

„Das heißt, wir haben ein Auseinanderdriften von Ressourcenverteilung und tatsächlichem gesundheitlichem Bedarf“, so Kühn.

➤ Wettbewerb im Gesundheitswesen muß nicht wirtschaftlicher sein und ist es auch nicht im gesamtwirtschaftlichen Maßstab.

Kühn: „Es fällt wesentlich leichter, Preise zu verändern, Mengen zu verändern, Marketing zu machen, um Marktanteile zu erobern, als die Produktivität so hochkomplexer Dienstleistungen mit den gleichen ökonomischen Effekten zu verbessern.“ Auch sei es einfacher, unrentable, aber damit nicht unnötige Angebote zu streichen und das Schwergewicht eher auf rentable, aber dadurch nicht unbedingt notwendige Angebote zu verlegen. Auch entstehen nach Kühns Worten eine Reihe von Kosten erst durch den Wettbewerb, vom Aufwand für Kapitalmanagement über höhere Verwaltungsaufwendungen bis hin zum Marketing. Auch Ärztinnen und Ärzte hätten zu Lasten des Patientenbezugs zusätzliche Managementaufgaben zu übernehmen.

➤ Konzepte von „funktionalem Wettbewerb“ wollen gewünschte Entwicklungen durch sogenannte ordnungspolitische Rahmenbedingungen sichern, sie unterschätzen jedoch die Eigendynamik, die in der ökonomischen Konkurrenz liegt. Diese erfordert einzelwirtschaftlich orientiertes, „unternehmerisches Handeln“. Indem das Handeln im Gesundheitswesen unternehmerisch wird, verhindert es die bedarfsorientierte politische Gestaltung des Gesundheitswesens.

„Wer ‚Wettbewerb‘ sagt, muß auch ‚unternehmerische Freiheit‘ sagen“, so Kühn, und damit sei gemeint, daß die Anbieter ihre Entscheidungen im Prinzip aus einzelwirtschaftlicher Sicht treffen. Dadurch werde die Gestaltung nach außerökonomischen Zielen wie Gesundheit und Solidarität enorm erschwert.

➤ Wettbewerbskonzepte können nur so funktionieren, daß medizinische Entscheidungen durch

Einkommensanreize, also nach nicht-gesundheitlichen Kriterien, getroffen werden.

Das Steuerungsprinzip ist nach Kühns Worten also nur wirksam, wenn Ärztinnen und Ärzte bereit sind, das medizinisch Notwendige dem Einkommensinteresse unterzuordnen. Kühn: „Wenn das nicht so wäre, wäre jedes Konzept der monetären Steuerung völlig sinnlos.“ Von daher sei zu prognostizieren, daß mit einem weiteren Weg der Medizin in den wirtschaftlichen Wettbewerb eine tiefe Vertrauenskrise in der Bevölkerung gegenüber der Ärzteschaft entstehen werde.

➤ Je mehr der Wettbewerb zunimmt, desto mehr verwandelt sich der praktizierte Inhalt des

Begriffes „Qualität“ in „Zufriedenheit“ – aber nur derjenigen Patientengruppen, um die auch konkurriert wird, und nicht um die Zufriedenheit etwa derjenigen, die die Versicherung belasten.

Kühn: „Qualitätssicherung dem Wettbewerb zu überlassen heißt also, die Bemühungen auf diejenigen Patienten zu konzentrieren, die die höchste Rentabilität versprechen und zugleich ihre Kundeninteressen am besten vertreten können.“

Entgegen einem verbreiteten Glauben gibt es laut Kühn bisher kein praktikables System öffentlicher, „externer“ Qualitätskontrolle, das in der Lage wäre, die beschriebenen Wirkungstendenzen zu neutralisieren.

#### KRANKENHAUSGESETZ NORDRHEIN-WESTFALEN

## Verhandlungsprinzip statt staatlicher Festsetzung

*Der Staat zieht sich im Krankenhauswesen auf eine Rahmenplanung zurück*

*von Wolfgang Klitzsch\**

Seit der 1969 beschlossenen Grundgesetzänderung, die dem Bund die Kompetenz zur Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung gab, und seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 (KHG) reklamierte der Staat wegen der besonderen Bedeutung der stationären Versorgung die Kompetenz für die Kapazitätsplanung der Krankenhäuser und damit die Sicherstellung der Krankenhausversorgung.

