

# Erwartungen der Krankenhäuser an die Gesundheitspolitik der kommenden Legislaturperiode

## Interview mit DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum

**D**er DKG-Vorstand hat Positionen und Forderungen für die kommende Legislaturperiode verabschiedet. Das Hauptanliegen der Krankenhäuser bleibt eine auskömmliche Finanzierung des Gesundheitswesens und speziell der Krankenhausleistungen. So muss aus Krankenhaussicht das Morbiditätsrisiko wieder voll auf die Krankenversicherung verlagert werden. Im Interview mit unserer Redaktion nimmt DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum zu einigen zentralen Aussagen des DKG-Positionspapiers Stellung. Die DKG-Positionen sind im Anschluss im Wortlaut abgedruckt.

### Wie sind die Erwartungen der Krankenhäuser für die kommende Legislaturperiode?

**Baum:** Die Krankenhäuser fordern einen zukunftsgerichteten Rahmen für die Krankenhausversorgung. Unsere Forderungen sind größtenteils nicht neu, zum Beispiel eine ausreichende Investitionsfinanzierung. Wir fordern auch keine grundlegend neuen Ansätze etwa in der Vergütung, wie es die Kassenärzte getan haben. Wir wollen das G-DRG-System zu einem vernünftigen Abschluss führen. Wir brauchen keine erneuten „Revolutionen“ im Krankenhausbereich, unsere Positionen ergeben sich mehr aus der Weiterentwicklung und ggf. Verbesserung bestehender Regelungen.

**Bereits bei der Vorstellung am 15. Juli richteten sich die Fragen der Journalisten gezielt auf den Begriff der „Versorgungsgestaltungsverträge“ aus Punkt IV. 2 des DKG-Positionspapiers. Was ist darunter zu verstehen?**

**Baum:** Wir plädieren für erweiterte vertragliche Möglichkeiten zur Gestaltung der Versorgung über die bereits bestehenden Integrationsverträge hinaus und haben hierfür diesen Begriff geprägt. Damit wollen wir dem Gesetzgeber einen Impuls zur Weiterentwicklung des Vertragsrechts geben und den Krankenhäusern Chancen eröffnen, gemeinsam mit den Krankenkassen und anderen Partnern innovative und patientengerechte Versorgungsmodelle zu entwickeln.

**Reichen die Integrationsverträge nicht aus oder sollen sie ersetzt werden?**

**Baum:** Der Rechtsrahmen der Integrationsverträge ist an einigen Stellen zu eng und sollte weiterentwickelt werden. Krankenkassen und Krankenhäuser brauchen mehr Spielräume zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Patientenver-

sorgung. Unserer Meinung nach brauchen Krankenhäuser und Krankenkassen die Möglichkeit, auf gesicherter gesetzlicher Grundlage gemeinsam mit intelligenten Lösungen die Patientenversorgung zu optimieren und hierfür auch entsprechende Vergütungen zu entwickeln. Es geht um eine Weiterentwicklung aus dem bestehenden Recht heraus zu einem gesetzlichen Vertragsrahmen, der es Krankenhäusern und Krankenkassen erlaubt, die Versorgung losgelöst von Restriktionen der jeweiligen sektoralen Vergütungs- und Zulassungsordnungen zu organisieren.

**Könnten Sie ein Beispiel nennen?**

**Baum:** Denkbar wäre zum Beispiel, stationäre und teilstationäre Behandlungsepisoden zu kombinieren, ohne mit der unteren Grenzverweildauerregelung der Abrechnungsbestimmungen in Konflikt zu geraten. Sinnvoll könnte auch die Kombination von vollstationären Leistungen mit nach § 116 b SGB V definierten ambulanten Leistungen sein, für die Komplexvergütungen gebildet werden könnten. Zugleich wäre bei solchen Verträgen immer auch konkreten Qualitätszielen Rechnung zu tragen und dies bei der Vergütungsfindung zu berücksichtigen.

