

Krankenhäuser in der Politikfalle – Bund schiebt Finanzverantwortung auf die Länder

Der Frühlingsempfang der DKG am 11. März 2008 fand in einer gesundheitspolitisch äußerst angespannten Situation statt. Unübersehbares Zeichen hierfür waren die zur gleichen Zeit bundesweit stattfindenden Streiks von Krankenhausbeschäftigten im Zuge der Tarifverhandlungen mit ver.di und dem Marburger Bund. Spätestens seit der RWI/BDO-Studie im Auftrag der DKG und der Vorlage des „Krankenhaus Rating Report 2008“ des RWI wurde in beängstigender Weise bestätigt, dass immer mehr Krankenhäuser – 2008 bereits 34 Prozent der über 2 100 Kliniken – infolge der Deckelungspolitik der Regierungskoalition von Insolvenz bedroht sind. Während die vorliegenden GKV-Finanzzahlen für 2007 beweisen, dass die Krankenkassen längst saniert sind, stehen viele Krankenhäuser vor dem finanziellen Ruin. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sucht die Verantwortung hierfür primär bei den Bundesländern.

Niemand in der Politik sollte noch die Notlage der Krankenhäuser leugnen wollen. Die Fakten sind nicht mehr von der Hand zu weisen. Seitens der DKG ist es umso mehr eine Pflicht, immer wieder auf die schier ausweglose Notlage vieler Krankenhäuser hinzuweisen. Diese Gelegenheit nutzte DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters in seiner häufig von demonstrativem Beifall begleiteten Ansprache beim Frühlingsempfang in Berlin. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hörte aufmerksam zu, umkurvte jedoch in ihrer Erwiderung slalomartig die wirklichen Knackpunkte, mal mit dem Hinweis auf die nicht weg zu diskutierenden Versäumnisse der Länder bei der Investitionsfinanzierung, mal mit dem Hinweis auf die „unterschiedliche Situation“ der Krankenhäuser. Eine wirkli-

che Entlastung der Krankenhäuser in dem von ihr selbst zu verantwortenden Bereich der Budgets wollte sie öffentlich nicht in Aussicht stellen, stattdessen forderte sie die Länder auf, ihren Investitionsverpflichtungen nachzukommen und legte hierfür einen durch eine Expertise von Prof. Rürup gestützten Vorschlag vor. Dieser wurde von der Länderseite umgehend zurückgewiesen (siehe weiter hinten in diesem Heft). Für die Krankenhäuser zeichnet sich indes ein Blockade-Szenario zwischen Bund und Ländern ab.

Ohne Zweifel beweist die von Prof. Dr. Bert Rürup im Auftrag des BMG aktuell erstellte Expertise, dass die Investitionsfinanzierung der Länder seit Jahrzehnten rückläufig und notleidend ist. Die Krankenhäuser haben selber häufig genug darauf hingewie-



Laut Ulla Schmidt sind primär die Länder Schuld an der Finanzmisere der deutschen Krankenhäuser.



DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters nutzte in seiner häufig von demonstrativem Beifall begleiteten Ansprache beim Frühlingsempfang in Berlin die Gelegenheit, auf die schier ausweglose Notlage vieler Krankenhäuser hinzuweisen.

steigert werden. Eine weitere Erhöhung der Personalproduktivität gehe zu Lasten der Mitarbeiter, der Patienten und der Qualität in den Krankenhäusern. „Die Politik muss dies endlich wahrnehmen und sehen, dass sie hier den Bogen derzeit überspannt.“ Die Wahrheit sei, dass die Steigerung der Krankenhausausgaben 2007 um 0,56 Prozent nicht einmal ausreiche, um die höhere Mehrwertsteuer zu bezahlen und die Inflationsrate auszugleichen. „Massive Kostensteigerungen in einer Größenordnung von 1,2 Mrd. € blieben 2007 nicht gedeckt.“ Dr. Kösters verband mit dieser Feststellung die „vordringliche Bitte“, den „unseligen Sanierungsbeitrag“ zu stoppen und den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, die Kostensteigerungen sowohl im Personal- als auch im Sachkostenbereich über die Vergütungen zu refinanzieren – nicht erst 2009, sondern schon 2008.

sen. Alleine dadurch, dass Ulla Schmidt dies nun vehement in den Vordergrund ihrer Argumentation stellt, wird die aktuelle Situation der Krankenhäuser nicht weniger schwierig. Sie brauchen heute und nachhaltig eine Entlastung bei den laufenden Kosten und Einnahmen. Dr. Kösters begrüßte die Auffassung aus dem BMG, dass die Krankenhäuser höhere Investitionsmittel erhalten müssten. Mit „Freude“ sei zu hören, dass mit Steuermitteln des Bundes in diesem Bereich Abhilfe geschaffen werden solle. Allerdings fehle den Krankenhäusern noch der Glaube daran, dass ein „solches Megathema“ im Zuge der Gesetzgebung zum ordnungspolitischen Rahmen bis Ende 2008 auf den Weg gebracht werden könne. „Wir hoffen es sehr, und wir unterstützen Sie sehr in dieser Absicht“, sagte Dr. Kösters in Richtung der Gesundheitsministerin. „Allerdings wissen wir noch nicht, wie das gehen soll.“

Der DKG-Präsident rückte in seiner Rede gezielt die positiven Aspekte des deutschen Krankenhauswesens in den Vordergrund: Äußerste Wirtschaftlichkeit und hohe Effizienz im internationalen Vergleich aufgrund „aktueller, bereinigter und belastbarer“ OECD-Zahlen:

- Spitzenreiter sind Deutschlands Krankenhäuser bei der Personalproduktivität mit der bei weitem höchsten Zahl von Patienten pro Mitarbeiter (1/20). Das nächste Land, das dann folgt, liegt bei 1/15, die USA bei 1/9.
- Bei den Krankenhausausgaben rangiert Deutschland im OECD-Vergleich mit ca. 780 € je Einwohner pro Jahr mittlerweile zusammen mit Kanada auf einem der niedrigsten Kostenränge überhaupt, nur Spanien weist noch niedrigere Krankenhauskosten pro Einwohner und Jahr auf.

Dr. Kösters verschwieg nicht die Kehrseite der hohen Personalproduktivität in Form der hohen Belastung der Krankenhausmitarbeiter. Diese Belastung könne und dürfe nicht mehr ge-

Der DKG-Präsident ging nicht im Einzelnen auf die laufenden Tarifrunden ein, bekräftigte aber den Wunsch der Krankenhäuser, dass ihre Mitarbeiter an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben können. Dies sei aber nicht zu realisieren, wenn die Krankenhäuser weiter mit einer Grundlohnrate von 0,64 Prozent gedeckelt werden. Die Anbindung an die Grundlohnrate müsse „vom Tisch“, wie es auch im Bereich der Vertragsärzte geschehen sei. „Unser wichtigstes Kapital sind qualifizierte und motivierte Mitarbeiter. Wenn immer mehr Mediziner den Krankenhäusern den Rücken kehren, dann muss dies sehr ernst genommen werden.“ Der ärztliche Arbeitsmarkt entwickle sich im Augenblick desaströs, selbst in den Ballungsräumen blieben mittlerweile die Bewerbungen aus, das Thema sei reif für einen „runden Tisch“ oder einen „ärztlichen Arbeitsmarktpfiffel“.

