

4. Juli 2003

Mut zu strukturellen Veränderungen

Grundsatzpositionen des VKD für eine zukunftssichere Krankenhauswirtschaft

Anlässlich seines 100jährigen Bestehens veröffentlicht der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) seine Grundsatzpositionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Im VKD ist das Management fast aller deutschen Krankenhäuser zusammengeschlossen, das Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser trägt. Als verlässlicher Gesprächspartner der Politik und anderer Akteure der Gesundheitswirtschaft vertritt der VKD nicht nur die Interessen der Krankenhäuser, sondern hat auch die Belange des Gesundheits- und Sozialsystems insgesamt im Blick.

Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Diskussion zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) und den damit verbundenen grundsätzlichen Fragen zur Weiterentwicklung der Gesundheitswirtschaft vertritt der VKD folgende Positionen:

1. Solidarität zukunftssicher gestalten

Die gesetzliche Krankenversicherung leidet seit Jahren darunter, daß die sozialen Sicherungssysteme zunehmend als „Verschiebebahnhof“ mißbraucht werden. Darüber hinaus werden versicherungsfremde Leistungen durch die Krankenversicherung getragen, die eigentlich gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind. Hier ist dringend Abhilfe erforderlich. Außerdem ist ohne ideologische Vorbehalte über Anreizmechanismen zu sprechen, die das Subsidiaritätsprinzip stärken. Erfahrungen anderer Länder mit Selbstbeteiligung zeigen, daß dieses ohne Aufgabe des Solidaritätsgedankens möglich ist.

Auf der Einnahmenseite der GKV ist angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts nach ergänzenden Wegen der Finanzierung zu suchen; das gilt nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Arbeitswelt, die absehbar zu einem sinkenden Anteil des Arbeitseinkommens am gesamten Volkseinkommen führen.

2. Individuelle Gesundheitsvorsorge steuerlich fördern

Angesichts der Tatsache, daß das umlagefinanzierte Krankenversicherungssystem an seine Grenzen stößt, muß die Gesellschaft verstärkt auf Eigenvorsorge setzen. Ähnlich wie in anderen Bereichen würde die steuerliche Berücksichtigung eigener Gesundheitsvorsorge dieser einen deutlichen An Schub geben und gleichzeitig die Krankenkassen entlasten. Darüber hinaus würden in der Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft dadurch mehr Arbeitsplätze geschaffen, als es mit vergleichbaren Ausgaben in hochautomatisierten Produktionsprozessen der Fall ist.

3. Leistungsgerechte Vergütung anstatt sektoraler Deckelung

Die destruktive Wirkung der Deckelung hat innerhalb der sektoral abgeschotteten Leistungsanbieter zu Verwerfungen geführt; gesunde Strukturen und Prozesse für eine effiziente Versorgung werden zunehmend vernichtet. Deshalb fordert der VKD, daß die Budgetierung endlich abgeschafft und durch ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die Krankenhäuser und die an der Schnittstelle zur stationären Versorgung tätigen anderen Leistungsanbieter ersetzt wird.

Das DRG-System bietet dafür einen Ansatz; ist aber noch nicht die Lösung. Die Wirkungen eines Preissystems können sich erst entfalten, wenn endlich nach dem Grundsatz gehandelt wird, daß das Geld der Leistung folgt. Hierzu bedarf es intelligenter Leistungsanreizsysteme, die einerseits Qualität und rationale Organisation belohnen und andererseits eine fehlgesteuerte Leistungsausweitung unterbinden.

4. Zulassung und Förderung von Wettbewerb

Das DRG-System mit einem festen Entgelt für eine definierte Leistung setzt Anreize zur Verschlankung der Prozesse in den Krankenhäusern. Die dadurch frei werdenden Kapazitäten müssen ohne administrative und bürokratische Restriktionen genutzt werden dürfen, um im Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern, aber auch mit anderen Anbietern zusätzliche Leistungen an das Haus zu holen. Hierfür müssen genehmigungsfreie Verträge auch mit einzelnen Unternehmen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung möglich sein.

Als schweres Hemmnis für eine effiziente Leistungserstellung hat sich die Einbeziehung der Leistungen für Privatpatienten in das Krankenhausbudget erwiesen. Eine Entkoppelung des PKV- und GKV-Bereichs würde ohne Aufgabe des Solidaritätsgedankens zu einem Produktivitätsschub in den Krankenhäusern führen.