**Besteht nicht die Gefahr, dass solche Überlegungen von den Krankenkassen als Einstieg in selektive Verträge mit Vergütungsrabatten oder in „Pay-for-performance“-Modelle missverstanden werden?**

**Baum:** Unser Vorschlag ist sozusagen das Gegenmodell zu dem von manchen Krankenkassen geforderten Rabattwettbewerb, der ja mit Sicherheit in der nächsten Legislaturperiode wieder zur Diskussion stehen wird. Wir wollen diesen Vorstellungen von Anfang an eine konstruktive Alternative entgegensetzen. Bei einem Vertragswettbewerb, wie wir ihn anstreben, bestünde die Herausforderung für die Krankenkassen darin, passgerechte, innovative und qualitätsverbessernde Versorgungskonzepte für ihre Versicherten zu organisieren. Dies ist ein Anreiz für die Krankenkassen, die ja ihrerseits im Wettbewerb um eine bestmögliche Versorgung stehen. Wenn Vertragswettbewerb von dem Ziel getrieben ist, medizinische Leistungen möglichst billig einzukaufen oder kassenindividuellen Angebotsstruktureinschätzungen freien Lauf zu lassen, wäre dies kein konstruktiver Wettbewerb. Das kann auch nicht durch Ausschreibungen oder andere Auswahlverfahren geheilt

werden. Im Mittelpunkt eines akzeptablen und fairen Vertragswettbewerbs muss die Verbesserung der medizinische Versorgung der Patienten aller Kassen stehen. Dies kann nur erreicht werden, wenn solche Verträge für alle Beteiligten freiwillig sind. Für generalisierte „Pay-for-performance“-Vergütungen mit Abschlägen von der Regelvergütung fehlt es an dem nötigen methodischen Rückhalt.

#### **Zielen die Versorgungsgestaltungsverträge auf die Verbreiterung des ambulanten Spektrums der Krankenhäuser?**

**Baum:** Ganz eindeutig nein. Wir wollen keine neuen Kriegsschauplätze mit dem niedergelassenen Bereich. Die ambulante Versorgung in Deutschland ist schon heute ohne die Krankenhäuser nicht mehr denkbar. Was wir allerdings fordern ist eine Besserstellung der Krankenhäuser in den Bereichen, wo sie bereits jetzt eine herausragende Rolle spielen, zum Beispiel in der ambulanten Notfallversorgung. Hier sollten die Krankenkassen künftig auch vertragliche Beziehungen zu den Krankenhäusern unterhalten können.

#### **Gibt es ein neues „Leitbild“ für die Stellung des Krankenhauses im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft?**

**Baum:** Wir sehen die Krankenhäuser nach wie vor als den umfassend vernetzten Kernbereich des Gesundheitswesens mit den damit verbundenen umfangreichen Aufgaben in der medizinischen Daseinsvorsorge. Stärker als in früheren Jahren rückt die Bedeutung der Krankenhäuser als Wirtschaftsfaktor in den Blickpunkt. Das Beschäftigungs-, Qualifizierungs-, Innovations- und Wachstumspotenzial der Krankenhäuser erreicht riesige Ausmaße. Dies muss immer wieder und auf allen Gesprächsebenen hervorgehoben werden. Die Krankenhäuser stärken und stabilisieren die Binnenkonjunktur in hohem Maße und benötigen hierfür vor allem Planbarkeit und Berechenbarkeit. In diesem Punkt sind insbesondere die Krankenhäuser vor Ort gefragt und auch prädestiniert, ihren Abgeordneten die Funktionsweise und Bedeutung des Unternehmens Krankenhaus immer wieder konkret vor Augen zu führen, damit sie, wenn sie im Bundestag oder im Landtag abstimmen sollen, auch einschätzen können, welche verheerenden Auswirkungen manche kurzfristigen „Sparbeschlüsse“ haben.

#### **Welche Rolle hat bei der Formulierung der DKG-Positionen die gesetzgeberische Bilanz der jetzt zu Ende gehenden Legislaturperiode gespielt?**

**Baum:** Die 16. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages war für die Krankenhäuser gekennzeichnet durch eine ungeheure Vielzahl und Vielfalt gesetzgeberischer Interventionen. Beginnend mit dem AVWG hatten die Kliniken zahlreiche Kürzungen hinzunehmen. Die mehrmaligen Umstellungen bei der Berechnungsmethode der Grundlohnrate vom Mitglieder- auf den Versichertenbezug und umgekehrt waren willkürliche Eingriffe und bedeuteten Verluste der Krankenhäuser in Höhe

von mehreren hundert Mio. €. Aber letztlich haben es die Krankenhäuser geschafft, den Grundlohnbezug zu kippen. Die Handhabung des neuen „Orientierungswertes“ birgt jedoch wiederum neue Risiken. Wir warnen vor möglichen willkürlichen Eingriffen des Ordnungsgebers. Der Orientierungswert macht nur dann Sinn, wenn die darin enthaltenen Werte des Statistischen Bundesamtes auch tatsächlich gelten. Er darf nicht als ultimative schneidende Obergrenze für die Vergütungsanpassungen ausgestaltet sein.