Kein anderer Bereich des Gesundheitswesens hat nach Kösters Feststellung in den zurückliegenden Jahren mehr grundlegende Veränderungen durchgemacht als die deutschen Krankenhäuser. Für viele Krankenhäuser sei die Konvergenzphase des Fallpauschalensystems „mit deutlichen finanziellen Einbußen verbunden“, alle Krankenhäuser hätten „massive Anstrengungen“ unternommen, um die stationäre Versorgung auf einem zunehmend wettbewerbsorientierten Markt unter erheblichem Anpassungsdruck weiterzuentwickeln. Wenn nun der endgültige Orientierungsrahmen für die Krankenhausfinanzierung festgelegt werde, dann sollte dies behutsam und mit Bedacht erfolgen. „Die Krankenhäuser stellen sich dem Wettbewerb, sie sind mitten drin“, ein Wettbewerb der Kostenträger „über möglichst hohe Rabatte der Krankenhäuser“ sei jedoch abzulehnen. Für ein solches Experiment benötigten die Krankenhäuser echte, frei kalkulierte Preise und einen Markt, „auf dem wir anbieten können, was wir wollen, ohne Leistungsverpflichtung.“ Die strengen Kostenkalkulationen mit Mittelwertbildungen ohne Gewinn- und Risikozuschläge ließen „keinen Spielraum für Rabatte.“

Dr. Kösters versicherte, dass die Krankenhäuser „keine Angst vor Verträgen mit einzelnen Krankenkassen“ haben, mehr Möglichkeiten für freie Vereinbarungen seien bei „innovativen Leistungsbündelungen“ sinnvoll, etwa bei IV-Verträgen. Auch sei mehr Spielraum im Sinne des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes sinnvoll. Konstruktive Vertragspolitik in dieser Richtung könne zu mehr Flexibilität in der Leistungserbringung und zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Kösters lobte ausdrücklich die bisherigen gesetzlichen Schritte in diese Richtung. Zu beklagen seien allerdings die immer wieder neu aufgetürmten Hürden bei der Umsetzung der hochspezialisierten ambulanten Behandlung durch die Krankenhäuser. Die wenigen Zulassungen, zum Beispiel in Schleswig-Holstein und anderswo, reichten nicht aus, um die Intention des Gesetzgebers in § 116 b SGB V mit Leben zu erfüllen. „Ich habe bis heute nicht die Bestimmung im Gesetz gefunden, dass hoch qualifizierte Krankenhausärzte noch höhere Qualifikationen und Mindestmengen erfüllen müssen.“ Kein niedergelassener Praxisinhaber müsse solchen Anforderungen nachkommen wie die Krankenhäuser nach Vorstellungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). „Dabei sind diese Praxisinhaber alle bei uns ausgebildet worden“, so Kösters, „wo bleibt die Logik eines solchen Vorgangs?“ Dieses Thema müsse endlich „flott gemacht“ und von den Fallstricken an der „Demarkationslinie der Versorgungssektoren“ befreit werden.

Zu unterstützen sind nach Auffassung des DKG-Präsidenten die Aussagen der Wissenschaftler im Auftrag des BMG, das Min-

destmengenthema differenziert anzugehen und teilweise die im G-BA festgelegten Mindestmengen zu halbieren. In besonders sensiblen Versorgungsbereichen könnten seiner Auffassung nach Mindestmengen zur „Verhinderung von Gelegenheitsversorgungen“ festgelegt werden, etwa im Bereich der Frühgeborenen.

Zum umstrittenen Thema der Ausgestaltung der Basisfallwerte sagte Kösters, dass es durchaus gute Gründe für landesweite Unterschiede gebe, weshalb abgewartet werden sollte, um nach dem Abschluss der Konvergenzphase die Lage erneut zu analysieren. Es bestehe „keine Not, darüber heute schon zu entscheiden“. Wenn allerdings der Gesundheitsfonds noch zusätzlich als ein zentrales Argument dafür herangezogen werde, auf regionale Besonderheiten keine Rücksicht mehr zu nehmen, dann müsse das Konzept des Fonds hinterfragt werden „und nicht die regionalen Besonderheiten.“ Die Krankenhäuser zählen „nicht zu den Fans der Fondslösung“, sondern „wir halten ihn für so überflüssig wie nur irgendetwas“, bekräftigte Kösters. Dass der Gesundheitsfonds „kein einziges Problem im Gesundheitswesen löst, sondern nur neue massive Probleme schafft“, spreche dafür, ihn zu verschieben oder eine angemessene Übergangszeit zu schaffen.

Ulla Schmidt: Aus Fehlern lernen

Ministerin Schmidt berief sich gleich zu Beginn ihrer Ansprache auf ihre „zahlreichen Besuche in Krankenhäusern“, um zu



**„Unser intensives
Behandlungskonzept
mit dem Fokus auf das
emotionale Profil führt zu
nachhaltigen Therapieerfolgen und
stellt uns an die Spitze der privaten
Akutkrankenhäuser für die Behandlungsschwerpunkte Sucht, Depression und Angst.“**

PROF. DR. MED. GÖTZ MUNDLE
ÄRZTLICHER GESCHÄFTSFÜHRER

Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

www.oberbergkliniken.de

Die Oberbergkliniken

Schwarzwald, Weserbergland und
Berlin-Brandenburg

vertrauen auf

**Swiss[®]
Care**

Healthcare Information System

Besuchen Sie die **Centric DataSwiss
Deutschland GmbH** auf der diesjährigen
conHIT, Halle 4.2, Stand 106
vom 8. - 10. April in der **Messe Berlin**

www.dataswiss.de

Zitate und Reaktionen vom DKG-Frühlingsempfang 2008

„Krankenkassen saniert, Krankenhäuser ruiniert – das ist infolge vieler Spargesetze für immer mehr Krankenhäuser leider eine bittere Wirklichkeit.“

DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters

„Sie haben gesagt, sie wollen den Wettbewerb. Wir bieten ihn an. Wir hätten gerne einen Wettbewerb um gute Qualität zwischen den Krankenhäusern.“

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

„Ich war früher ein Anhänger der Position, dass die Wirtschaftlichkeitsreserven in den Krankenhäusern gehoben werden müssen, nur sehen wir jetzt, dass die Krankenhäuser in die Knie gehen, und zwar zu Lasten der Beschäftigten und der Patienten, das kann so nicht weitergehen.“

Dr. Frank Spieth, MdB, Die Linke

„Die Regierungskoalition hat mit der Gesundheitsreform die Situation der Krankenhäuser noch einmal verschlechtert. . . . Eine Alternative zur bisherigen Deckelung der Krankenhausausgaben ist die Orientierung am Brutto-Inlandsprodukt. Damit hätten wir keine Probleme.“

Birgit Bender, MdB, Bündnis 90/Die Grünen

„Es ist der Regierungskoalition bis heute nicht gelungen zu begründen, wofür der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser bezahlt wird. . . . Mein Eindruck ist, dass hiermit eine schlecht gemachte Gesundheitsreform kaschiert werden soll.“

Daniel Bahr, MdB, FDP

„Die Situation der Krankenhäuser in Deutschland ist sicherlich so unterschiedlich, wie Ministerin Schmidt sie geschildert hat, aber sie ist deshalb nicht weniger problematisch.“

„Selektives Kontrahieren klingt in meinen Ohren mehr nach Rosinenpickerei.“

Annette Widmann-Mauz, MdB, CDU/CSU

„Die Politik stellt sich blind. . . . Offenbar blendet sie die Anstrengungen der Krankenhäuser völlig aus, die seit 15 Jahren unter gedeckelten Budgets die Krankenhausversorgung in diesem Land auf hohem Niveau sichern. Noch nie aber war in diesen 15 Jahren die Lage so katastrophal.“

Verband der Krankenhausedirektoren

belegen, dass es nicht „die Krankenhäuser“ und in den Krankenhäusern nicht „die Katastrophe“ gebe. Die Bedingungen für die deutschen Krankenhäuser seien „sehr unterschiedlich“. Nicht zu leugnen sei, dass wir „in sehr vielen Bereichen in einer sehr schwierigen Situation sind“, aber nicht alle Probleme könnten „einfach bei der Bundesregierung abgeladen werden.“ Es müsse differenziert „über die Organisation der Häuser, über das Management, über die Hierarchien im Krankenhaus und über das Anpacken neuer Herausforderungen“ gesprochen werden. Auf die unterschiedlichen Situationen der Krankenhäuser könne es keine einheitliche Antwort geben. Eines der großen Probleme der Krankenhäuser heute sei die mangelnde Investitionsfinanzierung. Die Fallpauschalen seien zur Finanzierung der medizinischen Versorgung und der Innovationen da. Wenn hiervon immer mehr Geld abgezweigt werden müsse, um die Investitionslücken aufzufüllen, dann funktioniere „dieses System nicht mehr“ und es nütze auch nichts, die Abschaffung des Sanierungsbeitrags zu fordern.

