

# Gegen das „Aldi-Prinzip“ im Krankenhausbereich

Zu einer fachlich und politisch fundierten Aufarbeitung der Gesamtproblematik Krankenhausreform gegen Ende der Konvergenzphase des DRG-Systems hatte die DKG am 24. Januar 2008 Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, der Länder, der im Bundestag vertretenen Parteien, der Wissenschaft und der Krankenhäuser nach Berlin eingeladen. Ein zentraler Punkt der Veranstaltung wurde – wie von Veranstaltungsleiter **Georg Baum** vorausgesagt – das Thema „Rabattwettbewerb der Krankenkassen gegen die Krankenhäuser“. Im Januarheft des hoch gelobten Wirtschaftsmagazins „Brand eins“ wurde das „Aldi-Prinzip“ als Beispiel für effektive „Marktmacht“ der Krankenkassen gegen die Arzneimittelhersteller positiv herausgestellt. Dagegen ließ bereits der Ort der DKG-Veranstaltung – die Vertretung des Freistaates Bayern beim Bund – erwarten, dass sich die Zahl der Befürworter einer solchen Version künftiger Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Kliniken in engen Grenzen halten würde. Hierfür stand in erster Linie die bayerische Sozialministerin und stellvertretende bayerische Ministerpräsidentin, **Christa Stewens**, die vor den ca. 250 Teilnehmern ein uneingeschränktes Bekenntnis zur Verantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung ablegte. Bayern halte an der Krankenhausplanung durch die Länder fest. Die Krankenhausplanungsbehörden der Länder seien „nicht auf Individualinteressen fixiert, sondern stellen die Weichen für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen“. Sie böten die Gewähr dafür, dass eine ausreichende und flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern sichergestellt werde.

Den von einigen Krankenkassen auf Bundesebene, aber auch vom Bundesgesundheitsministerium eingebrachten Vorschlag, den Krankenkassen den Abschluss von Einzelverträgen für „planbare Leistungen“ mit von ihnen ausgewählten Kran-

kenhäusern zu ermöglichen, lehnte Stewens entschieden ab. Sie warnte in diesem Zusammenhang vor einer Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages der Kommunen durch Rosinenpickerei, und sie frage sich, welche Kompetenz ihr selbst als Ministerin angesichts solcher Vorstellungen künftig noch bleibe, während die Bürger die Verantwortung für die Versorgung – insbesondere in der Fläche – eindeutig beim Land sähen. Die Planungskompetenz der Länder würde durch selektive Vertragsabschlüsse der Krankenkassen mit den Krankenhäusern „von innen heraus ausgehöhlt“, so **Stewens**, deren engagierte Rede mehrmals von demonstrativem Beifall unterbrochen wurde.

## Absage an die „Monistik“

Auch einer Umstellung des Finanzierungssystems der Krankenhäuser auf die Monistik erteilte die Staatsministerin eine klare Absage. „Die bisherige duale Finanzierung mit der Investitionsförderung durch die Länder und der Betriebskostenfinanzierung durch die Krankenkassen hat sich bestens bewährt“, so **Stewens**. Die Ministerin hob die Arbeit des Krankenhaus-Planungsausschusses in Bayern hervor. Hier seien alle Beteiligten und Betroffenen vertreten und es finde eine „lenkende Beratung“ mit hervorragenden, auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmten Ergebnissen statt. Die Umstellung auf die monistische Finanzierung werde ihrer Meinung nach nicht dazu führen, dass mehr Geld ins System komme, damit sei auch keine Auflösung des Investitionsstaus zu erwarten.

**Stewens** fragte, wie Krankenhäuser mit pauschalen Zuschlägen große Investitionsvorhaben finanzieren könnten. Hierfür sei die Aufnahme von langfristigen Darlehen zur Vorfinanzierung notwendig, die fälligen Zinszahlungen bedeute-



Erste Reihe, von links: Kösters, Bender, Stewens, Faust, Bahr

ten eine deutliche Verteuerung der Bau- oder Sanierungsvorhaben und damit eine weitere Verschärfung des Investitionsstaus. Krankenhäuser würden unter diesen Bedingungen zur Leistungsausweitung gezwungen, um Investitionsmittel über DRG-Pauschalen zu bekommen. Zudem müssten im monistischen System sämtliche Investitionslasten von den Krankenkassen übernommen werden. Dies würde die Lohnnebenkosten erhöhen – mit allen negativen Folgen für den Arbeitsmarkt.

Viele Länder befürchten ihrer Meinung nach zu Recht, dass sich die akutstationäre Versorgung in einem monistischen Finanzierungssystem verschlechtern werde, weil ihnen ein ganz wesentliches Element der Krankenhausplanung durch gezieltes Fördern und Vorantreiben wünschenswerter Strukturpassungen genommen würde. Neben finanzpolitischen und staatsorganisatorischen Gründen sei es vor allem das Patientenwohl, das die Beibehaltung des Dualismus erfordere. „Der Monismus würde zu einer Verschlechterung der akutstationären Versorgung der Patienten und der investiven Ausstattung der Krankenhäuser führen. Eine flächendeckende Versorgung

wäre dann nicht mehr zu gewährleisten“, betonte die Ministerin. Aufgrund des großen Investitionsbedarfs müssten die Krankenhäuser aber auch nach neuen Wegen suchen, um ihre Investitionskosten zumindest teilweise auch außerhalb der öffentlichen Förderung refinanzieren zu können. Mittelfristig werde sich die duale Krankenhausfinanzierung zu einer „pluralen Krankenhausfinanzierung“ weiterentwickeln, bei der öffentliche und private Finanzierungsformen ineinandergreifen.