#### **Das AVWG war nicht der einzige willkürliche Eingriff der Politik in die Krankenhausfinanzen ...**

**Baum:** Trotz der massiven Tarif- und Sachkostensteigerungen, welche die Krankenhäuser zu schultern hatten, wurden mit dem GKV-WSG weitere Belastungen für die Krankenhäuser beschlossen und fachten den Widerstand der Krankenhausträger, der Klinikverwaltungen und der Mitarbeiter an. Mit dem Sanierungsbeitrag zugunsten der Krankenkassen wurde der Bogen angesichts der fast ausweglosen Finanzmisere vieler Krankenhäuser überspannt. Das hat dann angesichts der größten Proteste gegen die Gesundheitspolitik, die es jemals in Deutschland gegeben hat, letztlich zu einem Umdenken in der Politik und zu dem bekannten „Hilfspaket“ des KHRG geführt. Rein finanziell ist die gesetzgeberische Bilanz in der 16. Legislaturperiode in Bezug auf die Krankenhäuser alles in allem vermutlich halbwegs ausgeglichen, wenn man die Gelder aus dem Konjunkturpaket II mit berücksichtigt.

#### **Das klingt fast nach einer „ausgeglichenen“ Runde. In vielen Krankenhäusern wurde das anders wahrgenommen ...**

**Baum:** Der Kampf an der Finanzierungsfront ist natürlich nicht zu Ende. Die strukturelle Unterfinanzierung im Gesundheitswesen und in vielen Krankenhäusern besteht fort und wird durch die Verlagerung der Morbiditätslast auf die Krankenhäuser, die mit dem KHRG beschlossen wurde, noch verschärft. Die allgemeine Wirtschaftslage wird die Finanzen des Gesundheitsfonds nicht unbedingt stärken. Ich kann die Politik nur davor warnen, die auflaufenden Defizite der Krankenkassen in der kommenden Legislaturperiode erneut zulasten der Krankenhäuser „sanieren“ zu wollen. Die Politik muss in ihrem Handeln ehrlicher und berechenbarer werden. Die Krankenhäuser brauchen im Interesse ihrer Patienten stabile Rahmenbedingungen, die nicht nach der jeweiligen „Kassenslage“ umgestürzt werden.

#### **Kürzungspläne werden gemeinhin nicht in gesundheitspolitischen Wahlprogrammen angekündigt, gehören aber zum ständigen Repertoire der Gesundheitspolitik unmittelbar nach den Wahlen. Was ist ab Herbst 2009 zu erwarten?**

**Baum:** Wenn man eines aus dem Verlauf der letzten vier Jahre lernen sollte, dann ist es, dass die arbeitenden Menschen in den Krankenhäusern sich erneute willkürliche politische Eingriffe zu ihren Lasten und zulasten der Patienten nicht mehr

so einfach gefallen lassen werden. Die 130 000 Beschäftigten aus den Krankenhäusern, die am 25. September 2008 am Brandenburger Tor standen und gegen die negativen Folgen der fortdauernden finanziellen Deckelung der Krankenhäuser protestierten, haben in dieser Hinsicht eine klare Botschaft hinterlassen. Die Hilfen aus dem KHRG sorgen für eine zeitlich begrenzte Entlastung der Krankenhäuser. Das ist anzuerkennen. Ab 2010 wird aber die finanzielle Lage der Krankenhäuser wieder kritischer werden, wie kürzlich auch das Rheinisch-Westfälische Wirtschaftsinstitut feststellte. Die Zitrone Krankenhaus ist und bleibt ausgequetscht. Nach wie vor schreiben viele Krankenhäuser rote Zahlen. Kürzungsmaßnahmen im Krankenhaus schlagen voll auf die Beschäftigung durch. Man kann nicht immer mehr und immer bessere Qualität und Patientensicherheit fordern und gleichzeitig die Mittel für die Patientenversorgung ständig zusammenstreichen. Die Politik sollte in der neuen Legislaturperiode deshalb eine ausreichende Finanzierung der Gesundheitsleistungen sicherstellen.