Den beiden Gesetzesänderungen war die Erfahrung vorausgegangen, daß das Prinzip der Ver-

tragsfreiheit zwischen Krankenhäusern und Gesetzlicher Krankenversicherung eine qualifizierte moderne Krankenhausversorgung nicht garantieren konnte. Die 1969 vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission kam in ihrem „Bericht über die Lage der Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland“ zu alarmierenden Feststellungen.

In dem Vierteljahrhundert seit 1972 hat die Versorgung in den deutschen Krankenhäusern einen beispiellosen Aufstieg genommen. In Deutschland und in Nordrhein-Westfalen steht der Bevölkerung ein leistungsfähiges, differenziertes

\* Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch ist Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein

System stationärer Einrichtungen zur Verfügung, das hohe Niveau der ärztlichen Behandlung ist international anerkannt, der Grundsatz der flächendeckenden und bürgernahen Versorgung realisiert, ebenso die Umsetzung des medizinischen Fortschrittes gerade im Krankenhausbereich und im großen und ganzen ist es gelungen, den Herausforderungen, die sich insbesondere aus den Morbiditätsveränderungen ergeben haben, erfolgreich zu begegnen.

## **Kritik an staatlicher Krankenhausplanung**

Das staatlich verantwortete Krankenhauswesen und die duale Finanzierung haben sich allerdings seit Anfang der siebziger Jahre starker Kritik ausgesetzt gesehen. Zentrale Vorwürfe lauteten:

- Eine effiziente, betriebliche Führung der Krankenhäuser sei im Rahmen der dualen Finanzierung nicht möglich,
- die staatliche Investitionsförderung behindere Kapazitätsanpassungen und Kapazitätsabbau der Krankenhäuser,
- die Entwicklungen der ambulanten Medizin würden keine Entsprechung und Kapazitätsanpassung im stationären Bereich auslösen,
- es gebe wenig Anreize zur Krankenhauskooperation bzw. zur verstärkten Kooperation mit niedergelassenen Ärzten,
- aufgrund der desolaten Situation der staatlichen Haushalte seien die Krankenhäuser im investiven Bereich chronisch unterfinanziert und
- die staatliche Krankenhausplanung sei überbürokratisiert und viel zu aufwendig.

Der im Sommer vorgelegte Gesetzentwurf der Landesregierung zum Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG NW) reagiert bewußt auf diese Defizite der staatlichen Krankenhausplanung und versucht einen Weg zwischen staatlicher Letztverantwortung und Stärkung des Verhand-

lungsprinzips zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen zu gehen.

Der Gesetzentwurf ist Diskussionsergebnis einer Entwicklung seit 1992. Zu diesem Zeitpunkt hatte der damalige Gesundheitsminister, Franz Müntefering, die klassische staatliche Krankenhausplanung mit dem Hinweis ausgesetzt, daß die Änderungen durch die Gesundheitsstrukturreform des Bundes (leistungsorientierte Entgelte und Wettbewerbselemente, Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips, Zuordnung von ambulanten Aufgaben an das Krankenhaus) eine Neuorientierung der staatlichen Krankenhausplanung erforderlich mache.

Die Neuordnung der Krankenhausplanung in NRW orientiert sich – so die Begründung des Gesetzentwurfs der Landesregierung – an dem Bedürfnis eines stärkeren Mitspracherechts der Krankenhäuser und der Landesverbände der Krankenkassen, möchte die Möglichkeit eröffnen, örtliche Absprachen zwischen den Krankenhausträgern und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in die Krankenhausplanung einzubeziehen, fördert die Kooperation zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, ordnet die sog. Bettenpauschalen neu, damit sie nicht kapazitätserhaltend wirken, stärkt das Mitspracherecht der an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Körperschaften, Institutionen und Verbände und beschränkt die Funktion des Landes auf eine sog. Krankenhausrahmenplanung, die Genehmigung der Planverträge und eine an überörtlichen Aufgaben orientierte Schwerpunktplanung.