**Stewens** wandte sich generell gegen ein Anwachsen zentralistischer Elemente im Gesundheits- und Krankenhausbereich und ein Aushöhlen der Länderkompetenzen. Außerdem forderte sie alle Verantwortlichen auf, ein weiteres Anwachsen der Bürokratie in den Krankenhäusern zu verhindern.

Die Tendenz zu einem bundesweiten Basisfallwert bezeichnete **Stewens** als ein weiteres zentralistisches Element im Gesundheitswesen. Ein Blick in die Realität zeige, dass der oft postulierte Grundsatz „gleicher Preis für die gleiche Leistung“ nirgends zu finden sei und auch nicht als ein Grundsatz der Marktwirtschaft bezeichnet werden könne. ▶

### Ulla Schmidt: Höhere Löhne für Schwestern und Pfleger

Wie die Agentur Reuters in einer Meldung am 27. Januar 2008 mitteilte, hat sich Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hinter Forderungen nach höheren Löhnen für Schwestern und Pfleger gestellt. „Ausgebildete Pflegekräfte müssen vernünftig bezahlt werden“, sagte sie der Nachrichtenagentur Reuters am letzten Januarwochenende in Berlin. Die Bezahlung vieler Fachkräfte entspreche nicht dem eigentlichen Wert ihrer Arbeit. Auch von der Union kamen Forderungen nach angemessener Bezahlung des Pflegepersonals. Nach Ansicht des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) muss für Altenpfleger und Krankenschwestern rasch ein Mindestlohn eingeführt werden. Auch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat sich nach einer AP-Meldung bereits für einen Mindestlohn im Bereich Pflege ausgesprochen. Sie kündigte an, dass eine Arbeitsgruppe mehrerer Ministerien Mitte April Vorschläge auch für eine angemessene Entlohnung vorlegen werde.

Laut Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sei es „beschämend“, mit wie wenig Geld viele Pflegekräfte

nach Hause gingen. Die SPD-Politikerin sprach am 25. Januar 2008 auf einem Fachkongress in Berlin vor rund 1 000 Pflegekräften aus Krankenhäusern, Heimen und Sozialstationen. Sie erinnerte daran, dass die Bundesregierung im April Vorschläge für eine bessere Anerkennung der Arbeit von Menschen an Menschen vorlegen wolle. Schmidt forderte eine „vernünftige



tige Bezahlung“ und verwies auf die derzeitige Diskussion über Mindestlöhne. Sie betonte aber auch die Notwendigkeit sicherzustellen, dass das in den Fallpauschalen vorgesehene Geld tatsächlich für die Entlohnung ausgegeben werde. Auch wenn es den Kassen erleichtert werde, Verträge mit Einzelanbietern einzugehen, dürfe das nicht zu Lohndumping führen, warnte

sie. Die Kassen würden verpflichtet, Verträge nur dann abzuschließen, wenn angemessene ortsübliche Löhne gezahlt würden.

Schmidt sagte laut „Reuters“, sie wünsche sich eine breite Debatte über den Wert des Dienstes von Menschen an Menschen. „Wir müssen heute die Grundlage dafür schaffen, dass auch in zehn bis 15 Jahren gut ausgebildete Fachkräfte in der Pflege arbeiten“, fügte die SPD-Politikerin hinzu. Mit der geplanten Pflegereform wolle sie Vertragsabschlüsse der Pflegekassen mit Anbietern an die Bedingung knüpfen, dass ortsübliche Arbeitsentgelte bezahlt würden.

Es könne nicht sein, dass in diesem examinierten Sektor Lohndumping stattfinde, sagte der CDU-Pflegeexperte Willi Zylajew zu Reuters. Die Tarifparteien müssten sich auf einen Lohn verständigen, der dann für allgemeinverbindlich erklärt werde. Von einem staatlich festgesetzten Mindestlohn halte er in der Pflege aber nichts. Die kirchlichen Träger wie Caritas und Diakonie rief er auf, sich an der Suche nach einem Tariflohn für den Sektor zu beteiligen. ■



## BMG favorisiert Höchstpreissystem

Staatssekretär **Dr. Klaus Theo Schröder** ließ in seiner Darstellung der Pläne des Bundesgesundheitsministeriums keinen Zweifel an der Absicht, das DRG-System nach dem Ende der Konvergenzphase als Höchstpreissystem mit der Möglichkeit selektiver Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ausgestalten zu wollen. Zumindest – so **Schröder** – gebe es die Notwendigkeit, „intensiver über den Preis- und Qualitätswettbewerb nachzudenken.“ Preiswettbewerb solle in „bestimmten Feldern“ zugelassen werden. Grundlage der Weiterentwicklung des DRG-Systems sollen nach seinen Worten aber die Ist-Kosten der Krankenhäuser bleiben. Eine Arbeitsgruppe des Ministeriums sei damit beschäftigt, Teilbereiche des „elektiven“, planbaren Leistungsspektrums definitorisch abzugrenzen, in denen die neue Form des Vertragswettbewerbs stattfinden soll. Schröder gab offen zu, dass es sich dabei um einen „ganz schwierigen Prozess“ handle. Dennoch wolle das BMG „diesen Versuch starten“. Man verspreche sich von einem intensivierten preislichen Wettbewerb eine Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung. Der „ganz entscheidende Punkt“, der für ein Höchstpreissystem spreche, sei, dass im Fall einer angebotenen höheren Qualität durch einen Leistungsanbieter zu einem höheren Preis sofort die Diskussion darüber einsetzen werde, warum es diese höhere Qualität nicht für alle gebe.