Für die Investitionsfinanzierung hatte Ulla Schmidt in einem Schreiben an die gesundheitspolitischen Sprecher der Bundestagsfraktionen am 28. Februar 2008 eine grundlegende

Neuregelung im Sinne der Monistik mit der Möglichkeit einer Steuerfinanzierung und Finanzausgleichsregelungen vorgeschlagen (siehe Seite 317 ff. in diesem Heft). Wer „ernsthaft eine Lösung der Investitionsproblematik“ erwarte, müsse diesen Weg mitgehen, sagte sie beim Frühlingsempfang der DKG. „Sie haben mich an ihrer Seite, wenn es darum geht, diese Thematik grundsätzlich zu regeln“, bekräftigte Schmidt, und führte detailliert den Investitionsrückgang in einzelnen Bundesländern einschließlich Bayern vor Augen. „Entweder die Länder kommen ihrer Verpflichtung nach, oder wir müssen gemeinsam einen Weg finden in die monistische Finanzierung.“

Besondere Sorge mache ihr mittlerweile die Personalsituation in den Krankenhäusern mit einer Steigerung der Ärztezahlen von 18 Prozent unter anderem infolge des Arbeitszeitgesetzes und einem deutlichen Abbau des Pflegepersonals. Die Folge sei, dass viele Ärzte Tätigkeiten der Pflege übernehmen müssten. Hierüber sei im BMG sehr intensiv diskutiert worden. Anzustreben sei, dass der Pflege wieder ein größerer Stellenwert zukomme, als es heute teilweise der Fall sei.

Ulla Schmidt gab ihrer Hoffnung nach einer schnelleren Öffnung der Krankenhäuser im Sinne des § 116 b SGB V Aus-

druck, hierbei gehe es jedoch um schwere und seltene Erkrankungen, die nicht an jedem Krankenhaus behandelt werden könnten. Die Spezialisierung der Krankenhäuser müsse nachgewiesen, bei seltenen Erkrankungen müssten die Behandlungen gebündelt werden. Schmidt bedankte sich bei der DKG für die Unterstützung der Aktivitäten des Bündnisses für Patientensicherheit. Aus Fehlern zu lernen sei ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der Medizin, sich zu Fehlern zu bekennen begründe eine neue Kultur der Sicherheit.

„Bundestagsdebatte im Schnelldurchgang“

Kürzer als geplant fiel beim DKG-Frühlingsempfang eine Diskussionsrunde mit den gesundheitspolitischen Sprechern der im Deutschen Bundestag vertretenen Parteien aus, heraus kam eine „Bundestagsdebatte im Schnellgang“, wie Moderator Werber Sonne treffend bemerkte. Der Grund waren Terminüberschneidungen mit weiteren, parallel stattfindenden gesundheitspolitischen Veranstaltungen am gleichen Abend. Die Finanzsituation der Krankenhäuser wurde von allen vertretenen Politikern als ernst angesehen, bei der „Analyse“ der Probleme lag man nicht weit auseinander, dann jedoch eher bei den „Rezepten“ zur Abhilfe. Frisch in Erinnerung waren allen Beteiligten noch die differierenden Beiträge anlässlich der Bundestagsdebatte vom 6. März 2008 (Plenarprotokoll 16/148) über einen

Antrag der Fraktion der Partei Die Linke, mit dem die Aufhebung des Sanierungsbeitrages, die Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen, die Anhebung der Grundlohnrate für 2008 auf 1,4 Prozent und die Behebung des Investitionsstaus in den Krankenhäusern gefordert wurde. Nicht zufällig heimsten beim DKG-Frühlingsempfang die Vertreter der Opposition den kräftigsten Beifall ein, besonders Dr. Frank Spieth (Die Linke) und Daniel Bahr (FDP).

Bahr legte den Finger in die Wunde der unterschiedlichen Ausgestaltung der Grundlohnrate nach GKV-Versicherten oder Mitgliedern, wobei „in den letzten Jahren komischerweise immer die gerade niedrigere Variante herausgekommen ist.“ Es müsse genau verfolgt werden, wie diese Entscheidungen künftig ausfallen. Zu befürchten sei nach der Einführung des Gesundheitsfonds, dass an dieser Schraube „gerne weiter gedreht wird, um Kosten zu sparen.“ Die Krankenhäuser brauchen seiner Auffassung nach nicht nur in dieser Hinsicht mehr Verlässlichkeit.

Annette Widmann-Mauz, MdB, CDU/CSU, eröffnete ihr Statement mit der Bemerkung, dass es keinen Sinn mache, die Probleme der Krankenhäuser mit dem Hinweis auf unterschiedliche Situationen wegzudiskutieren. Wie bereits in der Bundestagsdebatte wies die CDU-Politikerin auf die „positive Wirkung“ der Senkung der Lohnnebenkosten hin. Die Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung bringe den Krankenhäusern in der Summe mehr ein als der Sanierungs-

Die elektronische Verordnungsunterstützung



einfach und schnell
Arzneitherapie-Sicherheit für Sie
und Ihre Patienten

RpDoc prüft Ihre Verordnung unter Berücksichtigung von:

- ✓ Kontraindikationen und Allergien
- ✓ indikationsspezifischer Dosierung und Applikationsfrequenz
- ✓ Dosisanpassung nach Alter, Geschlecht, Nierenfunktion
- ✓ Anwendbarkeit in Schwangerschaft und Stillzeit
- ✓ klinisch relevanten Interaktionen (Dosis-Berücksichtigung)
- ✓ Nebenwirkungen
- ✓ kosteneffizienter Verordnung



Besuchen Sie uns
in Berlin auf der **conHIT**.
Halle 2.2 / Stand 229

RpDoc Solutions

Halbergstr. 27-29
66121 Soarbrücken
Tel.: 0681-96815-0
www.rpdocus.de



Moderierte „Bundestagsdebatte im Schnelldurchgang“. Von links: Frank Spieth (Die Linke), Birgit Bender (Bündnis 90/Die Grünen), Elke Ferner (SPD), Moderator Werner Sonne, Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU), Daniel Bahr (FDP).

beitrag ihnen wegnehme. Für die Zukunft müsse den Krankenhäusern jedoch mehr Verlässlichkeit in der Finanzierung zugestanden werden. Ohne finanzielle Steuerung werde der stationäre Bereich auch künftig nicht auskommen, aber es müsse nach sachgerechteren Kriterien als der Grundlohnbindung gesucht werden.

Widmann-Mauz warnte davor, in der Investitionsfinanzierung und in der Krankenhausplanung Modelle realisieren zu wollen, deren Wirkung man nicht kenne. „Versuche an lebenden Patienten mit unsicherem Ausgang“ könne sich die Gesundheitspolitik nicht leisten.