Erste vorsichtige Ansatzpunkte zur Zulassung von mehr Wettbewerb sind im Entwurf des GMG enthalten. Der VKD hofft, daß auch die politischen Parteien, die in anderen Wirtschaftsbereichen dem Wettbewerb das Wort reden, nicht aus falsch verstandener Klientelpolitik diese Ansätze in der Gesundheitswirtschaft abblocken.

5. Mit dem GMG endlich Strukturveränderungen einleiten

Der VKD sieht eine große Chance zur Strukturveränderung durch die Neuregelungen zur fachärztlichen Versorgung. Der teilweise Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen wird es ermöglichen, vernünftige Kooperationsformen zwischen den Krankenhäusern und vor- und nachgelagerten ambulanten Leistungsanbietern zu fördern.

Nicht zuletzt die Einführung des DRG-Systems verlangt danach, daß Krankenhäusern weitgehend freigestellt wird, ob und in welchem Umfang sie die Behandlung stationär bzw. ambulant realisieren. Es darf nicht übersehen werden, daß die Koppelung der Behandlung an das Bett zu einer Verschwendung von Ressourcen führt.

Unverständlich ist dem VKD, wieso die Kassenärztliche Vereinigung (KV) durch die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser und die Neuregelung der fachärztlichen Versorgung die freie Arztwahl gefährdet sieht. Genau das Gegenteil ist der Fall. Endlich hat auch der gesetzlich versicherte Patient das gleiche Recht wie der Privatpatient: Er darf entscheiden, ob er den Krankenhausarzt oder den niedergelassenen Arzt konsultieren möchte. Bei gleichem Preis wird sich die bessere und für den Patienten überzeugendere Leistung letztlich im Wettbewerb durchsetzen.

Mit den vorgesehenen Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus können die Krankenkassen mit den Krankenhäusern für hochspezialisierte Leistungen entsprechende Behandlungsmöglichkeiten vereinbaren. Damit können dem Wunsch vieler Patienten entsprechend diese Leistungen auch am Krankenhaus erbracht werden, ohne ihn stationär aufnehmen zu müssen.

Unzureichend ist die Regelung der ambulanten Behandlung bei fachärztlicher Unterversorgung. Die Ermächtigung durch die KV läuft bekanntlich aus, sobald ein Facharzt sich niederläßt. Auf dieser Basis können keine Investitionsentscheidungen in unterversorgten Regionen getroffen werden. Die Krankenkassen müssen hier die Möglichkeit haben, Versorgungsverträge unabhängig von der KV abzuschließen.

Der VKD begrüßt, daß mit der Zulassung von Gesundheitszentren endlich mit dem Dogma aufgeräumt wird, daß die ambulante Versorgung an den freiberuflich tätigen Arzt gekoppelt sein muß.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Entbürokratisierung der integrierten Versorgung eröffnet Chancen zur qualitativen und wirtschaftlichen Verbesserung der Patientenversorgung. Die Leistungsverdichtung infolge des Fallpauschalensystems wird Krankenhäuser dazu veranlassen, die Zusammenarbeit mit den neu geschaffenen Gesundheitszentren zu suchen, in denen angestellte Ärzte ambulant tätig sind.

In dünn besiedelten Gebieten wird dadurch die flächendeckende Versorgung gesichert; in Ballungsgebieten ist mit einer Konzentration der Leistungsanbieter sowie mit einem Ausscheiden schwacher Wettbewerber zu rechnen.

Die Integrationsversorgung kann auch den instrumentellen Rahmen bieten, um die aus Qualitätsgründen grundsätzlich befürworteten Disease Management-Programme „aus einer Hand“ zu organisieren. Die gegenwärtige Ausgestaltung von DMP Brustkrebs und DMP Diabetes ist aber hinsichtlich der leistungsmäßigen Integration auf halbem Wege steckengeblieben:

Die Zuordnung der Behandlungsepisoden orientiert sich an den traditionell abgeschotteten Leistungssektoren; an den Schnittstellen wird zwar der Transfer der Befunde deutlich verbessert; über Innovationen bei der Finanzierung wird jedoch nichts ausgesagt.

Hinsichtlich der Qualitätsorientierung der Medizin unterstützt der VKD das Ziel, das mit der Etablierung des neu geschaffenen Qualitätsinstituts erreicht werden soll. Dem Institut kann jedoch lediglich eine Koordinationsfunktion zukommen. Es kann beispielsweise nicht anstelle der dafür zuständigen und kompetenten medizinischen Fachgesellschaften selbst medizinische Leitlinien entwickeln. Als Anstalt des öffentlichen Rechts kann das Institut zwar unabhängig agieren; die vorgesehenen „Durchgriffsrechte“ des Ministeriums entwerfen jedoch diesen Ansatz und leisten dem Vorwurf der „Staatsmedizin“ Vorschub.