## Innovationspfad im Krankenhaus

**Schröder** bekannte sich zur stationären Versorgung als dem Ort, wo – auf der Basis hoch differenzierter und multiprofessioneller Kontrolle – der „zentrale Innovationspfad“ im Gesundheitswesen angesiedelt bleiben müsse. Daneben sei das Ziel des GKV-WSG zu verfolgen, schrittweise im ambulanten und im stationären Bereich gleichwertige Maßnahmen mit gleichen Qualitätsstandards zu versehen und insoweit gleich zu behandeln.

Erfahrungen aus den USA hätten gezeigt, dass die Implementierung neuer Behandlungsverfahren in das Medicare-/Medicaid-System etwa 3 Jahre in Anspruch nehme – und damit aus seiner Sicht zu lange dauere. Auch die übrigen amerikanischen Modalitäten mit bis zu 210 zu bedienenden Abrechnungssystemen, zum Beispiel im Washington Hospital, seien ein Hinweis darauf, die „Transaktionskosten“ von Abrechnungs- und Vertragssystemen kritisch zu verfolgen. Auf diesen Hinweis legte auch **Prof. Wille** in seinem Vortrag Wert.

Im Bereich der Krankenhausinvestitionen wünschte sich **Dr. Schröder** angesichts der um 40 Prozent gesunkenen Landesmittel eine „intensive Bereitschaft zur Diskussion“. Der High-Tech-Betrieb Krankenhaus könne mit diesem Investitionsdefizit insbesondere im Ausstattungsbereich die Anforderungen der Zukunft nicht bewältigen. Die klassische Projektfinanzierung sei nicht in der Lage, hierfür Lösungen zu bieten, selbst dann nicht, wenn die Finanzvolumina wieder ansteigen würden. Als richtigen Ansatz sieht **Schröder** an die DRGs gebundene differenzierte Investitionspauschalen. Ein solches System setze Übereinkünfte zwischen Krankenkassen, Bund und Ländern über die Aufbringung der Mittel voraus. „Technisch“ sei dies „kein großes Problem“, ein solcher „Umstieg“ sei jedoch zweifellos nicht „von heute auf morgen“ zu vollziehen.

Zur Planungsthematik entwarf **Schröder** eine Vision von „integrierter“ Versorgungsplanung mit vergleichbaren Vergütungs- und Qualitätsvoraussetzungen in den verschiedenen Gesundheitssektoren und einer weiteren Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung.

Über die bestehende „Letztverantwortung“ für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen müsse angesichts wachsender Wettbewerbselemente und sich verändernder Systeme neu nachgedacht werden. Ziel müsse sein, dass die notwendigen Versorgungsangebote in den unterschiedlich strukturierten Teilen des Landes gegeben seien und die entsprechenden Instrumente hierfür zur Verfügung stünden. Hier stünden weniger die Metropolen und dicht besiedelten Regionen, sondern eher die ländlichen Regionen im Blickfeld.

Wasem

Spieth



## Die Erwartungen der Krankenhäuser

DKG-Präsident **Dr. Rudolf Kösters** formulierte in unmissverständlicher Art und Weise die Erwartungen der Krankenhäuser an die Politik – sowohl hinsichtlich der aktuellen, sich zuspitzenden Situation, als auch mit Blick auf die Zeit nach der Konvergenzphase. Die Themen Preisbildung, Preiswettbewerb und Einzelverträge, wie sie von manchen Krankenkassen, Politikern und Wissenschaftlern für sinnvoll gehalten werden, müssten grundlegend aufgerollt werden, um an die wichtigen Tatbestände heranzukommen. Die an den Leistungen ansetzenden Fallpauschalen des DRG-Systems beinhalten seiner Auffassung nach deutliche soziale und sozialpolitische Komponenten, was in der Regel vergessen werde. An den „nackten Personal- und Sachkosten“ eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses orientiert und ohne Gewinnanteile, Rückstellungen und Risikoprämien jährlich streng neu kalkuliert, seien die DRG-Preise in keiner Weise mit den frei floatenden Marktpreisen anderer Branchen zu vergleichen. Das Krankenhaus habe zudem eine Leistungsverpflichtung auch dann, wenn die Preise nicht kostendeckend ausfallen. Hiermit werde der Sicherstellungsauftrag der Länder erst ermöglicht. Wer die Krankenhäuser mit anderen Branchen vergleichen und ihnen dort praktizierte Preiswettbewerbsmodelle „über die Ohren“ ziehen wolle, müsse konsequenterweise auch darüber nachdenken, ob es in der Zukunft noch die Leistungspflicht der Krankenhäuser geben könne. Der DRG-Preis als Leistungspreis mit starken sozialen und sozialpolitischen Implikationen lasse keinen Spielraum für Preisverhandlungen und Sanierungsbeiträge.