## **Ärztikammern erhalten Mitspracherechte**

Die Krankenversorgung in Krankenhäusern – und dies ist die wesentliche Änderung – ist in Zukunft nicht allein eine öffentliche Aufgabe des Landes, sondern eine

gemeinsame des Landes NRW mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern und ihren Verbänden. Gestärkt und konkretisiert werden die Aufgaben des sog. Landesausschusses, in dem die an der Krankenhausversorgung Beteiligten bei der Neuaufstellung und Fortschreibung des Krankenhausrahmenplans und bei der Aufstellung des Investitionsprogramms mitwirken: Mit ihnen soll das Land eine einvernehmliche Regelung anstreben.

Der Kreis der unmittelbaren Beteiligten wird erweitert, so daß neben den Vertretern der Krankenhausträger, der Kassen, der kommunalen Spitzenverbände und der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Zukunft auch je ein Vertreter der beiden Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen unmittelbar an der Krankenhausplanung des Landes beteiligt sind.

Der Krankenhausrahmenplan der Zukunft enthält die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen Versorgungsangebote nach Art, Zahl und Qualität. Auf dieser Grundlage schließen die Vertragspartner (Krankenhausträger und Krankenkassen) konkretisierende Planverträge, die insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze festlegen. Die Planverträge können inhaltlich und zeitlich begrenzt werden (!), soweit dies zur Anpassung des Leistungsangebots an die Bedarfsentwicklung geboten ist.

## **Kriterien für Planverträge**

Die Planverträge bedürfen der Genehmigung der zuständigen Behörde. Diese ist zu erteilen, wenn die Vorgaben des Krankenhausrahmenplans beachtet sind, eine wirtschaftliche Betriebsführung für das Krankenhaus ermöglicht wird, eine Abstimmung mit den Angeboten benachbarter Krankenhäuser auch unter Berücksichtigung baulicher Gegebenheiten erfolgt ist, auf örtlicher Ebene erarbeitete Bedarfsabschät-

zungen und Planungsüberlegungen einbezogen sind und die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den sonstigen Angeboten des Gesundheits- und Sozialwesens berücksichtigt worden sind. Besondere und überregionale Aufgaben im Rahmen der Krankenhausversorgung sind der Schwerpunktplanung des Landes vorbehalten, sie bewegt sich auch innerhalb des Krankenhausrahmenplans und für sie – die Schwerpunktplanung – gelten bestimmte Beteiligungsrechte des Landesausschusses.

Neben diesen grundsätzlichen Änderungen im Krankenhausplanungsverfahren enthält der Entwurf des Krankenhausgesetzes eine Reihe weiterer für die Ärzteschaft bedeutsamer Regelungen:

- Mit der Aufnahme in den Krankenhausplan sind die Krankenhausträger nun verpflichtet, an der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mitzuwirken. Diese Klarstellung wird seitens der Ärzteschaft begrüßt.
- Die Krankenhäuser haben in Zukunft sicherzustellen, daß die Würde der Patientinnen und Patienten über den Tod hinaus gewahrt bleibt, und daß den Hinterbliebenen die Möglichkeit zu einem angemessenen Abschied gegeben wird.
- Die Patientenbeschwerdestellen, die sich, wie eine Kleine Landtagsanfrage kürzlich ergeben hat, insgesamt bewährt haben, sollen in Zukunft mit allgemein anerkannten Einrichtungen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Selbsthilfe eng zusammenarbeiten.
- Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete auch außerhalb des Landes NRW sind bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. Hier ist die Tendenz vorgegeben, daß die medizinischen Leistungen jedes Krankenhauses die Versorgungsbedingungen unabhängig von den Landesgrenzen in Rechnung zu stellen haben. In den Euregios in NRW wird bereits heute die eu-

ropäische Zukunft vorweggenommen.

- Im Rahmen der pauschalen Förderung wird eine sog. vierte Anforderungsstufe eingeführt, die sich auf Krankenhäuser der höchsten Versorgungsstufe beziehen. Der Punktwert je Planbett bei HNO-Abteilungen wird von 3,3 auf 1,9 gesenkt, da der Wiederbeschaffungswert in dieser Disziplin nach den Erkenntnissen des Landes als zu hoch eingeschätzt worden war.
- Die Vorschrift zur Qualitätssicherung wird neu gefaßt und auf die veränderten Rahmenbedingungen des Bundesrechts (SGB V) angepaßt.