#### **Fordern die Krankenhäuser ein generelles Umsteuern zum Beispiel in der Vergütungspolitik, wie es die Kassenärzte jüngst getan haben?**

**Baum:** Auf gar keinen Fall. Wir befinden uns in dieser Hinsicht, was das System der Vergütung angeht, in einer kontinuierlichen Entwicklung. Mit dem KHRG wird die Konvergenzphase des DRG-Systems 2010 zu Ende geführt. Ab 2010 erreichen die Krankenhäuser den beim Start des Systems 2003 anvisierten einheitlichen Landesbasisfallwert. Zusätzliche Leistungen werden zu 100 Prozent bezahlt, in gleichem Umfang gehen allerdings Erlöse verloren, wenn Leistungen zurückgehen bzw. in anderen Krankenhäusern erbracht werden. Das DRG-System entfaltet vergütungstechnisch seine volle Wirkung im Sinne der Forderung „Geld folgt der Leistung“. Im Mittelpunkt der örtlichen Budgetvereinbarungen stehen der Leistungsumfang und das Leistungsspektrum. Die Schiedsstellenfähigkeit der Leistungsvereinbarungen, die in der Schlussphase des KHRG per Änderungsantrag seitens des BMG eliminiert werden sollte, ist dank der Unterstützung von

Bundestagsabgeordneten glücklicherweise erhalten geblieben. Insofern ist das G-DRG-System in einigermaßen trockenen Tüchern. Unsere Erwartung ist natürlich, dass in dem jetzt erreichten Stadium nicht nochmals manipulativ eingegriffen wird und die Konvergenzphase jetzt auch wirklich wie vorgesehen zu Ende geht. Darauf haben die Krankenhäuser viele Jahre konsequent hingearbeitet. Die Splittung des letzten Konvergenzschrittes war für viele Häuser enttäuschend genug. Jetzt muss das Ziel endlich erreicht werden.

#### **Welche Forderung steht für die Krankenhäuser im Vergütungsbereich im Vordergrund?**

**Baum:** Für uns völlig inakzeptabel ist die Verschärfung der kollektiven Morbiditätslast durch das KHRG. Bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte führen nunmehr nicht nur Fallzahlsteigerungen, sondern auch Schweregradsteigerungen zu einer Minderung der Basisfallwerte. Unsere zentrale vergütungspolitische Forderung für die nächste Legislaturperiode ist deshalb die Abschaffung dieser Regelung. Das Morbiditätsrisiko muss, wie im niedergelassenen Bereich, von den Krankenkassen getragen werden. Weiter vorangetrieben werden muss die Lösung der Krankenhausinvestitionsproblematik. Die Ansätze im KHRG sind zwar positiv zu beurteilen, aber letztlich bleibt auch im Fall von Investitionspauschalen die Frage der Geldmenge entscheidend, die in dieses System fließt. Hier ist nach wie vor von den Ländern zu fordern, dass sie ihren Verpflichtungen im erforderlichen Umfang nachkommen. Die Krankenhäuser brauchen mehr Geld und mehr Freiräume für Investitionsentscheidungen.

#### **Was hat Sie persönlich beim KHRG besonders geärgert?**

**Baum:** Ein Affront ohnegleichen war die kurzfristig per Änderungsantrag in das KHRG geschleuste Inkassoregelung bei den Zuzahlungen. Ein Bürokratiemonster sondergleichen ohne Sinn und Verstand. Zwar gibt es inzwischen eine Vereinbarung zu § 43 b SGB V, aber unsere Kernforderung lautet natürlich: So schnell wie möglich weg damit! ▶



Blick in die Pressekonferenz zur Vorstellung der DKG-Positionen für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages am 15. Juli 2009 in Berlin. Auf dem Podium: DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum (links) und DKG-Pressesprecher Moritz Quiske. Foto: Agentur Bildschön



„Die Verschärfung der kollektiven Morbiditätslast durch das KHRG ist für uns völlig inakzeptabel.“

