wettbewerbsnachteile. Wenn heute zu entscheiden ist, ob Einsparungen und Verzicht in den Mittelpunkt der Entscheidungen in der Gesundheitspolitik gestellt werden oder aber Chancen und Wachstum, dann kann die Antwort nur lauten: Wir brauchen im Gesundheitswesen einen Markt der Chancen und des Wachstums.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Ulf Schneider, Vorstandsvorsitzender der Fresenius SE, 61346 Bad Homburg ■

### ■ Handlungsempfehlungen des Bundesverbandes Medizintechnologie an die Gesundheitspolitik

1. Innovative Medizintechnologien müssen stärker beachtet werden. Sie können dazu beitragen, dass unser Gesundheitswesen insgesamt effektiver und effizienter wird.
2. Die Gesundheitspolitik muss Anreize für Innovationen geben.
3. Das Bemühen um Rationalisierung im Gesundheitswesen darf nicht zu einer Rationierung führen, durch die kranken Menschen der Zugang zu lebensnotwendigen Therapien erschwert wird.
4. Das neue Krankenhausentgeltsystem muss offen für neue Behandlungsmethoden sein. Gefragt sind flexible und unbürokratische Lösungen zwischen den Vertragspartnern auf lokaler Ebene.
5. Die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Technologiebewertung müssen transparent und zügig abgeschlossen werden. Dabei sollte die Industrie stärker in die Prozesse einbezogen werden, beispielsweise durch eine Antrags-, Mitsprache- oder Einspruchsmöglichkeit.
6. Die Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis muss entbürokratisiert und die Bearbeitungsverfahren müssen beschleunigt werden. Bei der Erstellung von Qualitätsstandards muss das Know-how der Unternehmen berücksichtigt werden.
7. Im ambulanten Bereich brauchen wir eine Reform des Abrechnungssystems dahingehend, dass die zu erstattenden Sachkosten einer Behandlung den tatsächlich bei dieser Behandlung anfallenden Kosten entsprechen. Für innovative Verfahren sollten den Patienten im Rahmen ihrer Eigenverantwortung Wahloptionen ermöglicht werden.
8. Wir brauchen mehr Versorgungsforschung, um die Gesamtkosten einer Therapie sowie die Vorteile für Patient und Volkswirtschaft nachvollziehbar darstellen zu können. Skandinavien, die Niederlande und Großbritannien sind da schon sehr viel weiter.