Wie Gesundheitsministerin Ulla Schmidt suchte auch ihre Parteikollegin Elke Ferner, MdB, SPD, den Ausweg aus der Misere der Krankenhäuser primär auf dem Sektor der Investitionsfinanzierung und eines gesteigerten Wettbewerbs. Dieser werde seine Grenzen haben in bevölkerungsarmen Gebieten. Für die Annäherung der Landesbasisfallwerte schlug Ferner die Definition eines „Korridores“ und eine weitere Konvergenzphase vor. Für „unvereinbar“ erklärte sie das Ziel einer Senkung der Lohnnebenkosten mit der Forderung nach einer Aufhebung der Grundlohnbindung. Sie wünsche sich aber, dass in „180 Tagen“ ausgereifte und abgestimmte Konzepte zu dieser und zu anderen zentralen Fragen des Gesundheitswesens vorliegen.

Bericht: Dipl.-Volkswirt Peter Ossen, Chefredakteur

Fotos: Klaus Mihatsch

GKV saniert – Krankenhäuser ruiniert

Zur Bekanntgabe der vorläufigen Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2007 (1. bis 4. Quartal) erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum am 4. März 2008:

„Die Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit macht mehr als deutlich, dass die Hauptlast der Konsolidierung der GKV-Finzen von den Krankenhäusern getragen wird. Mit nur 0,56 Prozent liegen die Ausgaben der Krankenkassen für die Kliniken meilenweit unter dem durchschnittlichen Ausgabenzuwachs von 3,7 Prozent und weit unter der Inflationsrate.

Die Einnahmen der Krankenhäuser haben nicht ansatzweise ausgereicht, um die massiven Kostensteigerungen des Jahres 2007 auszugleichen. Alleine die Erhöhung der Mehrwertsteuer hat fast den gesamten Erlöszuwachs aufgezehrt. Völlig ungedeckt geblieben sind die Personalkostensteigerungen und die deutlich über der allgemeinen Inflationsrate liegenden Sachkostensteigerungen. Während die Krankenkassen allein für 2007 einen Überschuss von rund 1,8 Mrd. € aufweisen und jetzt bereits wieder über Finanzreserven von insgesamt rund 3,2 Mrd. € verfügen, lastet auf den Krankenhäusern eine Deckungslücke von über 1 Mrd. €.

Für 2008 ist die Lage noch hoffnungsloser. Der gesetzlich vorgegebenen Preiszuwachsrate von 0,64 Prozent, die nochmals um den 0,5-prozentigen Rechnungsabzug zur Sanierung der Krankenkassen gekürzt wird, stehen hohe Tarifsteigerungen und die fortdauernde Inflationsentwicklung gegenüber. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung hat für das laufende Jahr – je nach Tarifabschluss – ein weiteres Defizit von 1,3 bis 2,2 Mrd. € prognostiziert.

Die DKG und die durch sie vertretenen 2100 Krankenhäuser mit über 1 Mio. Beschäftigten fordern von den politisch Verantwortlichen in der Regierungskoalition, die dramatische Entwicklung in den Kliniken nicht länger zu beschwichtigen. Wir appellieren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, die vielen authentischen Berichte von Krankenhausleitungen und Mitarbeitervertretungen aus den Wahlkreisen über die finanziellen Probleme und Belastungen in den Krankenhäusern ernst zu nehmen. Es kann nicht hingenommen werden, dass mit dem Verweis auf die Kliniken, die noch schwarze Zahlen schreiben, die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser als selbstverschuldet dargestellt werden. Ursächlich für die Probleme der Krankenhäuser sind stark belastende gesetzliche Vorgaben:

- Die Kliniken haben durch die Spargesetze der Koalition im laufenden Jahr ca. 2 Mrd. € weniger Mittel zur Verfügung.
- Alleine der Sanierungsbeitrag entzieht jedem Krankenhaus durchschnittlich mehr als 160 000 € pro Jahr.
- Die Begrenzung der zulässigen Preisanpassungen auf den Zuwachs der vergangenheitsbezogenen Grundlohnrate (2007 plus 0,28 Prozent/2008 plus 0,64 Prozent) koppelt die

Krankenhäuser von der tatsächlichen volkswirtschaftlichen Entwicklung ab.

- Die Krankenhäuser müssen bis zu 1 Prozent pauschale Kürzungen hinnehmen, wenn Krankenkassen mit einzelnen Leistungserbringer Integrationsverträge vereinbaren.
- Der Staat verursacht massive Kostensteigerungen, insbesondere durch die Mehrwertsteuer-Erhöhung, durch Mehrkosten beim Arbeitszeitgesetz, durch Kosten bei der Umstellung auf die elektronische Gesundheitskarte sowie durch stetig steigende Auflagen und Qualitätsanforderungen.

Die Jahresbilanz der GKV für 2007 macht mehr als deutlich, dass die Krankenkassen saniert sind. Es gibt absolut keine Rechtfertigung mehr, die Krankenhausrechnungen weiterhin um 0,5 Prozent zur Sanierung der Krankenkassen zu kürzen. Die Krankenhäuser appellieren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, den Sanierungsbeitrag zu stoppen und die gesetzlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Krankenhäuser die zu erwartenden Tarifsteigerungen über die Vergütungen refinanzieren können. Nur wenn die Krankenhäuser an der wirtschaftlichen Entwicklung teilhaben, können auch die Mitarbeiter daran beteiligt werden.“

Die Belastungsschraube ist überdreht

Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung des „Krankenhaus Rating Report 2008“ durch das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und zur Diskussion um das von Prof. Dr. Bert Rürup im Auftrag des BMG aktuell erstellten Gutachtens erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum am 18. März 2008:

„Noch deutlicher kann die Finanzierungsproblematik der Krankenhäuser nicht aufgezeigt werden. Gestern legte das RWI den Krankenhaus Rating Report 2008 vor. In beängstigender Weise wird bestätigt, dass immer mehr Krankenhäuser – 2008 bereits 34 Prozent der über 2 100 Kliniken – infolge der Deckelungspolitik der Regierungskoalition von Insolvenz bedroht sind. Obwohl die Krankenkassen längst saniert sind, werden aus den Kliniken über den Sanierungsbeitrag weiterhin monatlich 20 Mio. € herausgezogen. Explodierende Energie- und Sachkosten, die aktuell drohenden massiven Tarifsteigerungen sowie die Sanierungsabgabe reißen in den Krankenhausbereich allein für 2008 ein neues Loch der Unterfinanzierung in Höhe von 2,2 Mrd. €. Trotz Inflation von inzwischen 3 Prozent und weiter massiv steigenden Kosten werden die Vergütungen der Krankenhäuser weiter gedeckelt.

Mit dem ebenfalls aktuell vorliegenden Gutachten des Regierungsberaters Prof. Dr. Bert Rürup wird nun auch noch die Unterfinanzierung bei den Investitionsmitteln der Krankenhäuser wissenschaftlich bestätigt. Demnach haben die Länder den Kliniken im Jahr 2006 nur noch 2,7 Mrd. € Investitionskosten bereitgestellt. Dies ist zum 11. Mal in Folge ein Rückgang. Im Vergleich zu 1991 (3,6 Mrd. €) fuhren die Länder die Krankenhausfinanzierung um real (minus) 44,3 Prozent zurück. Zusätzlich zu den Milliardenlasten der Spargesetze



conhit

Der Branchentreff für Healthcare IT
8. bis 10. April 2008 in Berlin

www.conhit.de

Wissenstransfer auf höchstem Niveau.

Industrie-Messe

Kongress

Akademie

Networking/Verbandsforen

Die Industrie-Messe der conhit wird durch einen hochkarätigen Kongress inhaltlich ergänzt und bereichert. Expertenvorträge thematisieren die Rolle von IT-Lösungen in wirtschaftlichen, administrativen, medizinischen und pflegerischen Prozessen.