Georg Baum

Foto: Agentur Bildschön

### **Haben die Jahre 2005–2009 gesetzgeberisch auch positive Elemente aus der Sicht der Krankenhäuser gebracht?**

**Baum:** Wo es *nicht* um Kostendämpfung ging, hat die gesetzgeberische Bilanz der 16. Legislaturperiode im Krankenhausbereich durchaus gute Ansätze gezeigt. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und das GKV-WSG haben zu positiven Strukturentwicklungen geführt, insbesondere bei der besseren Verzahnung der Gesundheitssektoren, sei es bei den MVZ oder bei den hoch spezialisierten Leistungen, die als Institutsleistungen mit Länderzulassung anerkannt wurden. Diese positiven Elemente müssen in der neuen Legislaturperiode verstärkt werden. Die konsequente Verzahnung ambulant/stationär ist deshalb einer der Kernpunkte unserer Positionen für die kommenden Jahre. Es kann ja zum Beispiel nicht zielführend sein, dass über 2 000 Anträge auf Zulassung nach § 116 b SGB V bei den Landesbehörden auf Eis gelegt werden.

**Die Politik und die Öffentlichkeit bewerten die Forderungen der „Leistungserbringer“ immer besonders kritisch hinsichtlich des gesamtgesellschaftlichen Nutzens. Wo gehen die Positionen der DKG über die reine Interessenwahrung des stationären Sektors hinaus?**

**Baum:** Wir bekennen uns in unserer Versorgungskonzeption zu Kooperation und Zusammenarbeit der Sektoren im Gesundheitswesen, zu Spezialisierung, Wirtschaftlichkeit und Effizienz, zu unteilbaren ethisch-moralischen Grundprinzipien, zu einer breiten Qualitätstransparenz und zu einem Wettbewerb über die Qualität. Wir plädieren für eine gesamtgesellschaftliche Grundsatzdiskussion zum Thema Wettbewerb im Gesundheitswesen. Wettbewerb ist wichtig, er kann aber im Krankenhausbereich nicht alles sein. Im Kartellrecht brauchen wir Anpassungen, die auf die Belange der Gesundheitswirtschaft Rücksicht nehmen. Die Krankenhäuser stellen sich ihren Aufgaben bei der Entwicklung und Verbreitung des medizinischen Fortschritts und der Aus- und Weiterbildung, fordern hierfür aber auch die entsprechenden Rahmenbedingungen. Eines der wichtigsten Themen ist die Personalentwicklung. Wir müssen aufpassen, dass die personelle Ausstat-

tung der Kliniken nicht eines Tages zu einem gefährlichen Engpass in der Versorgung wird.

**Ist es Konsens in der Krankenhauslandschaft, dass die DKG zum Beispiel die Ausweitung der Steuerfinanzierung in der Krankenversicherung fordert?**

**Baum:** Hier gibt es sicherlich unterschiedliche Meinungen, aber die Mehrheit des DKG-Vorstands hat sich angesichts des künftig unweigerlich zu erwartenden Defizits in der GKV jedenfalls nicht gegen die schon beschlossenen Steigerungen des Bundeszuschusses ausgesprochen. Über die genaue Ausgestaltung wird es auch in der Politik sicher noch weitere Diskussionen geben.

**Ein Widerspruch liegt aber in der Position, zur Beitragsautonomie der Krankenkassen zurückkehren zu wollen und gleichzeitig den Zusatzbeitrag als „Regelfinanzierungsinstrument“ auszugestalten. Wie passt das zusammen?**

**Baum:** Ich sehe hier keinen Widerspruch, weil wir ausdrücklich die Rahmenbedingung nennen, unter der die Zusatzbeiträge zum Zuge kommen sollten, nämlich dann, wenn es politisch gewollt ist, dass über den Gesundheitsfonds keine hundertprozentige Finanzierung der Gesundheitsleistungen erfolgt.

**Fürchten Sie nicht, dass es in den Medien heißen wird: „Krankenhäuser fordern Zusatzbelastungen für die Versicherten“?**

**Baum:** Wir haben weder den Gesundheitsfonds noch die Zusatzbeiträge erfunden. Aber wenn die Politik die Finanzierungslogik der GKV in diese Richtung entwickelt, bleibt uns gar nichts anderes übrig. Ansonsten würde der Kostendruck, den die Krankenkassen auf die Leistungserbringer und auch auf die Krankenhäuser ausüben, unerträglich werden. Das kann auf keinen Fall im Interesse der Krankenhäuser, der Patienten und der Mitarbeiter sein.

Interview: Peter Ossen, Chefredakteur