

EINGANG 9. JULI 2007/kj

6. Juli 2007

Presseinformation

Positionspapier des VKD zum ordnungspolitischen Rahmen 2010

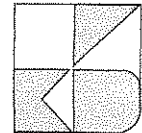
Bei der Jahrestagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) wurde das Positionspapier des VKD zum ordnungspolitischen Rahmen 2010 von den Delegierten verabschiedet. Der VKD-Präsident Heinz Kölling führte dazu aus:

Der VKD sieht in Übereinstimmung mit den meisten Akteuren die Notwendigkeit, nach Abschluss der Konvergenzphase 2009 die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung und die angrenzenden Bereiche im Hinblick auf mehr Wettbewerb zu strukturieren. Dazu gehört im Einzelnen:

1. Klärung des Preissystems und die damit verbundenen wettbewerblichen Anreize.
2. Festlegung der DRG-Berechnungsgröße Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert.
3. Einführung der monistischen Finanzierung.
4. Zukunft der Krankenhausplanung.

Zu 1: Preissystem und Wettbewerb

Die Krankenhäuser akzeptieren ihre gesamtwirtschaftliche Verantwortung für die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen. Mindestens müssen jedoch die Tarifsteigerungen, die sich für Krankenhäuser ergeben, refinanziert werden. Dies kann zum Ausdruck kommen durch die Anbindung der Entwicklungen des Basisfallwerts an das allgemeine Preisniveau. Die Anbindung an die Veränderungsrate der Krankenkasseneinnahmen wird abgelehnt, weil es keinen Zusammenhang zwischen dem Bedarf an gesundheitlicher Versorgung und den Einnahmen der Krankenkassen gibt. Innerhalb eines gegebenen Preis- und Wettbewerbssystems muss es dennoch "technische Möglichkeiten" zur Erlössicherung geben. So müssen Entgeltzuschläge möglich sein, wenn es in Fällen der "Wegfalls der Geschäftsgrundlage" zu Erlöseinbrüchen kommt.



Preissystem:

DRGs sind als Festpreise auszugestalten. Ein Preiswettbewerb lässt negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung befürchten, wie es im Reha-Bereich zu beobachten ist: Dort erfolgt oft die Einweisungsentscheidung durch die Krankenkasse allein nach dem Kriterium des niedrigsten Preises. Im Festpreissystem müssen auch die der Krankenhausversorgung vor- und nachgelagerten Bereiche angebunden werden. Die Krankenhäuser sollen die Möglichkeit haben, komplette sektorenübergreifende Leistungspakete von ambulanter Voruntersuchung bis zur Reha und Nachsorge anzubieten. Das Krankenhaus tritt dabei als Leistungserbringer bzw. als "Generalunternehmer der Leistungserbringung" auf und organisiert die gesamte Behandlung.

Wettbewerb:

Das Vergütungssystem darf keine Anreize zur Absenkung der Qualität bieten. Deshalb muss im Qualitätswettbewerb sichergestellt sein, dass bestimmte Qualitätskriterien erfüllt werden, damit der geforderte Festpreis überhaupt legitimiert ist. Mit seinem Eintreten für den Qualitätswettbewerb spricht der VKD sich dafür aus, dass eine größtmögliche Transparenz über die Qualität hergestellt wird. Dabei müssen weitestgehend vorhandene Routinedaten genutzt werden.

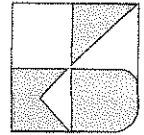
Bei Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für den Umgang mit den vorhandenen Daten sollte es auch möglich sein, BQS- Daten der Ergebnisqualität Krankenhaus individuell zu veröffentlichen. Die bereits vorhandenen Qualitätskriterien sind dabei als Tracer zu verstehen, ohne dass ein 100 % Ansatz verfolgt wird.