Günstig
hin und weg:
Reisepakete
ab 199,- Euro!
www.conhit.de
-> reiseservice

Veranstalter:

VHtG»
Verband der Hersteller von IT-Lösungen
für das Gesundheitswesen e. V.

Organisation:

Messe Berlin

der Koalition haben die Krankenhäuser die Lasten der unzureichenden Investitionsmittelausstattung der Länder zu tragen.

Beide Gutachten unterstreichen: Die Belastungsschraube ist überdreht, die medizinische Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser ist gefährdet. Patienten und Mitarbeiter sind Belastungen ausgesetzt, die nicht weiter steigerbar sind. Kein Verständnis haben die Krankenhäuser für ein ‚Schwarzer-Peter-Spiel‘ in der Politik. Bund und Länder tragen Verantwortung. Es ist zu begrüßen, dass das BMG der Auffassung ist, dass die Investitionsmittel auf 5 Mrd. € aufgestockt werden müssen. Die Mittel kommen aber nicht bei den Investitionen an, wenn die Krankenhäuser nicht in die Lage versetzt werden, die laufenden Kosten zu decken.

Das kann nur gelingen, wenn die Vergütungen der Krankenhäuser nicht länger an die Grundlohnrate gekoppelt werden, Tarifsteigerungen gesetzlich refinanzierbar sind und die Krankenhäuser von weiteren Kürzungen verschont bleiben. Die Verantwortung dafür liegt in der Gesetzgebung der Bundesregierung.“

BMG: Konsolidierung der Krankenkassen ist weitgehend abgeschlossen

Die Überschüsse der Jahre 2004 bis 2007 waren erforderlich, um die bis 2003 aufgelaufene Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen. Ende 2003 betrug die Nettoverschuldung der GKV (damals 323 Kassen) noch rund 6 Mrd. €. Nach dem positiven Finanzergebnis des vergangenen Jahres verfügt die GKV nach Feststellung des BMG jetzt insgesamt wieder über positive Finanzreserven von rund 3,2 Mrd. €. Die GKV hat damit einen Beitrag geliefert, dass Deutschland das erste Mal seit vielen Jahren einen ausgeglichenen Haushalt des Gesamtstaates einschließlich der Sozialversicherung ausweisen kann. Zum ersten Mal seit sieben Jahren kann mit dieser Finanzreserve in der GKV insgesamt wieder ein Viertel einer durchschnittlichen Monatsausgabe abgesichert werden. Die tatsächliche Finanzlage der allermeisten Kassen bietet daher wenig Gründe für immer neue, interessen-geleitete Beitragssatzprognosen.

Bereits Ende 2006 hatten 187 (von insgesamt 242) Kassen wieder positive Finanzreserven. Zum Jahresende 2007 hat sich die Situation noch weiter verbessert. Die exakten Betriebsmittel und Rücklagen der einzelnen Kassen (derzeit noch 219) und somit der GKV insgesamt können jedoch erst mit den endgültigen Jahresrechnungsergebnissen, die im Sommer vorliegen werden, ausgewiesen werden. Auch bei den wenigen verbleibenden Kassen, die trotz der Überschussentwicklung in 2007 ihre Schulden noch nicht in vollem Umfang abbauen konnten, wurden zwischenzeitlich die Weichen für die weitere finanzielle Konsolidierung gestellt. Die Entschuldungspläne der Kassen und Kassenarten greifen und stellen sicher, dass bei allen Kassen der jeweiligen Kassenart – zum Teil mit finanzieller Hilfe des jeweiligen Verbandes – eine vollständige Entschuldung vor dem Start des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 erfolgen kann.

Sämtliche Kassenarten bis auf die Knappschaft-Bahn-See und die landwirtschaftlichen Krankenkassen, die noch über er-

hebliche Finanzreserven verfügen, konnten das vergangene Jahr mit einem positiven Finanzergebnis abschließen. Die Überschüsse des vergangenen Jahres konzentrierten sich vor allem auf die großen Versorgerkassen. Das Plus der Allgemeinen Ortskrankenkassen ist mit 943 Mio. € dabei besonders hervorzuheben. Dieser Überschuss ist auch der zum Teil deutlichen Beitragssatzanhebung vieler AOK-Kassen zum 1. Januar 2007 geschuldet, die – wie alle anderen Kassen auch – zum einen den abgesenkten Bundeszuschuss und die Mehrbelastung durch die höhere Mehrwertsteuer kompensieren mussten. Zum anderen steht diese Kassenart vor der größten Herausforderung, die Entschuldung bei sämtlichen ihrer Mitglieds-kassen bis Ende 2008 vollständig abzuschließen.

Das positive Finanzergebnis 2007, verbesserte Perspektiven auf der Einnahmenseite durch positive Beschäftigungs- und Lohnentwicklung sowie eine konsequente Ausschöpfung vorhandener Einsparpotenziale sorgen dafür, dass die GKV mit einer stabilen finanziellen Grundlage am 1. Januar 2009 in den Gesundheitsfonds starten kann.

(BMG-Pressemeldung, Auszug, März 2008)

DGB: Finanzierung der Krankenhäuser unzureichend

Der Vorsitzende des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Michael Sommer, hat anlässlich der ver.di-Kampagne „Der Deckel muss weg“ Bund und Länder dringlich aufgefordert, für eine ausreichende Finanzierung der Krankenhäuser zu sorgen. Schon das 5. Jahr in Folge stehe bei der Steigerungsrate eine Null vor dem Komma. Es sei ein schwerer Fehler, wenn Krankenhäuser nicht entsprechend ihrer Leistung vergütet werden, sondern sich ihr Budget lediglich an der allgemeinen Einnahmeentwicklung der Krankenkassen orientiere. Der Medizinische Fortschritt müsse allen Versicherten zugute kommen, dies sei auch ausreichend zu finanzieren, ansonsten drohe im Krankenhaus eine „Zweiklassenversorgung“.

Sommer befürchtet eine erhebliche Rationierung von Leistungen für die gesetzlich Versicherten, wenn nicht rasch gehandelt werde. Die Mittel für eine rundum gute Versorgung reichten nicht mehr aus. Das Sparen und Kürzen, vor allem in der pflegerischen Versorgung, habe bereits spürbare Löcher gerissen und zu einem Qualitätsverlust geführt, den die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen täglich erleben. 50 000 Stellen seien in den letzten zehn Jahren allein beim Pflegepersonal gestrichen worden. Der DGB fordere, dass die Krankenhäuser so finanziert werden, dass sie ihren Versorgungsauftrag erfüllen könnten. Dazu passe kein Budget, das überhaupt keinen Spielraum lasse und Investitionen in eine bedarfsgerechte Versorgung hemme. Dies führe „zu einem Verfall der Qualität“.

Gerade öffentliche Krankenhäuser leiden nach Sommers Feststellung darunter am meisten. Die Vernachlässigung der Krankenhausfinanzierung führe zu einem sprunghaften Anstieg des Verkaufs dieser Häuser an private Konzerne. Die Trägervielfalt nehme ab. Im privaten Sektor beherrschten vier gro-

ße Konzerne den Markt. Verkauft werde fast ausschließlich an diese. Sommer sieht darin „eine erhebliche Gefahr für die Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern.“

„Wenn wir auch in Zukunft eine hochwertige Patientenversorgung in unseren Krankenhäusern wollen, müssen wir ihnen jetzt Luft zum Atmen schaffen. Das duldet keinen Aufschub mehr. Die Kombination von Fallpauschalen, enger Budgetierung und rückläufigen Investitionen der Bundesländer ist eine Zeitbombe für unsere Krankenhäuser. Die Politik muss jetzt handeln.“

Finanznot der Krankenhäuser beenden

Am 6. März 2008 diskutierte der Deutsche Bundestag unter der Leitung seiner Vizepräsidentin, Gerda Hasselfeldt, über einen Antrag der Fraktion Die Linke zur Verbesserung der Finanzierung der Krankenhäuser. Die Debatte ist in einem Auszug des Plenarprotokolls 16/148 des Deutschen Bundestages im Einzelnen nachzulesen. An dieser Stelle sind nur einige wenige Zitate von Diskussionsteilnehmern aus dem Bundestag abgedruckt. Der Antrag der „Linken“ wurde „interfraktionell“ an den Ausschuss für Gesundheit weitergeleitet.