### **Qualitätssicherung unbefriedigend geregelt**

Die bisherige Vorschrift des § 7 zur Qualitätssicherung sah vor, daß die Krankenhäuser im Einvernehmen mit den Ärztekammern und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen haben.

Diese Vorschrift war Fundament einer sehr konstruktiven und erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Krankenhausträgern, Krankenkassen und der Ärztekammer Nordrhein in einer Zeit unklarer bundesrechtlicher Situation. Die seit über einem Jahrzehnt mit nachweisbaren Erfolgen umgesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere in der Perinatalogie/Neonatalogie und Chirurgie sind ohne den eindeutigen Handlungsauftrag des KHG NW, der die Ärztekammern umschließt, nicht vorstellbar. Die bekannten Defizite der Umsetzung externer Qualitätssicherungsmaßnahmen in anderen Bundesländern lassen sich hauptsächlich darauf zurückführen, daß eine ähnliche, klarstellende Vorschrift in den dortigen Landeskrankenhausgesetzen gefehlt hat.

Die Neufassung des § 7 zur Qualitätssicherung ist unbefriedigend und gefährdet das hohe Niveau der Qualitätssicherung in Nordrhein.

Sie rekurriert auf die neuen Vorschriften des SGB V, die allerdings insofern unbefriedigend sind, als sie – weil damals die Zustimmung des Bundesrates nicht erwartet werden konnte – lediglich die Pflichten der Bundesärztekammer regeln konnte. Diese neuen begrüßenswerten Mitwirkungsmöglichkeiten garantieren allerdings aus Landessicht nicht ein ähnlich effizientes und konstruktives Verhältnis zwischen den Vertragspartnern, wie dieses sich auf der Basis des alten § 7 zur Qualitätssicherung über Jahre eingespielt hat.

Aus diesen Gründen plädiert die nordrheinische Ärzteschaft dafür, an der bisher etablierten gleichgewichtigen Kooperation zwischen Krankenhausträgern, Krankenkassen und Ärztekammern festzuhalten und dieses in einer entsprechenden Vorschrift klarzustellen.

In ihrer Stellungnahme hat die nordrheinische Ärzteschaft insbesondere zwei weitere Punkte kritisch hervorgehoben:

### **Zusammensetzung des Landesausschusses**

Obwohl die Ärztekammer Nordrhein ausdrücklich die Aufnahme von Vertretern der Ärztekammern in NRW in den Kreis der Beteiligten an der Krankenhausplanung begrüßt – dies entspricht einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft – wirft die Zusammensetzung des Kreises der Beteiligten allerdings Fragen auf.

Da die Ärztekammer Nordrhein – als Vertreterin der gesamten Ärzteschaft – auf der Basis ihrer unabhängigen, fachlichen Einschätzung ihr Mandat ableitet, wäre die Vorstellung, die Vertreter der Ärzteschaft in den Kreis der Beteiligten deshalb aufzunehmen, um die Seite der Krankenhausträger zu stärken, irrig. Dieser Eindruck kann deshalb entstehen, da gleichzeitig zur Aufnahme von Vertretern der Ärzteschaft der Anteil der Beteiligten aus den Verbänden der Krankenkassen von 6 auf 11 erhöht worden ist. Eine

schematische Zuordnung der Vertreter der Ärztekammern oder gar der im Referentenentwurf aufgeführten Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen zu der einen Seite oder einem Block der Beteiligten ist inadäquat und kann insofern – so die Stellungnahme – nicht als Begründung angeführt werden, die andere Seite (die der Krankenkassen) zu stärken.

## **Kommunale Koordinierung**

Die Planverträge, die zwischen den Partnern (Krankenhausträgern, Krankenkassen) ausgehandelt sind, bedürfen der Genehmigung. Als Genehmigungsvoraussetzung wird unter anderem ausgeführt, daß „auf örtlicher Ebene erarbeitete Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen einbezogen worden sind ...“

Die Ärztekammer Nordrhein weist in ihrer Stellungnahme darauf hin, daß gegenwärtig kein etabliertes Abstimmungsverfahren auf örtlicher Ebene existiert, das in der Lage wäre, solche lokalen Bedarfsabschätzungen und Planungsüberlegungen im Konsens festzustellen.