6. Der Strukturwandel erfordert die Neuregelung der Investitionsfinanzierung

Der Investitionsnotstand in den Krankenhäusern muß schnellstens beendet werden. Der erforderliche Strukturwandel und nicht zuletzt das DRG-System werden Organisation und Prozesse in den Krankenhäusern und im Zusammenwirken mit anderen Leistungsanbietern grundlegend verändern. Das erfordert in der Regel erhebliche Investitionen in die bauliche und technische Infrastruktur. Die damit verbundenen unternehmerischen Entscheidungen können nicht mit den Möglichkeiten der dualen Finanzierung umgesetzt werden.

Es bedarf deshalb des raschen Einstiegs in die monistische Finanzierung. Diese muß es den Krankenhäusern ermöglichen, ihren Investitionsbedarf über die Leistungsentgelte zu finanzieren. Lediglich für große Bauvorhaben bedarf es noch der Förderung durch die Länder. Die Förderpraxis muß jedoch dringend entbürokratisiert und verschlankt werden.

7. Beschränkung der Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung

Die in manchen Bundesländern in übergroßer bürokratischer Detaillierung festgelegten Krankenhauspläne stehen in deutlichem Widerspruch zu den mit der Einführung des DRG-Systems ausgelösten und politisch gewollten wettbewerblichen Elementen in der Krankenhauswirtschaft.

Mittelfristig ist zu fordern, daß die Rolle des Staates auf eine Standortplanung reduziert wird. Bei geeigneten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen nach der Übergangsphase der DRG-Einführung kann der VKD sich grundsätzlich auch mit dem Instrumentarium der Versorgungsverträge einlassen, wie es bereits jetzt – verfrüht – im GMG-Entwurf angelegt ist.

Die Krankenhäuser brauchen dabei allerdings eine verlässliche Vertragspartnerschaft mit den Krankenkassen; auch aus volkswirtschaftlichen Gründen muß sichergestellt sein, daß mit öffentlichen Mitteln getätigte Investitionen durch Versorgungsverträge nicht „entwertet“ werden.

8. Verschwendung vermeiden durch Deregulierung

Es gibt mittlerweile eine kaum noch zu überschauende Menge von Gesetzen und Verordnungen im Krankenhaus. Nicht wenige dieser Reglementierungen und bürokratischen Vorgaben sind überflüssig, da sie überzogen scheinen oder gar Selbstzweck sind.

9. Für ein zeitgemäßes Arbeitsrecht und einen modernen Krankenhaustarif

Wie andere Unternehmen leiden auch die Krankenhäuser unter mangelnder Flexibilität und Überregulierung im Bereich arbeitsbezogener Gesetze und Bestimmungen. Für die breite Öffentlichkeit wurde dieses Phänomen im Zusammenhang mit dem EuGH-Urteil über den Bereitschaftsdienst schlaglichtartig erleuchtet.

Unabhängig von der etwaigen Umsetzung in den deutschen Krankenhäusern wird dadurch die Notwendigkeit verstärkt deutlich, den in seiner Komplexität nicht mehr überschaubaren und darüber hinaus für das „Unternehmen Krankenhaus“ wegen seines mangelnden Leistungsbezugs nicht mehr geeigneten BAT durch ein leistungsorientiertes Tarifwerk zu ersetzen. Die 2003 erneut größer gewordene Diskrepanz zwischen den berechtigten Ansprüchen der Beschäftigten auf eine angemessene Entlohnung und der unzureichenden Finanzierung der Personalkosten infolge der Budgetdeckelung wird auch 2004 nicht geringer. Zur Wettbewerbsorientierung der Krankenhäuser gehört auch, daß sie angemessene Entgelte für ihre Leistungen vereinbaren können, um nicht in weiteren Personalabbau oder Outsourcing getrieben zu werden.

Das Gesundheitswesen und die Krankenhauswirtschaft gehören zu den Wachstumsbranchen in Deutschland, wo mit 1,1 Mio. Beschäftigten weit überwiegend sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse gesichert werden. Es wäre töricht, wenn die politischen Entscheidungsträger nicht die Chance nutzen würden, das Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen und jetzt den schon längst überfälligen Strukturwandel einleiten. Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz ist ein erster hoffnungsvoller Ansatz, weitere müssen folgen.