Zu 2: Basisfallwert

Nach den bisherigen Überlegungen der meisten Akteure im Gesundheitswesen sollte perspektivisch nach Abschluss der Konvergenzphase ein bundesweit einheitlicher Basisfallwert die Grundlage für das Preissystem bilden. Der VKD hält die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwerts nur dann für vertretbar, wenn bis zum Abschluss der Konvergenzphase geklärt ist, ob und inwieweit die bestehenden Unterschiede in den Kosten- und Versorgungsstrukturen angeglichen sind. In die Bewertung der Wirkungszusammenhänge müssen auch die außerhalb des DRG-Systems fließenden Finanzströme berücksichtigt werden. Der VKD befürchtet zudem, dass eine Durchschnittsbildung aus 16 Länderbasisfallwerten zu einem Entzug von Finanzierungsmitteln aus der stationären Krankenhausversorgung führen wird.

Zu 3: Zukunft der Investitionsfinanzierung, Einführung der Monistik

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es unverzichtbar, dass die Verantwortung für die betrieblichen Abläufe und die Betriebskosten sowie die Entscheidungskompetenz über die Investitionen endlich bei einer Instanz zusammengeführt wird. Insoweit ist der Übergang zur monistischen Finanzierung betriebswirtschaftlich zwingend.



Der Übergang von der dualen zur monistischen Finanzierung hilft den Krankenhäusern aber nicht, wenn dadurch die chronische Unterfinanzierung erhalten bleibt und der Einfluss der Länder auf die Krankenhäuser lediglich durch den Einfluss der Krankenkassen abgelöst wird.

Eine monistische oder auch teilmonistische Finanzierung kann nur dann eine Alternative zum gegenwärtigen dualen System darstellen, wenn insbesondere die Fragen der Aufbringung der erforderlichen Mittel, der Einflussnahme auf die Verteilung und die Verwendung der Mittel sowie die Fragen des Übergangs vom einen auf das andere System ausreichend geklärt sind. An diesen Fragen muss politisch seriös und betriebswirtschaftlich fundiert gearbeitet werden, bevor eventuell nicht mehr umkehrbare Weichenstellungen eingeleitet werden.

Zu den zu klärenden Fragen gehören auch die Rahmenbedingungen, die unabhängig vom Finanzierungssystem verändert werden müssen, um den Krankenhäusern die notwendige unternehmerische Freiheit im Wettbewerb zu geben: Das sind das Kartellrecht, das Steuerrecht, das Vergaberecht, und die im Zusammenhang mit der Mittelbeantragung und Mittelbewirtschaftung in den letzten Jahrzehnten ausgefertigten bürokratischen Formalien.

Zu 4: Krankenhausplanung

Aus Sicht des VKD ist die Letztverantwortung der Länder für eine strukturell funktionsfähige Krankenhausversorgung unverzichtbar. Die Krankenhausplanung soll der Vermeidung von Unterversorgung dienen und sich deshalb auf die Ausweisung von Standorten und Fachgebieten beschränken: Keine Vorgabe von Subspezialisierungen und Bettenzahlen für das einzelne Krankenhaus!

Die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen für alle zugelassenen Krankenhäuser darf nicht aufgeweicht werden, andernfalls wäre die Letztverantwortung der Länder nicht mehr gegeben. Die Kompetenz der Länder für die Krankenhausplanung setzt nicht notwendigerweise voraus, dass diese auch an der Investitionsfinanzierung beteiligt bleiben.

Dazu gibt es Beispiele aus anderen Politikbereichen: Die Politik hat Verantwortung für eine funktionierende Energieinfrastruktur. Dennoch beteiligt sie sich nicht an der Finanzierung von Kraftwerken oder Leitungsnetzen.

Hintergrund:

Der Verband der Krankenhausedirektoren Deutschlands e. V. (VKD) wurde 1903 in Dresden gegründet. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Fortbildung seiner Mitglieder (Krankenhausgeschäftsführer und -verwaltungsdirektoren). Außerdem wirkt der VKD bei aktuellen Fragestellungen zur Gesundheitswirtschaft und Krankenhausgesetzgebung mit. Der VKD ist bundesweit vertreten und hat ca. 3.000 Mitglieder.

Nähere Informationen:

Dr. Rudolf Hartwig, VKD - Referent für Öffentlichkeitsarbeit,
Alfried-Krupp-Straße 21, 45117 Essen;
Tel.: 0201/434-2330; Fax: 0201/434-2397;
E-Mail: rudolf.hartwig@krupp-krankenhaus.de