Die in der Phase der Erprobung im Rahmen des Modellvorhabens „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in NRW“ eingerichteten sog. Runden Tische erfüllen weder das Kriterium einer gesicherten Repräsentanz der an der Krankenhausversorgung Beteiligten noch sind klare Entscheidungsverfahren absehbar.

## **Krankenhäuser kritisieren den Entwurf, Kassen begrüßen ihn**

Die Krankenhausträgerseite hat sich dem Gesetzentwurf überwiegend kritisch gegenübergestellt. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen konstatiert eine inakzeptable Stärkung der Verhandlungsmacht der Krankenkassen, die neben den Budgetverhandlungen nun auch über die Kapazitäten mit den Krankenhausträgern Verträge

abschließen müssen. Angesichts der chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser im investiven Bereich wird die Mittelumverteilung der Situation nicht gerecht. Eine Erhöhung der staatlichen Fördersumme sei zwingend geboten. Insgesamt fürchten die Krankenhausträger, daß unter dem Motto Vorfahrt der Selbstverwaltung den Krankenkassen der Einstieg in das sog. Einkaufsmodell ermöglicht wird, wonach die Krankenkassen diejenigen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen vertraglich in die stationäre Versorgung binden, die ihren Kapazitäts- und Versorgungsvorstellungen entsprechen.

Die Kassen ihrerseits begrüßen die Umstellung des Krankenhausplanungsverfahrens, kritisieren allerdings die aufwendigen Beteiligungsrechte und reklamieren den Abbau der „Altlasten“ durch den Staat. Dieses Argument zielt auf die gegenwärtige Krankenhausplanungsdiskussion in staatlicher Verantwortung, nach der der zuständige Minister bis 2006 ca. 7.300 Betten in NRW abbauen möchte.

## **Neue Herausforderungen**

Aus der Sicht der nordrheinischen Ärzteschaft lassen sich abschließend folgende Bewertungen hervorheben:

### **Notwendige staatliche Letztverantwortung**

Die Absicht des Staates, sich nach dem Prinzip der „Vorfahrt der Selbstverwaltung“ aus den Details der Krankenhausplanung zurückziehen, kann begrüßt werden. Durch die auch nach neuem Recht nicht tangierten Möglichkeiten des Staates, die Rahmenplanung im Krankenhausbereich festzulegen und damit die Eckpunkte der stationären Versorgung zu definieren, die Planverträge einem Genehmigungsvorbehalt zu unterziehen und die überregionalen Schwerpunkte staatlich zu verantworten, bleibt das notwendige Gewicht des Staates erhalten.

## **Krankenhäuser als Unternehmen**

Die Krankenhäuser der Zukunft werden sich verstärkt als Unternehmen zur Erbringung notwendiger stationärer Versorgungsleistungen verstehen müssen, ihr eigenes Leistungsprofil kritisch betrachten, alle Kooperationsmöglichkeiten ausschöpfen und sich stärker als bisher als Teil der regionalen Versorgung verstehen müssen.

## **Rationale Leistungsplanung durch Ärzte**

Die dem Verhandlungsprinzip unterworfenen zukünftige Planung der Krankenhauskapazitäten setzt eine gestärkte Verhandlungsposition der Krankenhausträger voraus, für die insbesondere die leitenden Ärztinnen und Ärzte mitverantwortlich sind. Vorausschauende Leistungsplanung, begründete Schwerpunktsetzung, verstärkte Kooperation zwischen den Ärztinnen und Ärzten in den verschiedenen Versorgungssektoren, gemeinsame Nutzung von Geräten und insbesondere Ausbau der internen und externen Qualitätssicherung schaffen die Basis für eine erfolgreiche Verhandlungsstrategie mit den Kostenträgern.

## **Kammern stärken**

Die Ärztekammer als Vertretung aller nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte im stationären, ambulanten und öffentlichen Bereich wird in Zukunft in deutlich verstärkter Form in die Fragen der Planungskonzeption, der Einzelverträge, der Schwerpunktsetzungen und der Qualitätssicherung integriert werden. Nur eine personell qualifizierte und gestärkte Interessenvertretung kann auf Landesebene und in den regionalen Kontexten garantieren, daß die berechtigten Belange der Ärzteschaft Berücksichtigung finden und auch in Zukunft eine hochstehende, qualifizierte stationäre Versorgung der nordrheinischen Bevölkerung zur Verfügung steht.