

Pressegespräch am 23. Juli 2008 in Berlin: Weiterentwicklung der stationären Versorgung

Zusammenfassung wesentlicher Punkte

Mit dem Ende der Konvergenzphase der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) soll der künftige ordnungspolitische Rahmen im Krankenhaus neu geregelt werden. Der GKV-Spitzenverband macht sich für ein Gesetz zur Krankenhausreform stark, das den Wettbewerb der Kassen im stationären Bereich ermöglicht und die Finanzierung der Kliniken bei ausgewogener Lastenverteilung zwischen Kassen und Bundesländern zukunftssicher macht. Denn dies ist der richtige Weg, um die gute Versorgung der Versicherten auch morgen zu garantieren.

Der GKV-Spitzenverband plädiert für eine Weiterentwicklung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhauslandschaft, die den Namen Reform verdient. Die vage Selbstverpflichtung der Bundesländer - wie jüngst im Plöner Papier der Gesundheitsministerkonferenz - ist keine fundierte Basis. Denn hier wurde keine Neukonzeption vorgestellt, sondern für den Status quo mehr Geld gefordert. Die finanziellen Lasten lägen allein bei den Beitragszahlern. In der stationären Versorgung braucht es nicht nur das verbale Bekenntnis zur Sicherstellung der Versorgung seitens der Länder, sondern auch ihr finanzielles Engagement. Die duale Krankenhausfinanzierung sieht eine Lastenteilung zwischen Krankenkassen (Betriebskosten) und Ländern (Investitionskosten) vor. Die Länder fahren ihre Investitionen jedoch seit Jahren zurück.

Die Krankenkassen zahlen in diesem Jahr über 50 Mrd. Euro an die Kliniken. Im nächsten Jahr kommen noch einmal rund 1,5 Mrd. Euro aus der Grundlohnsummensteigerung, der auslaufenden Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung und dem Wegfall des so genannten „Sanie-

Kontakt:
Pressestelle
Florian Lanz

Tel.: 030 206288-4200
Fax: 030 206288-88

presse@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

rungsbeitrags“ dazu. Wenn die Bundesländer ihren finanziellen Verpflichtungen genauso nachkämen wie die Krankenkassen, wären die Krankenhäuser insgesamt gut finanziert.

Der Rückgang der Pflegekräfte in den Krankenhäusern ist größtenteils der veränderten Versorgung geschuldet, denn die Anzahl der Pflegetage sinkt. So kommen auf eine Pflegerin bzw. einen Pfleger trotz des Rückgangs der Anzahl der Pflegekräfte im Schnitt statt 507 Belegungstage (1999) nur noch 475 Belegungstage (2006).

Wer Tariflohnsteigerungen abschließt, wie jüngst die Krankenhäuser in ihren Verhandlungen mit den Gewerkschaften, sollte nicht darauf spekulieren, dass Dritte die Rechnung zahlen. Der GKV-Spitzenverband wird sich dagegen wehren, dass die Tariflohnsteigerungen einfach an die Beitragszahler durchgereicht werden.

Ein neues Gesetz sollte den Krankenkassen und den innovativen Krankenhäusern endlich Freiräume eröffnen, damit das Wort Wettbewerb auch im stationären Bereich gelebt werden kann. In der stationären Versorgung dominiert heute nach wie vor die gemeinsame und einheitliche Budgetverhandlung. Einen echten Effizienzgewinn brächten dagegen Selektivverträge – also freiwillige, spezifische Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Die Versorgung der Patienten und Patientinnen ist im kommenden Jahr auch ohne eine Krankenhausreform gesichert. Um die Krankenhausversorgung aber auf Dauer zu sichern, müsste man ein echtes Reformgesetz auflegen, das Fehlanreize vermeidet (Pflegekraft-Sonderprogramm, Tariflohnsteigerungen), Wettbewerb stärkt (Selektivverträge) und grundlegende Probleme löst (Investitionsstau der Bundesländer). Wenn der Politik dazu derzeit die Kraft fehlt, sollte man auf ein durch die Länder zustimmungspflichtiges Gesetzgebungsverfahren verzichten. Lieber keine Reform als eine schlechte.