### Kein Platz für Preismanipulationen

Ebenfalls sei künftig im DRG-System kein Platz vorhanden für Preisverfälschungen und -manipulationen durch die Anbindung der Budgets an die Grundlohnentwicklung. Die durchschnittliche Entwicklung von Löhnen und Sachkosten müsse im DRG-Preis über die Landesbasisfallwerte abgebildet werden – wie in allen anderen Wirtschaftszweigen auch. Die DKG for-



Einfach  
richtig  
schnell

3M™ Health Information Systems bietet das ganze Spektrum intelligenter Klinik-Software aus einer Hand: vom DRG- bis zum Qualitätsmanagement. Überzeugen Sie sich selbst, wie schnell und sicher Sie Qualität und Budget unter Kontrolle bekommen. Mehr Informationen unter 030/32 67 76-0 oder [www.3m-drg.de](http://www.3m-drg.de)

dere von der Politik angesichts der bevorstehenden Tarifsteigerungen „gleiches Recht“ bei der Anpassung der Preise wie in anderen Branchen, und zwar nicht erst 2009, sondern bereits 2008. Ansonsten würden die Krankenhäuser in eine desaströse Entwicklung hineinlaufen. **Kösters** warnte vor unabsehbaren Konsequenzen in der stationären Versorgung und erinnerte nachdrücklich daran, dass die Krankenhäuser bereits zum jetzigen Zeitpunkt in einem scharfen Leistungs- und Qualitätswettbewerb untereinander stehen. Diesen Wettbewerb angesichts der wohl definierten und genau kalkulierten DRG-Leistungen und -Vergütungen durch einen zusätzlichen Preiswettbewerb anzuheizen, sei unverantwortlich. Die Folgen wären

- eine Verschärfung der Unterfinanzierung der Kliniken,
- eine Verschlechterung der Weiterbildung der Ärzte,
- die sukzessive Beschneidung der Wahlfreiheit der Patienten,
- eine Schwächung der Rolle der Länder in der Krankenhaus-thematik,

- ein weiterer enormer Bürokratieaufbau für neue Abgrenzungs- und Kontrollfragen,
- eine Verschlechterung der Behandlungsqualität und
- eine Forcierung der impliziten Rationierung.

Dies sollte die Politik sehr ernst nehmen.

Die Produktionsverhältnisse der Krankenhäuser sind laut **Kösters** ganz und gar nicht vergleichbar etwa mit denjenigen der Pharmaindustrie. Rationalisierung und Automatisierung in fast menschenleeren Hallen mit langen Produktionsserien und hohen Skaleneffekten seien genau das Gegenteil dessen, was sich in den Krankenhäusern abspiele, wo eine größtmögliche Individualität in der Leistungserbringung gefordert sei mit einer entsprechenden hohen Personalintensität. Wer Vergleiche mit der Industrie ziehe, ohne auf diese fundamentalen Unterschiede zu achten, disqualifiziere sich selber. Die Krankenhäuser präsentierten ihre Leistungsfähigkeit mit einer beispiellosen Transparenzoffensive und stärkten damit die Patien-

## Zitate

*„Wir als Länderverantwortliche sind diejenigen, die für die Bevölkerung und für die Leistungserbringer vor Ort greifbar sind. Wenn es nach den Plänen des Bundes geht, haben wir allerdings künftig im eigenen Land immer weniger zu sagen.“*

*„Wir halten an der Krankenhausplanung durch die Länder fest. Weder kann ganz auf eine Krankenhausplanung verzichtet werden, noch sind andere Institutionen als die Länder in der Lage, eine ausgewogene Krankenhausplanung und Krankenhausversorgung zu gewährleisten.“*

*„Ich bin nicht bereit, eine weitere Stärkung zentralistischer Elemente in der Gesundheitsversorgung in Kauf zu nehmen. Das ist mit dem Freistaat Bayern nicht mehr zu machen.“*

**Christa Stewens, bayerische Staatsministerin für Soziales und stellvertretende Ministerpräsidentin**

*„Der DRG-Preis als Leistungspreis mit starken sozialen und sozialpolitischen Implikationen lässt keinen Spielraum für Preisverhandlungen und Sanierungsbeiträge und ebenso wenig Spielraum für Preismanipulationen durch die Grundlohnbindung.“*

*„Die DKG fordert von der Politik angesichts der bevorstehenden Tarifsteigerungen gleiches Recht bei der Anpassung der Preise wie in anderen Branchen.“*

**DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters**

*„Angesichts der Verhandlungsführung in den Tarifverhandlungen des öffentlichen Dienstes muss Schluss sein mit der Budgetdeckelung. Diesen Druck halten die Krankenhäuser nicht aus.“*

**DKG-Vizepräsident Dr. Burghard Rocke**

*„Die Grundlohnbindung muss weg, es müssen vernünftige Systeme wie auch im niedergelassenen Bereich eingeführt werden.“*

**Dr. Hans Georg Faust, MdB (CDU/CSU)**

*„Wer Krankenhäuser behandeln will wie Autohäuser, liegt schief.“*

**Frank Spieth, MdB (Die Linke)**

*„Wenn wir kaufmännisch kalkulieren, dann haben die deutschen Krankenhäuser einen Gesamtumsatz von 50 Mrd. € und einen investiven Bedarf von 7 bis 8 Mrd. €. Ich habe nicht gehört, wer bereit ist, diese Summen ins System einzuspeisen.“*

**Wolfgang Gagzow, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern**



Von links: Oberbürgermeister Franz Stumpf, Vorsitzender der Bayerischen Krankenhausgesellschaft; DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum; Staatsministerin Christa Stewens; DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters; BKG-Geschäftsführer Siegfried Hasenbein. Auf dem rechten Foto: Ministerialrat Dr. Gerhard Knorr und Prof. Dr. Eberhard Wille im Gespräch mit Staatsministerin Stewens.



tensouveränität. Erst kürzlich habe der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung zum Kartellrecht darauf hingewiesen, dass der Wettbewerb in der stationären Versorgung sich im Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Patienten anspiele und nicht zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Manchen Krankenkassen gehe es ohnehin nur um Preisdrückerei in einem zum Teil erheblich vermachteten Markt.