Frank Spieth (Die Linke)

„Auch Kliniken, die bisher wirtschaftlich solide aufgestellt waren, kommen wegen der festgelegten einseitigen Belastungen zunehmend in Schwierigkeiten. . . . Wir müssen nach unserer Auffassung in der Tat die Fesseln der Krankenhäuser lösen, wenn wir nicht die stationäre Versorgung, insbesondere in den strukturschwachen Räumen, gefährden wollen.“

Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)

„Am letzten Dienstag und am letzten Donnerstag habe ich wieder einmal in meinem alten Krankenhaus als Anästhesist im Operationssaal gearbeitet. Ich weiß, wie sich die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verändert haben: leider nicht immer zum Besten. Es ist auch wahr, dass manche Probleme und Defizite durch die aufopferungsvolle Arbeit der Schwes-

tern und Pfleger, der Ärztinnen und Ärzte sowie des sonstigen Personals kompensiert werden. Ich halte es aber für unverantwortlich, ein Horrorszenario über die Zustände in deutschen Krankenhäusern zu beschwören. Es wäre aber ebenso unverantwortlich, zu verschweigen, dass es infolge von Konvergenzphase, Bettenabbau und steigenden Fallzahlen zur Arbeitsverdichtung gekommen ist. Der bauliche Zustand vieler Krankenhäuser – interessanterweise jetzt besonders in den alten Bundesländern – lässt zu wünschen übrig, und langsam zeichnet sich eine Entwicklung ab, die wir in Bund und Ländern korrigieren müssen. . . . Natürlich ist es so, dass sich der finanzielle Druck erhöht hat. Die Krankenhauslandschaften verändern sich. Wir müssen aufpassen, dass in einzelnen Bereichen Deutschlands keine dürren Krankenhaussteppen oder gar krankenhauserleerte Wüsten entstehen. Frage eins: Ist die Anbindung an die Grundlohnsumme die richtige Größe zur Entwicklung der Krankenhausfinanzen? Frage zwei: Wie ist die Investitionsfinanzierung in den deutschen Krankenhäusern dauerhaft zu sichern?

Was die Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung betrifft, haben wir diese in einem vergleichbaren Bereich, dem Bereich der niedergelassenen Ärzte, mit dem GKV-WSG gelöst. Jetzt werden andere Parameter wie Morbiditätsveränderungen oder die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten als Steigerungsfaktoren berücksichtigt. Damit haben wir uns im Bereich der niedergelassenen Ärzte von der bisherigen Budgetierung verabschiedet. Gleiches erscheint mir aus Gründen eines fairen Wettbewerbs zwischen ambulant und stationär auch für den Krankenhaussektor nötig. Auf die Frage, wie man mit Tarifsteigerungen in diesem Sektor umgeht, die im Krankenhaus eher als im niedergelassenen Bereich zulasten Dritter von den Tarifpartnern vereinbart werden können, kann man intelligente Antworten finden.

Zur Beantwortung der Frage zwei brauchen wir die Länder. Bei Zugrundelegung einer für den Krankenhausbereich angemessenen Investitionsquote von 9 Prozent – sie ist ebenfalls nicht luxuriös – zeigt die tatsächliche Investitionsquote von 5,3 Prozent auf, wie groß das Problem ist. Dafür sind jährlich 5 Mrd. € notwendig, den Abbau des Investitionsstaus nicht eingerechnet. Das erfordert dann noch zusätzliche Mittel. Hier haben die Antragsteller recht: Die Lösung des Problems



Spieth



Faust



Bahr



Terpe



Hovermann



ist nur mit den Ländern gemeinsam zu finden. Eine reine Umstellung der dualen Finanzierung auf ein monistisches System ohne zusätzliche Finanzmittel kann das Problem nicht lösen.“

Daniel Bahr (FDP)

„Wir geben den Krankenhäusern einen starren, reglementierten Rahmen von Budgets, Einheitspreisen und immer mehr Vorgaben. Wir ermöglichen ihnen letztlich nicht, Kostensteigerungen an diejenigen weiterzuleiten, die all das finanzieren. Deswegen können wir in diesem Rahmen keine Wirtschaftlichkeitsreserven heben. Dazu hat die schwarz-rote Koalition meines Erachtens erheblich beitragen. . . . Man braucht kein großer Mathematiker zu sein, um zu sehen, dass die Defizite, die die Krankenhäuser auszugleichen haben, insgesamt 1,3 Mrd. € betragen. Rationalisierungsreserven bei den Krankenhäusern sind nur insofern vorhanden, als Personal abgebaut werden kann oder sonst beim Personal eingespart werden kann. . . . Das heißt, die Rationalisierung, die die Krankenhäuser im Moment durchführen, geht zu Lasten der Versorgung, zu Lasten der Patienten.“

Eike Hovermann (SPD)

„Natürlich haben wir viel Verständnis für die Krankenhäuser vor Ort, die sich in einer Notsituation befinden. Aber wir sollten uns der intellektuellen Redlichkeit halber sehr darum bemühen, nicht von **den** Krankenhäusern zu sprechen. Vielmehr sollten wir uns der Frage zuwenden, wie viele Krankenhäuser wir in der Bundesrepublik Deutschland eigentlich noch benötigen. Eine Antwort auf diese Frage zu finden, ist sehr schmerzhaft. Aber wir müssen sie gemeinsam angehen und uns auch darüber verständigen, in welchen Entfernungsabständen wir Krankenhäuser benötigen. . . . Das tun wir aber nicht, weil wir Angst davor haben, in den jeweiligen Wahlkreisen die Schließung von Bürgermeisterkrankenhäusern oder Landratskrankenhäusern zu befördern, die, gemessen an den Qualitätskriterien, die wir selbst aufgestellt haben, nicht leistungsfähig sind.“

Dr. Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen)

„Die Situation ist . . . in vielen Krankenhäusern in der Tat schwierig; das haben meine Vorrednerinnen und Vorredner ja auch nicht bestritten. Das Krankenhaus droht zum kranken Mann des Gesundheitswesens zu werden: Pflegepersonal wird abgebaut. Der Betreuungsschlüssel wird verringert. Medizinisches und nichtmedizinisches Personal wird oftmals volkswirtschaftlich unsinnig ausgegliedert und anschließend deutlich schlechter bezahlt. Die Ärzteschaft hat oftmals keine Zeit für ihre Patientinnen und Patienten, weil sie mit bürokratischen Dingen belastet wird, oder verliert den Kontakt zu den Patienten im Schichtdienstgewirr. An dieser Situation hat die Koalition einen erheblichen Anteil. Unserer Meinung nach hat sie mit ihren politischen Entscheidungen die Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser verschlechtert. . . . Ich will

Medical Equipment and Solutions
Fachmesse | Kongress

Top

Clinica



IIIIII Die neue Top-Veranstaltung für Entscheider aus der Klinik.

