



Positionspapier des VKD zum ordnungspolitischen Rahmen 2010

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, wie beispielsweise in Naturkatastrophen oder bei geplanten Teilstilllegungen des Krankenhauses für erforderliche Sanierungs- und Umbaumaßnahmen. Allein die Kündigung des Budgets nach § 4 Abs. 11 Krankenhausentgeltgesetz bringt keine Lösung, wenn nach der Konvergenzphase die rechtliche Möglichkeit eines Zuschlags nicht mehr gegeben ist.

- Preissystem

DRG's sind als Festpreise auszugestalten. Ein Preiswettbewerb z. B. Höchstpreise oder Richtpreise lässt negative Auswirkungen auf die Qualität der Leistungserbringung befürchten. Ein negatives Beispiel des Preiswettbewerbs lässt sich im Reha-Bereich beobachten. Die Einweisungsentscheidung erfolgt durch die Krankenkasse nach dem Kriterium des niedrigsten Preises. Der Versicherte verfügt nicht über die für ein flexibles Preissystem erforderliche Konsumentensouveränität.

Innerhalb eines Festpreissystems müssen auch die der Krankenhausversorgung vor- und nachgelagerten Bereiche angebonden werden. Die Krankenhäuser sollen die Möglichkeit haben, komplette sektorenübergreifende Leistungspakete von ambulanter Voruntersuchung bis Reha und Nachsorge anzubieten. Diese sind über erweiterte DRG's zu finanzieren. Das Krankenhaus tritt dabei als Leistungserbringer bzw. als "Generalunternehmer der Behandlung auf und organisiert die gesamte Leistungserbringung unter dem Stichwort "Behandlungsfreiheit nach Einweisung". Dieser Ansatz ist langfristig tragfähiger als die Fortführung der derzeit zeitlich begrenzten Integrationsversorgung.



- Wettbewerb

Das Vergütungssystem darf keine Anreize zur Absenkung der Qualität enthalten. 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. Es darf nicht der Versuch gemacht werden, flächendeckend für alle möglichen Sachverhalte Qualitätskriterien zu definieren. In diesem Sinne ist auch die Überlegung der GMK abzulehnen, verbindliche Zertifizierungsverfahren vorzusehen. Bei der Nutzung vorhandener Routinedaten auch im Sinne der Ergebnisqualität spricht sich der VKD eine größtmögliche Transparenz der vorhandenen Qualitätskriterien aus, damit sich der Wettbewerb entfalten kann. 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 beabsichtigt wird. Offene Fragen der Definition von Strukturqualität und Ergebnisqualität sollen nicht ausschließlich dem GBA oder den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften überlassen werden, sondern müssen unter Einbindung eines breiten Spektrums von Leistungserbringern erfolgen.

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 gegenwärtigen Konvergenzphase geklärt ist, ob und inwieweit die derzeit bestehenden Unterschiede in den Kosten- und Versorgungsstrukturen angeglichen sind. Es besteht außerdem die Gefahr, dass andernfalls die Durchschnittsbildung aus 16 Länderbasisfallwerten zu einem Entzug von Finanzierungsmitteln aus der stationären Krankenhausversorgung führen wird. In die Bewertung der Wirkungszusammenhänge müssen auch die außerhalb des DRG-Systems fließenden Finanzströme berücksichtigt werden.

Zu 3: Zukunft der Investitionsfinanzierung, Einführung der Monistik

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist es unverzichtbar, dass die Verantwortung über die betrieblichen Abläufe und damit über die Betriebskosten nicht losgelöst von der Entscheidungskompetenz über die Investitionen getragen werden kann. Insoweit ist der Übergang zur monistischen Finanzierung betriebswirtschaftlich zwingend.

Der Übergang von der dualen zur monistischen Finanzierung hilft den Krankenhäusern aber nicht, wenn dadurch weder die chronische Unterfinanzierung beseitigt wird noch der Einfluss des Landes 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 vorbereitet 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. Dazu gehören 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. Subspezialisierungen und Bettenzahlen innerhalb eines einzelnen Krankenhauses sollten nicht von der Landesplanung vorgegeben werden. 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 sich auch an der Investitionsfinanzierung beteiligen.

Berlin, den 15.5.2007