Die DKG sage ja zu einzelvertraglichen Regelungen im Bereich der Integrierten Versorgung mit innovativen, sektorenübergreifenden Leistungspaketen. Hier gehe es nicht um Rabattieren und Abkassieren, sondern um neue, komplementäre Versorgungsformen zum Wohle der Patienten. Zunehmend wichtig werde unter DRG-Bedingungen die weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen, auch unter bestimmten Voraussetzungen im Bereich der IV. Bei von niedergelassenen Ärzten eingewiesenen Patienten müsse für das Krankenhaus Behandlungsfreiheit bestehen zwischen voll- und teilstationärer oder ambulanter Behandlung. In diesem Bereich bräuchten Krankenkassen und Krankenhäuser Vertragsfreiheit, einschließlich einer Preisvereinbarung. „Das würde das stumpfe Rabattieren kappen und kreative Lösungen zulassen“, so **Dr. Kösters**.

## Krankenhausplanung

Der DKG-Präsident begrüßte zum wiederholten Male die Bereitschaft der Bundesländer, die Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung zurückzuführen, welche sich auf die Planung von Standorten, medizinischen Fachgebieten und Notfallversorgung beschränke. Eine Detailplanung widerspreche der bereits heute bestehenden intensiven wettbewerblichen Ausrichtung der Kliniken. Er sei froh, dass die Bundesländer die vorhandenen DRG-Daten nicht zu einer differenzierten Leistungsplanung nutzen wollten. Eine zurückgenommene Planung bedeute aber auch, dass plötzlich selbst kleinere Krankenhäuser Schwerpunkte herausbilden könnten, die bisher nur bei größeren Häusern angesiedelt waren. Mehr Freiheit in der Krankenhausplanung werde dem Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander noch einmal einen enormen Schub

geben und Kräfte freimachen. In der Qualitätssicherung müssten bundes- und landesweite Strukturvorgaben kompatibel gemacht werden. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ („Igel-Leistungen“) sollten in geeigneten Fällen auch von den Krankenhäusern angeboten werden können. Bei der Debatte um Landes-/Bundesbasisfallwerte plädiere die DKG zunächst für weitere Analysen der Entwicklung und der vorliegenden Gründe; im Zweifelsfall werde von der DKG der Landesbasisfallwert bevorzugt. Der zentrale Punkt einer jeden Gesundheitsreform müsse eigentlich die Auflösung des Investitionsstaus bei den Krankenhausinvestitionen sein. Hierfür sei ein Kraftakt aller unter Einschluss des Bundes erforderlich.

## Wissenschaft im Fokus

Die Darstellungen der Wissenschaftler anlässlich der DKG-Veranstaltung machten einmal mehr deutlich, dass methodische Untersuchungen der Thematiken Wettbewerb – durch **Prof. Dr. Eberhard Wille**, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – und monistische Krankenhausfinanzierung – durch **Prof. Dr. Jürgen Wasem** – den konkreten Entscheidungs- und Umsetzungsprozess nicht ohne Weiteres zu erleichtern vermögen. Dies zeigten die Reaktionen der mitdiskutierenden Politiker und der übrigen Veranstaltungsteilnehmer. Die von **Prof. Wille** vorgetragene 10 knappen Thesen zur Einbettung des Wettbewerbs in die Strukturen des Gesundheitswesens setzten an den einschlägigen Veröffentlichungen im letzten Sachverständigengutachten an und bejahten sowohl den Qualitätswettbewerb als auch einen „moderaten Einstieg“ in einen partiellen Preiswettbewerb unter Berücksichtigung von Qualitätsaspekten.

Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern diene als „Anreiz zur Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven“, trage jedoch nur dann zur Zielrealisierung bei, wenn die Qualität der Gesundheitsleistungen nicht darunter leide. Wettbewerb sei nie Selbstzweck und dürfe nicht zu einem „Wettbewerbsfetischismus“ ausarten, sondern verfolge immer das Ziel der Verbesserung der gewünschten Ergebnisse. Sinkende Preise könnten Qualitätsseinbußen bei Krankenhausleistungen nicht kompensieren.

sieren. Umfragen belegten, dass Versicherte bei Gesundheitsleistungen Qualitätseffekten eine höhere Bedeutung beimessen als preislichen Komponenten. Deshalb komme im Gesundheitswesen dem Qualitätswettbewerb eine noch größere Bedeutung zu als dem Preiswettbewerb. Neben vielen weiteren wichtigen Aspekten des Wettbewerbs sei die Vermeidung von „monopolistischem Machtmissbrauch“ auf Seiten der Leistungserbringer sowie auf Seiten der Krankenkassen zu beachten. Zur Erreichung der gewünschten qualitäts- und leistungsfördernden Effekte reiche es aus, wenn 10 Prozent der Patienten von den gebotenen Wettbewerbselementen Gebrauch machten.

**Prof. Willes** Thesen gipfelten in der Propagierung sektorenübergreifender „umfassender Versorgungseinheiten“ im Sinne vertraglich konstruierter regionaler Leistungsbündelungen. Dazu gehören nach seiner Darstellung unter anderem eine umfassende Transparenz, qualitätsorientierte und sektorenübergreifend ausgestaltete Vergütungssysteme, ein sukzessiver Übergang zur monistischen Finanzierung im Krankenhausbereich und der partielle Rückzug des Staates aus der Planung im Sinne einer Notfall-Rahmenplanung. Überregional operierende Versorgungseinheiten unter einem bestimmten „Label“ seien vorstellbar.

