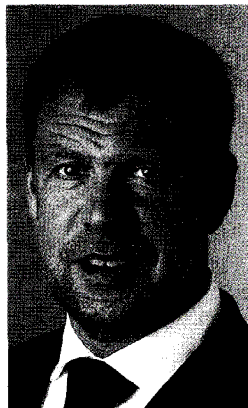


Mehr Wettbewerb für eine bessere Medizin im Krankenhaus

Zum Thema

Andreas Meusch: „Die Verbindung von Preis- und Qualitätswettbewerb im Krankensektor wird Spitzenmedizin und eine flächendeckende Versorgung besser gewährleisten als die bisherige Form der Krankenhausplanung. Deutsche Kliniken werden noch attraktiver – auch für ausländische Patienten. Das Konzept stützt den Wandel vom sektoral orientierten Krankenhaus zum sektorübergreifenden Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und schafft die Voraussetzungen, die Arbeitsmarktchancen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland konsequent zu nutzen.“



Andreas Meusch

Leiter
Landesvertretungen,
Techniker Krankenkasse

In Deutschland gibt es zu viele Klinikbetten. Selbst die Spitzenorganisation der Krankenhäuser, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), spricht von 20 Prozent Überkapazitäten. Fachleute wie Professor Heinz Lohmann prognostizieren das Aus für rund 700 der gut 2.000 Kliniken in Deutschland. Bei diesen Schätzungen ist bereits die Alterung der Bevölkerung berücksichtigt, die ja eigentlich einen wachsenden Bedarf nahelegen würde. Politisch stellt sich die Frage, wie diese Verschwendung von volkswirtschaftlichem Vermögen vermieden werden kann und die medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet bleibt, möglichst sogar verbessert wird.

Überkapazitäten und Strukturwandel im Krankensektor

Seit Jahren sind die im internationalen Vergleich nicht gerechtfertigten Bettenkapazitäten in

Deutschland bekannt und in Fachdiskussionen unbestritten. Dies spricht nicht gerade für die bisherigen Steuerungsinstrumente. Das entscheidende Instrument der Kapazitätssteuerung in Deutschland ist noch immer die Krankenhausplanung der Bundesländer. Dieses Instrument aus Zeiten einer Mangelverwaltung hat die Schaffung großer Überkapazitäten nicht verhindert. Die entscheidende Rechtsgrundlage für die Krankenhausplanung, das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), stammt aus der Phase ungebremster Sozialstaatsexpansion und wurde den Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft bisher nicht angepasst.

Nur unzureichend angepasst wurden die Steuerungsinstrumente zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen an die veränderten Aufgaben der Kliniken. Die Kliniken haben sich gewandelt vom sektoral ori-

entierten Anbieter stationärer Leistungen zum sektorübergreifenden Anbieter von Gesundheitsleistungen – auch in Verbindung mit dem Ausbau ambulanter und integrierter Versorgungsformen. Das Selbstverständnis der Kliniken hat sich grundlegend verändert. Sie sehen sich zunehmend als Dienstleistungsunternehmen, die sich dem Wettbewerb stellen. Das zum Jahresanfang in Kraft getretene Arztrecht gibt neue Möglichkeiten für Niedergelassene, mit Krankenhäusern zusammenzuarbeiten, und wird diese Entwicklung weiter beschleunigen.

Fallpauschalen: Motor zu mehr Wettbewerb

Seit 2004 müssen die Kliniken in Deutschland mit den Krankenkassen über Fallpauschalen abrechnen. Die Umstellung von der Tagesvergütung über Pflegesätze, bei der die Belegung eines Krankenhausbettes die Grundlage für die Zahlungen der Krankenkassen an die Klinik waren, auf diagnosebezogene Fallpauschalen (engl. DRGs für „diagnosis related groups“) bedeutet die endgültige Abkehr vom System der Selbstkostendeckung. Das DRG-System macht zum ersten Mal die Preise einer Krankenhausleistung deutlich. Es soll zu einer rationalen Ressourcenallokation führen und ist deshalb der Motor zu mehr Wettbewerb.

Die Einführung dieses komplexen Systems wird in mehreren Phasen bis 2009 dauern. Erst dann werden vergleichbare medizinische Eingriffe und Behandlungen in jeder Klinik eines Bundeslandes auch den gleichen Preis kosten. Die Preisunterschiede zwischen den Bundesländern sind zum Teil erheblich und werden dies auch 2009 bleiben. Ein gesetzliches Instrument, diese anzugleichen, gibt es zurzeit nicht. Die Transparenz der Preise und die Wirkung der unterschiedlichen Preisniveaus auf die Ausgaben der Krankenkassen werden aber Anpassungen unvermeidlich machen.