Im Fokus: das „System Klinik“. Die TopClinica ist die neue, attraktive Drehscheibe für Medizintechnik, medizinische Produkte und Dienstleistungen. Rund 180 Aussteller aus dem In- und Ausland und der angeschlossene Kongress mit namhaften Referenten bieten Entscheidern aus der Klinik ein hochkarätiges, internationales Forum - konzentriert und effizient.

Mehr unter: www.topclinica.de

IIIIII Neue Messe Stuttgart direkt neben dem Flughafen 11. - 13. Juni 2008

Kongresspartner

 **Thieme**
Verlagsgruppe

Kooperationspartner

 **SPECTARIS**
Spezialmedien
für die Gesundheitsbranche

an dieser Stelle . . . auf die aktuellen Vorschläge aus dem Bundesgesundheitsministerium zum künftigen ordnungspolitischen Rahmen im Krankenhausbereich eingehen. Da findet man zum Beispiel die bei einer großen Krankenkasse geborgte Idee, Rabattverträge zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen für bestimmte, angeblich planbare Leistungen zu ermöglichen. Die Folge dieser Regelung wäre keineswegs ein Wettbewerb um die beste Qualität, sondern ein zerstörerischer Preiswettbewerb, der zu Lasten der Versorgungsqualität gehen und den Erhalt der flächendeckenden Notversorgung in Frage stellen würde. Es ist erstaunlich, dass mit Ulla Schmidt ausgerechnet eine Sozialdemokratin die Tür für eine weitere Kommerzialisierung des Gesundheitswesens öffnen möchte. . . . Wir wissen, dass die Anbindung der Budgetveränderungen an die Grundlohnrate weder die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung noch die Entwicklung der Kosten für Personal, Energie und Sachmittel im Krankenhaus ausreichend berücksichtigt. Wir müssen uns deshalb die Frage stellen, ob es nicht bessere Instrumente zur Kostensteuerung im Krankenhausbereich gibt, die die gestiegenen Preise stärker berücksichtigen,

„Wer die Musik bezahlt, muss auch bestimmen können, was gespielt wird.“

Mechthild Ross-Luttmann (CDU), niedersächsische Gesundheitsministerin

das Morbiditätsrisiko nicht allein den Krankenhäusern aufbürden und keine Anreize zur Mengenausweitung bieten. Ich würde mir wünschen, dass wir das in den anstehenden Beratungen betrachten und zu pragmatischen Lösungen kommen. . . . Man kann natürlich nicht bestreiten, dass es in manchen Krankenhäusern Wirtschaftlichkeitsreserven gibt. Privatisierungen sind aber kein Allheilmittel, insbesondere dann nicht, wenn sie aus der Finanznot öffentlicher Träger resultieren, zumal dann in der Bilanz immer Geld zu Lasten der öffentlichen Hand verloren geht. Wir dürfen nicht vergessen, dass Krankenhäuser keine Gesundheitsfabriken sind, dass es also nicht nur um Wirtschaftlichkeit, sondern vor allem um Qualität und Humanität der Behandlung geht.“ ■

Sachsens Gesundheits- und Sozialministerin fordert Abschaffung des Sanierungsbeitrages

Die sächsischen Krankenhäuser sind in einer besorgniserregenden Situation. Sie haben die Grenzen ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erreicht. Dabei sind der Sanierungsbeitrag und die Mehrkosten der zu erwartenden Tarifabschlüsse nur zwei Faktoren, die für diese Entwicklung maßgeblich sind, so die sächsische Staatsministerin für Soziales und Gesundheit, Helga Orosz, in einem aktuellen Schreiben an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. In dem Brief heißt es weiter unter anderem:

„Der Sanierungsbeitrag war einer der Gründe, weshalb sich Sachsen bei der Abstimmung über das GKV-WSG enthalten hat. Ich halte den Sanierungsbeitrag auch heute noch für nicht gerechtfertigt. Er ist ein schmerzhafter Einschnitt für die sächsischen Krankenhäuser, von denen die meisten wirtschaftlich arbeiten. Die mit dem Sanierungsbeitrag bezweckten Einsparungen führen aber nicht zu mehr Wirtschaftlichkeit, sondern zu einer Existenzgefährdung der Krankenhäuser. Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung kann so jedenfalls nicht gewährleistet werden.“

Außerdem werden auf viele Krankenhäuser Mehrkosten aufgrund der zu erwartenden Tarifabschlüsse zukommen. Diese Mehrkosten hat das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung erst kürzlich mit 1,3 bis 2,2 Mrd. € beziffert. Niemand wird bestreiten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser ebenfalls an dem wirtschaftlichen Aufschwung durch höhere Löhne teilhaben wollen. Klar ist jedoch, dass allein schon diese Mehrkosten durch die diesjährige Anhebung der Krankenhausvergütungen um 0,64 Prozent mit Sicherheit nicht ausgeglichen werden können. Abgesehen davon gibt es noch weitere Belastungen für die Krankenhäuser, etwa durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz und steigende Energie- und Lebensmittelpreise, die nicht refinanzierbar sind.

Deshalb bitte ich Sie, sich für eine Abschaffung des Sanierungsbeitrages einzusetzen und zu prüfen, inwieweit im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009 eine Regelung zum Ausgleich der durch die zu erwartenden Tarifabschlüsse entstehenden Finanzierungslücke der Krankenhäuser getroffen werden kann. Dabei könnte zum Beispiel der Mehrerlösausgleich für das Jahr 2008 ausgesetzt oder reduziert werden. Zu überlegen wäre auch, ob die Regelung des § 71 Absatz 3 a Satz 2 SGB V auch auf das Jahr 2008 erstreckt wird.

Ich möchte Sie davon in Kenntnis setzen, dass ich einen Abdruck meines Schreibens meinen Kolleginnen und Kollegen der anderen Länder zuleite.“



Blickpunkt Berlin

Rürup-Expertise: Das Wichtigste in Kürze

Am 12. März 2008 wurde eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Thematik der Investitionsfinanzierung in den deutschen Krankenhäusern vorgelegt. Die Autoren sind Prof. Dr. Bert Rürup, Technische Universität Darmstadt, unter Mitarbeit von Dr. Martin Albrecht, Dr. Christian Igel und Prof. Dr. Bertram Häussler, alle IGES, Berlin. Im Rahmen der Expertise „zur Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung“ sollten insbesondere zwei Aspekte behandelt werden (Originaltext):

1. Welche Gestaltungsoptionen bestehen für eine Kompensation im Verhältnis zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Aufteilung von Gemeinschaftssteuern (Bund/Länder-Ausgleich) bei Zugrundelegung einer am durchschnittlichen Investitionsbedarf der Krankenhäuser orientierten Investitionsquote?

2. In welcher Weise und in welchem Umfang ist das unterschiedliche Niveau der bisherigen Krankenhausinvestitionsförderung der einzelnen Länder zwischen den Ländern auszugleichen?

Ein angemessenes, richtiges oder zweckmäßiges Investitionsniveau im Krankenhaussektor lässt sich wissenschaftlich nicht herleiten. In einem monistischen System konkurrieren die Krankenhäuser durch ihre Behandlungsleistungen gleichzeitig um Leistungsvergütungen und Investitionsmittel. Im Vergleich zur bisherigen dualen Krankenhausfinanzierung wird damit die Zuteilung von Investitionsmitteln stärker wettbewerblich organisiert. Höhe und Struktur der aus diesem Wettbewerb resultierenden Investitionen sind a priori unbestimmt.

