

# Von der Dualistik zur Monistik?

Wie viel Wettbewerb soll im Kliniksektor zukünftig zugelassen werden, und wie viel Kontrolle sollen die Länder noch ausüben? Das waren die Kernfragen auf einem Symposium zur Zukunft der Krankenhausplanung beim „Gesundheitskongress des Westens“.

von Jürgen Brenn



**Professor Dr. Barbara Schmidt-Rettig** von der Fachhochschule Osnabrück plädierte in Essen für mehr Flexibilität, Mut und Phantasie in Fragen der Kooperation, Vernetzung und Vertragsgestaltung im Kliniksektor.  
Foto: bre

**M**onistik, modifizierte Dualistik, bestehende Dualistik – das sind die Schlagworte der Diskussion über die Zukunft der Krankenhausfinanzierung. Damit eng verknüpft ist die Frage, wer künftig über die Krankenhausplanung bestimmt. Zu diesem Thema diskutierten Politiker, Ökonomen, Krankenhaus- und Kassenvertreter auf dem Gesundheitskongress des Westens kürzlich in Essen.

## Überleben durch Größe?

Letztlich stecke hinter der Frage, wie die Finanzierung der Zukunft ausgestaltet werden soll – aus einer Hand oder wie bisher in Kombination von Steuer- und Krankenkassengeld – die Entscheidung, wie viel Wettbewerb zugelassen werden und wer künftig für die Krankenhäuser zuständig sein soll, sagte Professor Dr. Barbara Schmidt-Rettig. Nach Meinung der Ökonomieprofessorin an der Fachhochschule Osnabrück müssen sich Kliniken, die in der Zukunft bestehen wollen, „fast ausschließlich an betriebswirtschaftlichen Faktoren“ orientieren.

Auch empfahl sie den Klinikmanagern, mehr Flexibilität, Mut und Phantasie an den Tag zu legen, wenn es um Fragen der Kooperation, Vernetzung und Vertragsgestaltung geht. Schmidt-Rettig zeigte sich davon überzeugt, dass lediglich diejenigen Krankenhäuser zukünftig überleben werden, die durch Kooperation, Konzentration und Fusion zu einer „optimalen Betriebsgröße“ wachsen. Diese Entwicklung beschwöre allerdings die Gefahr von Monopolstrukturen vor allem in der Fläche herauf. Das könne wiederum dem Wettbewerb schaden, so die Ökonomin.

Der betriebswirtschaftlichen Sicht widersprach Dr. Julius Siebertz vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS). „Ich vermisse die Aspekte Politik und Qualität“, entgegnete der Stellvertretende Leiter der Abteilung Gesundheit des MAGS und stellte klar: „Die Krankenhausplanung ist und bleibt Aufgabe der Länder.“ Zwar wolle das MAGS mehr Wettbewerb, jedoch keine völlige Öffnung. Eine dann zu erwartende „Marktberreinigung“ stehe in Konflikt mit der flächendeckenden Versorgung, so Siebertz.

Auch der Staatsrat bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien und Hansestadt Bremen, Dr. Hermann Schulte-Sasse, sprach sich für den Erhalt der Länderaufsicht über den stationären Sektor aus. Derzeit erleben die Bundesländer eine Erosion ihres Einflusses auf das Gesundheitswesen. Schulte-Sasse sagte: „Die klassischen Instrumente der Gesundheitsaufsicht werden dünner oder lösen sich auf.“ Dies sei eine „bedenkliche Entwicklung“, weil reiner Wettbewerb nicht wünschenswert sei, sondern nach seiner Überzeugung die Versorgungsqualität mindern würde.

Es wäre „naiv“, den Kassen oder den Leistungserbringern die Verantwortung für die Versorgungsqualität zu überlassen. „Wir brauchen eine ordnende Hand“, sagte der Staatsrat. Gleichzeitig räumte er ein, dass die Länder – „egal ob Bayern oder Bremen“ – nicht in der Lage sind, die nötigen Investitionen der Krankenhäuser zu finanzieren. Deshalb plädierte er für pauschale Krankenhausinvestitionen, auch wenn die „Pauschale in nicht auskömmlicher Höhe“ ausfalle. „Ich halte den NRW-Weg für alternativlos“, so Schulte-Sasse, der ankündigte, dass Bremen plane, ebenfalls auf die in Nordrhein-Westfalen eingeführte Investitionspauschale umzustellen.

Auf längere Sicht sieht Schulte-Sasse eine monistische Finanzierung auf die Krankenhäuser zukommen. Gleichzeitig sieht er die Kliniken in der Pflicht, bei der Geldbeschaffung für notwendige Investitionen neue Wege zu beschreiten. Beispielsweise sei eine durch Landesbürgschaften abgesicherte Eigenfinanzierung von Projekten denkbar. Die Bürgschaften könnten an Voraussetzungen und Bedingungen geknüpft werden, sodass die Länder wiederum eine Aufsichtsfunktion übernehmen könnten.

## Zukunftsmodell Pauschale

„Der Monistik sehen wir gelassen entgegen“, sagte Günter van Aalst, Leiter der NRW-Landesvertretung der Techniker Krankenkasse. Allerdings müsse dann klar sein, dass die Krankenkassen bei der Investitionstätigkeit deutlich mitbestimmen. Er glaube nicht, dass die Umstellung der Krankenhausfinanzierung in naher Zukunft kommen wird. Das derzeitige Pauschalmodell, wie es seit 2008 schrittweise in NRW eingeführt wird, gebe den Kliniken Planungssicherheit und wird sich nach Ansicht des Krankenkassenvertreters durchsetzen. Van Aalst bekannte sich auch zu Kollektivverträgen zwischen Krankenhäusern und Kassen. Allerdings müsse die integrierte Versorgung und die Vernetzung der einzelnen Sektoren weiter ausgebaut werden, wobei der Weg „kooperativ und kollektiv“ gestaltet sein müsse. Für „planbare Leistungen“ sollten daneben Selektivverträge möglich sein, da die Patienten immer informierter und kritischer werden. „Unsere Versicherten wollen Qualität, sie schauen auf Fallzahlen und stimmen dann mit den Füßen ab“, so van Aalst.

Damit stieß der Kassenvertreter auf den Widerstand von Mathias Blum, Stellvertretender Geschäftsführer der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen. „Wir sagen zu Selektivverträgen: Nein, danke!“ Er befürchtet, dass Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Kliniken die wohnortnahe Versorgung kippen würde. Gleichzeitig würden Selektivverträge das Ende der Krankenhausplanung einläuten und sowohl die Weiterbildung von Ärzten als auch die Notfallmedizin in Gefahr bringen, so Blum.