Quantensprung zu mehr Wettbewerb sinnvoll

Die Antwort auf die Frage, wie stark der Wettbewerb im Krankenhaussektor ab 2009 sein darf, wird zurzeit zwischen Bund und Ländern in Paragrafen gegossen. Die Ländersozialminister haben sich bereits auf einer Konferenz im März mit der Frage beschäftigt, bis Mitte des Jahres sollen auf der Bundesebene politische Eckpunkte erarbeitet werden. Bis Mitte 2008 wird das parlamentarische Verfahren voraussichtlich abgeschlossen sein. Es geht hier um ei-

ne Zukunftsfrage, nicht nur für die medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern um eine wichtige Weichenstellung für den Wirtschaftsstandort Deutschland. Professor Straubhaar, Direktor des Hamburgischen WeltWirtschaftsinstituts (HWWI), prognostiziert, dass bis 2020 über 600.000 zusätzliche Arbeitsplätze im deutschen Gesundheitswesen entstehen können – unter einer Voraussetzung: vollständige Deregulierung.

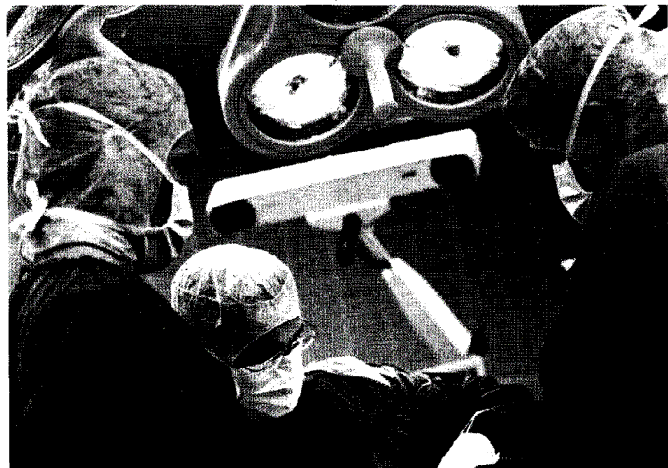
Ein Quantensprung zu mehr Wettbewerb im Krankenhaussektor ist deshalb sinnvoll und möglich. Dies gilt nicht nur aus ökonomischer, sondern auch aus medizinischer Sicht: Bei dem herrschenden Grad an Überversorgung ist die Furcht vor Unterversorgung weitgehend unbegründet. Die Sicherstellung der Patientenversorgung in ländlichen Gegenden setzt nicht eine umfassende Planungsbürokratie, sondern sinnvolle preisliche Anreizsysteme voraus. Entsprechende gesetzliche Regelungen gibt es bereits. Sie sind gegebenenfalls weiterzuentwickeln.

Dass mehr Effizienz bei Krankenhäusern die medizinischen Ergebnisse sogar verbessert, wissen wir aus den USA. Wer effizient arbeitet, hat seine Prozesse im Griff. Wer seine Prozesse im Griff hat, macht weniger Fehler. Wirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser kann somit als Faktor für eine Verbesserung der medizinischen Qualität gesehen werden.

Qualitätstransparenz entscheidend für Wettbewerb um die bessere Versorgung

Für einen funktionierenden Wettbewerb ist Transparenz über die Leistungen wichtiger ist

Nach der Preistransparenz muss eine Qualitätstransparenz folgen





Die Kliniken haben sich gewandelt zu Dienstleistungsunternehmen im Wettbewerb

als ausgefeilte Planung. Die Anstrengungen, die medizinische Versorgung der Bevölkerung im 21. Jahrhundert zu sichern, sollten sich darauf konzentrieren, nach der Preistransparenz über das Fallpauschalensystem auch eine Qualitätstransparenz herzustellen. Weder Patienten noch Krankenkassen und schon gar nicht die Krankenhausplaner in den Ministerien haben die Informationen, die sie brauchen, um gute von schlechten Krankenhäusern zu unterscheiden. Solange die asymmetrische Informationslage das Verhältnis der Krankenhäuser zu ihrer Umwelt prägt, bleibt das Gesundheitswesen strukturell ein „market for lemons“, in dem die schlechte Ware (Zitronen) die gute Ware vom Markt verdrängt.

Das bestehende Vergütungssystem der DRGs differenziert bereits die Vergütung nach medizinischen Diagnosen und Schweregraden, so

dass die entscheidenden Daten inzwischen bei Krankenkassen oder Kliniken vorhanden sind. Für mehr Qualitätstransparenz gibt es schon Erfolg versprechende Ansätze:

So verpflichtet die Techniker Krankenkasse (TK) in bestimmten Versorgungskonzepten dazu, Qualitätsdaten offenzulegen und schließt diese Verträge nur mit Partnern, die dokumentieren können, dass sie eine deutlich überdurchschnittliche Qualität erreichen.