Zu bestimmen ist aber die Höhe einer zukünftigen Investitionsförderung in Form von Steuerzuschüssen in den



Gesundheitsfonds. Als Orientierungsgröße wird auf der Basis von Vergleichen mit Investitionsquoten in anderen Dienstleistungsbereichen sowie von Projektionen der KHG-Investitionsquoten der Vergangenheit ein aktueller Wert von 5 Mrd. € für die Investitionsförderung von Krankenhäusern ermittelt. Der entwickelte Modellansatz sieht vor, dass die hierfür erforderlichen Mittel zukünftig nicht aus den Länderhaushalten finanziert werden, sondern im Rahmen eines Vorwegabzuges vom Umsatzsteueraufkommen, das den Ländern zusteht. Eine auf 5 Mrd. € erhöhte Investitionsförderung würde die Bundesländer durchschnittlich um 22 € je Einwohner und Jahr belasten, wenn man den Wegfall der bisherigen KHG-Förderung gegenrechnet und dabei die in den letzten zehn Jahren durchschnittliche Förderung unterstellt.

Auch für die Verteilung der Investitionsfördermittel sieht der Vorschlag keine explizite Berücksichtigung der bundeslandspezifischen KHG-Förderhistorie vor. Ob sich ein Krankenhaus im Hinblick auf seine Investitionsmittelausstattung nach dem Übergang zur Monistik besser oder schlechter stellt, hängt entscheidend vom Volumen und der Struktur seiner Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Zwischen diesen und der Höhe der KHG-Investitionsförderung seines Bundeslandes besteht jedoch kein deterministischer Zusammenhang.

Der Großteil der Investitionsmittel sollte leistungsbezogen in Form von

DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Hiervon ist eine Beschleunigung des Abbaus von Überkapazitäten sowie der Spezialisierung der Krankenhäuser zu erwarten. Allerdings könnte dies in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, denn zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits bestehen Zielkonflikte.

Um diese unerwünschten Konsequenzen – insbesondere eine regionale Ausdünnung der elementaren Krankenhausversorgung – zu vermeiden, sollte ein bestimmter Teil (zum Beispiel 10 Prozent) der Steuermittel für die Investitionsförderung nicht in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden, sondern in einen Infrastrukturfonds fließen. Die Mittel aus diesem Fonds sind dann von den Bundesländern ausschließlich für die Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen. Für die Zuteilung der Mittel sollten bundeseinheitliche Verfahrensgrundsätze etabliert werden. Im Rahmen dieser Grundsätze sollten die Bundesländer selbstständig über den Mitteleinsatz bestimmen können.

Damit würden die Bundesländer neben einer Aufsichts- und Überwachungsfunktion in der regionalen Krankenhausversorgung auch ein aktives Steuerungsinstrument erhalten, um ihrer Sicherungsverantwortung zu entsprechen. Darüber hinaus soll mit dem vorgeschlagenen Infrastrukturfonds explizit anerkannt werden, dass Krankenhäuser eine zentrale Rolle in der Struktur- und Regionalpolitik der Bundesländer einnehmen können. Für strukturschwache Regionen soll damit die Möglichkeit geschaffen werden, Krankenhausförderung im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der regionalen Infrastrukturpolitik (zum Beispiel Verkehrsinfrastruktur)

tur, Bildungseinrichtungen) zu gestalten. Weitere Informationen unter: www.dkgev.de/Downloads

NRW und Bayern: Heftige Kritik an Ulla Schmidts Plänen

Mit scharfer Kritik hat NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) auf den Vorstoß von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) zum Thema Krankenhausinvestitionen reagiert. „Die Bundesgesundheitsministerin will die Krankenhauspolitik erst an sich ziehen, dann das Feld den Krankenkassen überlassen und das Ganze mit zusätzlichem Geld der Länder finanzieren. Das ist mit Nordrhein-Westfalen nicht zu machen“, so Laumann am 18. März 2008 in Düsseldorf. Die Bundesgesundheitsministerin wolle das Geld der Länder in den Gesundheitsfonds einspeisen, der 2009 starten soll. Ein entsprechender Gesetzentwurf werde vorbereitet. Nach Angaben Laumanns investiert NRW aktuell 516 Mio. € in die Kliniken. Mehr als das Doppelte (1,1 Mrd. €) wolle die Ministerin dem Bundesland abnehmen und den Krankenkassen überlassen. „Es kann aber nicht sein, dass Nordrhein-Westfalen die Zeche zahlt und die Krankenkassen diese Mittel verteilen“, sagte Laumann.

Eine klare Absage Bayerns zum Zentralismus in der Krankenhausfinanzierung formulierte am 21. März 2006 die Bayerische Staatsministerin für Soziales, Christa Stewens. Bayern werde sich weder die Verantwortung für die Kranken-

hausfinanzierung nehmen lassen, noch bayerische Steuergelder in einen zentralistischen Verteilungsapparat der Krankenkassen einbringen. Der Bund unternehme zum wiederholten Mal den Versuch, „auf raffinierte Weise den Ländern eine ihrer Kernkompetenzen zu nehmen – die Sicherstellung einer hochwertigen und flächendeckenden stationären Versorgung für ihre Bevölkerung.“ Die Finanzierungslast sollten dennoch ausschließlich die Länder tragen. Dabei werde Bayern nicht mitmachen. Mit der bisherigen Finanzierung der Investitionen in Verantwortung der Länder habe Bayern nur gute Erfahrungen gemacht und in den letzten Jahrzehnten eine anerkannt hohe Qualität der stationären Versorgung in allen Regionen erreicht. Der jetzt vom Bund geplante Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem allein aus der Hand der Krankenkassen gefährde sowohl die notwendige Anpassung an den medizinischen Fortschritt als auch die gleichwertige und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung. Stewens: „Mit dem geplanten Verteilungsmechanismus nach dem Gießkannenprinzip landet das Geld nicht dort, wo es benötigt wird. Zudem würde die geplante Investitionszulage für die notwendigen Baumaßnahmen der Krankenhäuser nicht ausreichen. Vielmehr müssten diese in beträchtlichem Umfang über Darlehen finanziert werden. Die Zinslast würde die Investition erheblich verteuern. Trotz des vom Bund vorgesehenen erheblich höheren Mittelvolumens würde letztlich nicht mehr im Krankenhaus investiert werden können als heute. Mit

der Finanzierungs-kompetenz würden die Länder außerdem ein wichtiges Steuerungsinstrument bei der Gestaltung der regionalen Versorgungsstrukturen verlieren.“ Damit sei nicht mehr zu gewährleisten, dass



für alle Bürger ihr Krankenhaus in erreichbarer Nähe sei. Zudem wies die Ministerin auf den Beschluss der GMK-Konferenz von Dezember 2007 hin. Nach diesem sollen die Länder weiterhin für die Investitionen der Krankenhäuser zuständig sein. Auf einen zentralistischen Dirigismus aus Berlin könne gut verzichtet werden, so Stewens.

Unterstützung für die Position der Bayerischen Staatsministerin äußerte die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK). Vizepräsident Dr. Max Kaplan warnte davor, die Klinikfinanzierung künftig allein in die Hand der GKV zu legen und sie dazu mit Steuergeldern aus den Länderhaushalten zu versorgen. Durch diese Maßnahme werde in Bayern die verlässliche Finanzierungsbasis für Krankenhausneu- und umbauten sowie für medizinische Großgeräte der Krankenhäuser gefährdet, sagte Kaplan. Des Weiteren werde die wohnortnahe stationäre Versorgung in einem Flächenstaat wie Bayern stark in Frage gestellt. Zu begrüßen sei zwar, dass vom BMG höhere Investitionen für die Krankenhäuser vorgesehen würden als derzeit, doch es könne nicht sein, dass bayerische Steuergelder in den Gesundheitsfonds fließen und die Entscheidungen über die Investitionen in Krankenhausbau und Großgeräte woanders getroffen würden, so Kaplan.

Red.
Fotos: dpa