### Monistik: Theorie klar – Umsetzung kompliziert

**Prof. Wasem** lieferte mit seinem Plädoyer für die Monistik in der Krankenhausfinanzierung eine differenzierte Vorlage für

die sich anschließende Podiumsdiskussion der Gesundheitspolitiker. Er hoffe, dass sich die Länder in der Frage der Monistik mehr bewegen würden als zurzeit abzusehen sei. Den Krankenhäusern riet er, sich im eigenen Interesse vehement für die Monistik einzusetzen. Das „Totschlagargument“ verzerter Startchancen aufgrund ungleich verteilter Fördergelder in früheren Jahren könne durch intelligente Übergangslösungen entkräftet werden. An dieser Stelle würde es nach **Wasems** Darstellung verschiedene mögliche Lösungsmodelle und eine weitere „Konvergenz“ geben. Auch das 2. zentrale einschränkende Argument der DKG bei grundsätzlicher Zustimmung zum Thema Monistik – die Auflösung des Investitionsstaus – könne nicht aufrechterhalten werden, schließlich existiere der Investitionsstau bereits jetzt, und seine Beseitigung werde durch ein monistisches Finanzierungsmodell nicht weniger wahrscheinlich oder unwahrscheinlich als heute.

Grundsätzlich sieht **Wasem** die Monistik im DRG-System als Zuschlagsmodell zur Fallpauschale realisierbar – als einfachste Variante. Anspruchsvollere Varianten könnten die durchschnittlichen Abschreibungskosten in die DRGs einkalkulieren. Mittels bundeslandspezifischer Investitionsbasisfallwerte sei es möglich, regionale Unterschiede in der Investitionsfinanzierung anzupassen, auch hier wieder gekoppelt mit einem weiteren, noch zu bestimmenden Konvergenzprozess. Hier sieht **Wasem** einen „praktikablen Weg“, um die Interessen der Länder mit einer bisher unterschiedlich hohen Investitionstätigkeit auszubalancie-



**LandesBank  
Berlin**

## Mehr Lebensqualität im Fall der Pflegebedürftigkeit.

Erfreulicherweise steigt unsere Lebenserwartung immer weiter an. Doch damit verbunden wächst auch das Risiko einmal auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung gilt schon lange als novellierungsbedürftig. Ihre Leistungen wurden seit ihrer Einführung im Jahre 1995 nicht den steigenden Lebenshaltungskosten angepasst. Gleichzeitig sind die Ausgaben aufgrund der ständig steigenden Anzahl von Anspruchsberechtigten stetig angewachsen. Wer nicht selbst privat vorsorgt, kann im Pflegefall also nur noch mit der absoluten Grundversorgung rechnen.

„Der Eintritt des Pflegefalls stellt den Betroffenen und seine Angehörigen nicht nur vor erhebliche körperliche und psychische

Belastungen, er kann auch ein gravierendes Vermögensrisiko darstellen“, erläutert Claus-Günther Richardt von der Landesbank Berlin das Problem.

Der kürzlich ausgehandelte Vorschlag zur Reformierung der gesetzlichen Pflegeversicherung erscheint als Kompromiss. Der bittere Beigeschmack bleibt.

Denn, so weiß Claus-Günther Richardt aus Erfahrung: „Die gesetzliche Pflegeversicherung deckt allenfalls eine Mindestversorgung ab. Nicht jeder wird sich damit den Pflegefall wirklich leisten können. Dann müssen die engsten Familienangehörigen ihren Beitrag dazu leisten. Sind diese nicht vorhanden, bleibt nur der Gang zum Sozialamt“.

Betroffen kann jeder sein. Unsere Gesellschaft wird immer älter und deshalb auch immer pflegebedürftiger.

Statistisch betrachtet, liegt die Pflegewahrscheinlichkeit im Alter von 85 Jahren bei gut 35% und die durchschnittliche Pflegedauer bei ca. 6 Jahren. Da kommt schnell ein kleines Vermögen zusammen, das privat aufgebracht werden muss.

Eine private Pflegerente bietet da lebenslangen Versicherungsschutz für den eventuellen Pflegefall. Auf Wunsch sogar schon mit Leistungen ab der Pflegestufe 1. „Den Abschluss kann grundsätzlich jeder tätigen, der nicht älter als 75 Jahre und noch nicht pflegebedürftig ist“, so der Experte der Landesbank Berlin.

ren. Auf jeden Fall werde die Einführung der Monistik die Rolle der Krankenhausplanung und der Sicherstellungsfrage verändern. Ansonsten könne jedoch ein monistisches Finanzierungssystem mit verschiedenen ordnungspolitischen Vorstellungen der Krankenhaus-Systemsteuerung verbunden werden. Übergangsprobleme sollten nicht dazu führen, den „Zug in die richtige Richtung“ zu stoppen.

