



## Editorial

DKG-Hauptgeschäftsführer **Georg Baum**

# 2010 – Jahr der Konzepte

**W**ährend die meisten Wirtschaftsbereiche düstere Beschäftigungsprognosen für 2010 verbreiten, gibt es in den Krankenhäusern eine Million stabile Arbeitsplätze und zudem ca. 10 000 freie Stellen – 5 000 davon alleine im ärztlichen Bereich. Der stationäre Sektor kann 2010 erneut ein bedeutender Beschäftigungs- und Wachstumsmotor sein, wenn man die Krankenhäuser nur lässt. Dafür erforderlich sind entsprechende finanzielle Mittel. Die Finanzierung durch Kosteneinsparungen ist nicht möglich. Maßgebliche Tarifvereinbarungen sind ausgelaufen. Selbst für kleine Tarifsteigerungen ist wenig Raum erkennbar. Die auf 1,5 Prozent begrenzte Grundlohnrate, deren Umsetzung in die Landesbasisfallwerte durch die gesetzlich vorgegebenen Degressionseffekte ohnehin nicht möglich ist, reicht nicht einmal für die zu erwartenden Kostensteigerungen. Völlig irrational sind in diesem Zusammenhang die erneuten Kürzungsattacken der Krankenkassen.

Erfreulicherweise gibt es eindeutige Signale aus der Koalition, die wesentlichen Finanzierungsbedingungen 2010 unverändert zu lassen. Das bedeutet aber nicht, dass die Finanzierung der Krankenhäuser 2010 kein politisches Thema sein wird. Mit Spannung wird der erste vom Statistischen Bundesamt zu ermittelnde krankenhausspezifische Kostenorientierungswert erwartet. Mit ihm soll die Grundlohnrate 2011 als Obergrenze für die Steigerung der Landesbasisfallwerte endgültig abgeschafft werden. Die Krankenhäuser gehen davon aus, dass der amtliche Kostenwert eins zu eins übernommen wird. Ansonsten sollte bei der Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser erst einmal Ruhe einkehren.

Auch bei der Umsetzung des Koalitionsvertrags in wesentlichen Strukturbereichen der ambulanten Leistungen von Krankenhäusern – MVZ-Trägerschaft und § 116 b SGB V – muss vor gesetzlichen Schnellschüssen gewarnt werden. Notwendig ist eine grundsätzliche Reformdiskussion mit dem Ziel, die Sektortrennung weiter zu überwinden. Gemeinsam stellen Ärzte in der Niederlassung und in den Krankenhäusern die medizinische Versorgung sicher. Sie sind gleichermaßen geprägt von der besonderen persönlichen Verantwortung des ärztlichen Berufes. Die Unterscheidung in freiberufliche Organisationsformen und Anstellungsverhältnisse kann und darf keine Barriere für die Versorgungsstrukturen bilden. Maßgeblich darf nur sein, was gut für die Patienten ist.

Von schweren Krankheiten betroffene Patienten müssen auch für ambulante Leistungen Zugang zu Krankenhausärzten haben. Oberstes Kriterium ist die Wahlfreiheit des Patienten, flankiert von gleichen Wettbewerbsbedingungen. Die Abschaffung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung für das § 116 b Leistungsspektrum und deren konsequente Herausnahme aus den vertragsärztlichen Budgetierungsstrategien wären Kernelemente einer konsequenten Vorwärtsstrategie. MVZ-Trägerschaftsverbote für Kliniken und Zugangsbarrieren zu spezialisierten Krankenhausleistungen wären ein Rückschritt. Auch 2010 bleibt es bei der kooperativen Orientierung der Krankenhäuser im Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten. In Zeiten des Ärztemangels wäre Abschottung der falsche Weg.

Ebenfalls nicht für „Schnellschüsse“ eignet sich der Komplex „Wettbewerb“. Mehr wirtschaftliche Rivalität im Gesundheitswesen erfordert zunächst eine faire Wettbewerbsordnung. Diese sollte auf die Wahlfreiheit der Patienten abzielen und das Krankenhaus-Patienten-Verhältnis in den Mittelpunkt stellen. Beliebiges Kontrahieren durch übermächtige Versicherer kann nicht der richtige Weg sein. Wenn Patienten nur solche Krankenhäuser aufsuchen dürften, mit denen ihre Krankenkassen Verträge abgeschlossen haben, würde das Gegenteil von Trägervielfalt und Wettbewerb erreicht. Zulassungen zur Leistungserbringung sind unteilbar. Vergütungen dürfen nicht vom Versicherer diktiert werden. Im Kernbereich medizinischer Leistungen sind allgemeingültige Gebührenverzeichnisse unverzichtbar. Dabei bleibt Raum für einzelvertragliche Versorgungsgestaltungen. Deren Rechtsrahmen (IV) kann weiterentwickelt werden.

Das Jahr 2010 sollte zur konzeptionellen Neuorientierung genutzt werden. Ebenso wie die GKV-Finanzreform müssen die Strukturreformelemente des Koalitionsvertrages noch detailliert erarbeitet werden. Bei der GKV-Finanzierungsdiskussion mag eine auf Regierungsmitglieder begrenzte Kommission sinnvoll sein. Bei den Strukturfragen ist eine die Beteiligten einbeziehende Strukturreformkommission dringend zu empfehlen. Die Krankenhäuser bieten ihre konstruktive Mitarbeit an.