Die AOK hat mit der Helios Klinikgruppe eine Datenauswertung vorgelegt, die beispielhaft zeigt, dass sich mit den bereits vorhandenen Daten datenschutzrechtlich sauber Qualitätstransparenz herstellen lässt, wenn die Partner dazu bereit sind.

Die TK hat ihre Versicherten befragt, wie sie mit der Behandlung in bestimmten Krankenhäusern zufrieden waren. Diese Einschätzungen stellt sie ihren Versicherten exklusiv zur Verfügung, um eine Orientierung für die Krankenhauswahl zu geben. Versicherte sind nämlich nicht nur in der Lage, die Qualität der Krankenhausküche zu beurteilen. Lange Wartezeiten beim Röntgen oder gestresste Pfleger, Schwestern und Ärzte sind durchaus ein Indikator, dass die Prozesse im Krankenhaus nicht funktionieren.

Die Auswertung von Krankenhausdaten, das Entwickeln von Qualitätsindikatoren sowie das Benchmarking sind eine neue Art der Dienstleistung, die das Potenzial hat, ein Wachstumsmarkt zu werden. Das intelligente Umsetzen von Qualitätsparametern verbessert Markt-

In Deutschland gibt es zu viele Klinikbetten



chancen von Kliniken und schafft Marktdifferenzierung auch für Krankenkassen, die sich über Versorgungsangebote profilieren wollen.

Wettbewerb braucht Mut

Damit der Quantensprung beim Qualitätswettbewerb gelingt, braucht es in erster Linie Mut. Den Mut, den Ludwig Erhard hatte, als er auf Markt- statt auf Planwirtschaft setzte. Den Menschen, denen von den Krankenhausplanern Angst gemacht wird, die Versorgung der Kranken könne nur mit Planung sichergestellt werden, sei ein Zitat von Gräfin Dönhoff aus „Die Zeit“ vom Frühjahr 1948 über Ludwig Erhard entgegengehalten: „Wenn Deutschland nicht schon eh ruiniert wäre, dieser Mann mit seinem absurden Plan, alle Bewirtschaftung aufzuheben, würde es gewiss fertig bringen. Gott schütze uns davor, dass der einmal Wirtschaftsminister wird.“ 1948 war es falsch, aber weit verbreitetes Gedankengut, in der Not den Mangel zu verwalten statt auf die Kraft des Wettbewerbs zu vertrauen. Inzwischen sollten vor allem wir Deutsche gelernt haben, dass wir dem Wettbewerb in einer sozialen Rahmenordnung mehr vertrauen sollten als der Planung, das gilt auch für die medizinische Versorgung. Wenn hier für mehr Wettbewerb im Kliniksektor plädiert wird, soll dies auch einen Beitrag dazu leisten, dass Dönhoff nicht doch noch über Erhard triumphiert.

„Zwei-Säulen-Modell“ für mehr Wettbewerb

Man muss das bestehende System, in dem alle Krankenkassen gemeinsam bestimmte Verträge mit Kliniken abschließen, jedoch nicht völlig abschaffen. Dies zu fordern, wäre in der gegebenen Situation, in der sich die Bundesländer parteiübergreifend für die Krankenhausplanung begeistern, ohnehin völlig unrealistisch.

Einen Wettbewerbsschub kann auch ein aus zwei Säulen bestehendes Modell auslösen: Das bestehende Festpreissystem der Fallpauschalen wird in ein Höchstpreissystem überführt, damit Spielräume geschaffen werden, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Dies muss verbunden werden mit der Einhaltung und Veröffentlichung bestimmter Qualitätsstandards.

Daneben gibt es als zweite Säule einen wettbewerblich organisierten Versorgungsbereich mit freier Leistungs- und Produktgestaltung. Qua-



Angst vor Unterversorgung ist nicht angebracht

litätsvorschriften dürfen zwar über-, nicht aber unterboten werden.

Fazit

Die Verbindung von Preis- und Qualitätswettbewerb im Krankenhausesektor wird Spitzenmedizin und eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung besser gewährleisten als die bisherige Form der Krankenhausplanung. Deutsche Kliniken werden noch attraktiver – auch für ausländische Patienten. Das Konzept stützt den Wandel vom sektoral orientierten Krankenhaus zum sektorübergreifenden Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und schafft die Voraussetzungen, die Arbeitsmarktchancen der Gesundheitswirtschaft in Deutschland konsequent zu nutzen. Die bessere Ressourcenallokation wird dazu beitragen, dass unser Gesundheitswesen auch bei einer alternativen Bevölkerung finanzierbar bleibt.

Wer effizient arbeitet, macht weniger Fehler