### Monistik: „Ja, aber. . .“

Nicht zufällig wurde in der politischen Runde zu dieser Thematik durchgängig mit einem „Ja, aber. . .“ geantwortet. „Theorie ja, Praxis nein“ – so der kurz und bündig ausfallende Kommentar von **Dr. Hans Georg Faust**, MdB (CDU/CSU) zum Übergang auf die monistische Finanzierung. Nach seinen eigenen Erfahrungen als Krankenhausarzt werde er seiner Fraktion weder den Übergang auf die Monistik noch die Einführung selektiver Vertragsmöglichkeiten im Kernbereich der Krankenhausleistungen empfehlen können. Mit den Einnahmen aus elektiven Leistungen würden in vielen Krankenhäusern auch Notfallvorhaltungen und wichtige Leistungen in anderen Bereichen des Krankenhauses mitfinanziert. Wenn diese Dinge getrennt würden, führe dies zu unerwünschten Veränderungen in der Versorgungslandschaft, insbesondere in ländlichen Regionen. Diese Einschätzung wurde in der späteren Diskussion unter Einbeziehung des Auditoriums von verschiedenen Veranstaltungsteilnehmern bekräftigt. Die Einbeziehung des „Normalfalls“ der Versorgungslandschaft in Deutschland, des ländlichen, eher dünn besiedelten Raumes, führe die ausgefeilten Diskussionen über Wettbewerbsmodelle und Monistik im normalen Versorgungsalltag ad absurdum. Beherrscht von der Vorstellung der Situation in Großstädten und in Ballungsräumen, droht offenbar der Blick und das Verständnis für die reale Welt der stationären Strukturen verloren zu gehen.

### Konvergenz, Konsolidierung, Stabilisierung

Nach **Dr. Fausts** Überzeugung zeigt die Haltung der Arbeitgeber im aktuellen Tarifkonflikt die erheblichen Zielkonflikte und Interessengegensätze, die den Krankenhausbereich seit Jahren beherrschen. Die Krankenhäuser hätten in der bald zu Ende gehenden Phase der Konvergenz des DRG-Systems schwierige und oft schmerzliche Anpassungsprozesse meistern müssen. Insgesamt sei jahrelang ein erheblicher ökonomischer Druck auf die gesamte Krankenhauslandschaft ausgeübt worden mit überwiegend positiven Reaktionen im Sinne der Ausnutzung von Synergieeffekten, Kooperationen, Fusionen und Effizienzsteigerungen. Diesen Prozess könne man nicht endlos fortsetzen, denn am Ende sei die „Zitrone ausgequetscht“. Die Politik müsse überlegen, wann dieser Zeitpunkt erreicht sei und wann die Phase der Konsolidierung in eine Phase der Stabilisierung übergehen müsse, um die vorhandenen versorgungsnotwendigen Krankenhäuser zu erhalten. Seiner Einschätzung nach ist die „Umformungsphase“ noch nicht ganz abgeschlossen. In der aktuellen Situation seien 0,64 Prozent Grundlohnsummensteigerung als Marge für finanzielle Spielräume nicht ausreichend. **Faust**: „Ich



Von links: DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters, BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

sehe nichts Verwerfliches darin, für die Häuser, die man zur Versorgung braucht, die realen Kostensteigerungen in Ansatz zu bringen.“ Vom Prinzip her habe die Grundlohnsummensteigerung nichts mit dem zu tun, was die Krankenhäuser für die Finanzierung ihres Betriebs brauchen.

**Daniel Bahr**, MdB (FDP), gesundheitspolitischer Sprecher seiner Fraktion, antwortete auf die Fragen des Moderators, **Peter Thelen**, zumindest hinsichtlich eines der beiden zentralen Themen der Diskussionsrunde eher skeptisch. Dass unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden solle, ihre Monopol- und Machtstellung durch Einzelverträge gegenüber den Leistungserbringern durchzusetzen, sei nicht als positiver, funktionsfähiger Wettbewerb zu bezeichnen. Eine Ausrichtung des Gesundheitswesens insgesamt, auch des Krankenkassensystems, eher in Richtung Marktwirtschaft als in Richtung Planwirtschaft sei dennoch wünschenswert, auch mit Einzelverträgen, aber nur, „wenn die Rahmenbedingungen stimmen“, ebenso die Monistik „aus einer Hand“. Der Krankenhausmarkt sei jedoch „kein Markt wie jeder andere“. Die Kopplung der Krankenhausaufgaben an die Grundlohnsumme sieht er als überholt an, über andere Lösungen müsse nachgedacht werden.

**Birgit Bender**, MdB (Bündnis 90/Die Grünen), gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion, befürwortete sowohl die Monistik als auch den Vertragswettbewerb. Wettbewerb benötige jedoch einen deutlich ausgestalteten Ordnungsrahmen und eine Wettbewerbsaufsicht, damit er nicht zu Lasten der Qualität gehe. Niemand habe ihr bisher die Abgrenzung zwischen elektiven Leistungen und Notfallversorgung erklären können. Das Thema Wettbewerb passe im Übrigen nicht zum Einheitsbeitragsatz des Gesundheitsfonds. In dieser Frage sah sich **Bender** in einer Front mit **Daniel Bahr**. Auch in der Frage der Monistik – wie von **Prof. Wasem** vorgetragen – sah **Bender** einen Gegensatz zwischen der technischen Machbarkeit und der politischen Umsetzbarkeit. Anstatt theoretische Modelle durchzudiskutieren, sei es sinnvoller, die nächsten konkreten Schritte unter der Beteiligung der Länder zu eruieren. Hierfür müsse die „Einpreisung“ der Investitionskosten in die DRGs beginnen und den Kassen ein Einsteigen in die Planungs- und Finanzierungsverantwortung ermöglicht werden. Auch

für **Bender** bildet die Grundlohnbindung kein Dogma, es müssten jedoch andere Steuerungsmöglichkeiten gefunden werden, eine Auffassung, die auch **Frank Spieth**, MdB, gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der Linkspartei, teilte.

## Qualität und Flächenversorgung

**Spieth** formulierte ein „klares Nein“ zur Monistik. Sein ebenso klares Nein zu selektiven Verträgen begründete er mit dem Verweis auf das Grundgesetz und die dort festgelegten Grundlagen der Daseinsvorsorge des Staates. Betriebswirtschaft dürfe nicht zum Grundsatz in einem solidarischen Versorgungsbereich erklärt werden. Nach seiner Auffassung werde der Gesundheitsfonds bei den Krankenkassen den Reflex auslösen, dass sie alles tun, um den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Deshalb würden die Krankenkassen versuchen, mit Einzelverträgen Preisdrückerei zu betreiben. Nach seiner Meinung müsste nach der Einführung des DRG-Systems zunächst ein Stopp gemacht werden und das erfolgen, was im Gesetz auch vorgesehen sei: die Auswirkungen durch eine entsprechende Begleitforschung hinsichtlich der Qualität und der Flächenversorgung genauer zu untersuchen. Hier werde seiner Auffassung nach „schon wieder das Kind mit dem Bade ausgeschüttet“ und über Monistik sowie über selektive Verträge diskutiert, ohne zu wissen, welche Folgen das Fallpauschalensystem für die Gesundheitsversorgung bis jetzt gehabt habe. In seiner Replik auf **Spieths** Äußerung bekräftigte **Dr. Kösters** die Notwendigkeit einer qualifizierten Begleitforschung, um die Auswirkungen des DRG-Systems auf das gesamte Versorgungssystem zu erfahren. Hierbei sollten sich die Krankenkassen nicht auf eine Eigenanalyse des internen Datenbestandes beschränken, sondern das Thema sollte einer neutralen wissenschaftlichen Institution als Aufgabe übertragen werden.

Für **Eike Hovermann**, MdB (SPD), klangen die Bekenntnisse zur Länderverantwortung in der Krankenhausversorgung

zwiespältig. „Die Länder fordern die Beibehaltung der Kompetenzen in der Krankenhausplanung – es wäre schön, wenn sie sie auch ausfüllen würden.“ Dies sei offensichtlich nicht immer der Fall. Eine Gießkannenförderung mit immer weiter schrumpfenden Investitionsmitteln beantworte nicht die Frage, wie viele Krankenhäuser gebraucht würden, wie groß sie sein sollten, wie ausgestattet und in welcher Weise interdisziplinär verflochten. Wenn in den Krankenhäusern mehr Geld gebraucht werde, müsse die Frage geklärt werden, woher die zusätzlichen Mittel kommen sollen – eine Frage, die angesichts des bevorstehenden Gesundheitsfonds noch wesentlich komplizierter werde.

**Theo Riegel** (VdAK) plädierte überzeugt und aus grundsätzlichen Erwägungen heraus für die Monistik, angesichts der zu erwartenden Umsetzung mit einem von ihm prognostizierten Rückzug der Länder aus der Finanzierung lehnte er sie aber dennoch ab. Im Bereich der Einzelverträge wünschte er sich die qualitative Herauslösung von „Kreativbereichen“ aus den „Standardbereichen“ des Leistungsspektrums, um die innovativen Krankenhäuser besser zu stellen als andere. Dies solle als „Einstieg“ über den IV-Bereich hinausgehen im Sinne eines „Zwei-Säulen-Modells“. Es dürfe aus Krankenkassensicht nicht immer nur um Preisdrückerei gehen oder um die Einweisung von Patienten in das „billigste“ Krankenhaus. Die nötigen qualitativen Daten lägen inzwischen vor, um Vergütungen in Einzelverträgen nach der Höhe der Qualität zu bemessen. **Riegel** sprach sich als einziger Podiumsteilnehmer strikt gegen eine Änderung der Grundlohnbindung aus, weil dies einen Signalcharakter auch für andere Leistungsbereiche hätte und nicht vertretbare Ausgabensteigerungen der Krankenkassen nach sich ziehe.

Bericht: Diplom-Volkswirt Peter Ossen, Chefredakteur  
Alle Fotos: Klaus Mihatsch

„Die demographische Entwicklung stellt uns auch im Krankenhausbereich vor große Herausforderungen. Wir werden sie im Freistaat Sachsen früher zu spüren bekommen als andere Regionen. Die Behandlung von alten Menschen ist erheblich aufwändiger – auch im Hinblick auf die Kosten – als die von jüngeren Menschen. Der Bedarf an stationärer Gesundheitsversorgung wird wachsen, damit auch die Verantwortung, die wir alle tragen. Wir wollen uns dieser Verantwortung stellen.“

Bei der Frage der künftigen Krankenhausversorgung werden wir auch weiterhin für die Beibehaltung der dualen Finanzierung eintreten. Krankenhausplanung und -finanzierung müssen bei den Ländern bleiben; nur so können die Länder ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen.



Die Krankenhäuser sind in vielerlei Hinsicht belastet. Im Rahmen des nun anstehenden Gesetzgebungsverfahrens werden wir deshalb auch prüfen, ob wir Initiativen zum Sanierungsbeitrag, zur Verlängerung des § 71 Absatz 3a Satz 2 SGB V für das Jahr 2008 und zu einer Ausgleichsregelung für die über die Veränderungsrate hinausgehenden tariflichen Mehrkosten einbringen.“

**Helma Orosz**, Staatsministerin für Gesundheit und Soziales des Freistaates Sachsen, in einem Grußwort zur Jahresmitgliederversammlung der Krankenhausgesellschaft Sachsen im Dezember 2007