



VKD - Pressegespräch

am 12. Juni 2008

51. Jahrestagung des VKD in Köln

Die diesjährige Jahrestagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) steht perspektivisch im Zeichen der Unsicherheit über den zukünftigen ordnungspolitischen Rahmen, in dem die Krankenhäuser arbeiten werden. Mit dem Ende der Konvergenzphase nach der flächendeckenden Einführung des DRG-Systems (Abrechnung der Krankenhausleistungen über Fallpauschalen) gelten ab 2009 neue Rahmenbedingungen.

Im VKD ist das Management fast aller deutschen Krankenhäuser zusammengeschlossen. Die Mitglieder unseres Verbandes tragen die Verantwortung für die wirtschaftliche Sicherung und damit für die Leistungsfähigkeit der von ihnen geleiteten Krankenhäuser.

Aus dieser Verantwortung heraus befassen wir uns selbstverständlich auch mit der Existenzkrise, in die ein Gutteil der Krankenhäuser geraten ist. Bereits 2007 kam es u. a. durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer zu erheblichen ungedeckten Mehrkosten. Aus den jüngsten Tarifabschlüssen resultieren für 2008 und 2009 Kostenbelastungen im Personalbereich von ca. 4,2 Mrd. Euro. Hinzu kommen die erheblich gestiegenen Sachkosten, die die Krankenhäuser in beiden Jahren mit 3,8 Mrd. Euro treffen.

Die Einnahmen bleiben so gut wie eingefroren, denn der Gesetzgeber hat den Krankenhäusern durch die Grundlohnsummensteigerung von 0,64 % und den sogenannten Sanierungsbeitrag von -0,5 % nur Mehrerlöse von 0,1 Mrd. Euro zugebilligt.

Das unabhängige Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) kommt in seinem unlängst veröffentlichten Gutachten zu der Feststellung, dass

- die Krankenhäuser 2007 mit einem Defizit von mehr als 1 Mrd. Euro abgeschlossen hatten;
- in 2007 fast 40 % aller Krankenhäuser einen signifikanten Fehlbetrag ausweisen und
- im laufenden Jahr die Zahl der Krankenhäuser mit Fehlbetrag auf über 50 % ansteigen wird.

Diese Defizite resultieren nicht aus Unwirtschaftlichkeit. Internationale Vergleiche belegen die hohe Produktivität der deutschen Krankenhäuser. Umso weniger hat der VKD Verständnis dafür, dass bei dieser bedrohlichen Entwicklung den Krankenhäusern weiterhin die Budgetdeckung erhalten bleibt. Dazu VKD-Präsident Heinz Kölking (Rotenburg/Wümme): "Die Bundesgesundheitsministerin erklärt gern, dass für die Personalkostensteigerungen allein die Tarifparteien zuständig sind. Sie blendet dabei wohlweislich aus, dass die Bundespolitik den Krankenhausunternehmen eine Gegenfinanzierung verwehrt."

Keiner Branche wird zugemutet, dass unabweisliche Kostensteigerungen nicht in den Preisen weitergegeben werden können. Nach den Tarifverhandlungen des Staatsunternehmens Deutsche Bahn war es selbstverständlich, dass es Ankündigungen zu Erhöhungen der Fahrpreise gegeben hat.

Die im VKD zusammengeschlossenen Manager wissen, dass ihr Personal die wichtigste Ressource im Krankenhaus ist. Das Personal hat Anspruch auf eine adäquate Bezahlung. Trotz aller Rationalisierungsanstrengungen: Wir müssen die verbleibenden Kostensteigerungen in den Vergütungen weitergeben können! Ansonsten bleibt nur der Ausweg eines weiteren Personalabbaus - das führt zur Verschlechterung der Qualität. Das spüren zunehmend auch unsere Patienten, was mit zahlreichen Beispielen belegt werden kann.

Die Regierungsfractionen verschließen vor dieser Wirklichkeit beharrlich die Augen. Der Opposition und auch manchen Landesregierungen scheint inzwischen aber bewußt zu werden, dass die Existenzkrise vieler Krankenhäuser auch die Patienten und damit die Bürger und Wähler trifft. Über die Anträge der Oppositionsparteien zu den fraglichen Themen findet am 18.06.2008 eine Expertenanhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages statt, zu der auch der VKD geladen ist.

Der VKD ist in seiner über 100jährigen Geschichte dafür bekannt, auch langfristig zu denken. Vor diesem Hintergrund appellieren wir unbeschadet der aktuellen Notlage an die Verantwortlichen, bei der gesetzgeberischen Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab 2009 insbesondere drei Aspekte zu beachten, die für die fortdauernde Existenz einer flächendeckenden leistungsfähigen Krankenhausversorgung essentiell sind:

I. Preiswettbewerb

Der VKD spricht sich auch im zukünftigen DRG-System eindeutig für Festpreise aus. Ein Preiswettbewerb mit der Möglichkeit der Vereinbarung niedrigerer Preise gefährdet die Qualität der Leistung. Wir begründen dies wie folgt:

1. Die Einräumung von "Rabatten" ist im Krankenhausbereich anders als in der Industrieproduktion betriebswirtschaftlich nicht darstellbar. Das Unternehmen Krankenhaus ist ein personalintensiver und nicht ein anlagenintensiver Betrieb. In den DRG-Kalkulationen sind lediglich die Personalkosten und die fallbezogenen Sachkosten enthalten. Erlösschmälerungen durch Rabatte werden dazu führen, dass der qualitätsgefährdende Personalabbau weitergeht.
2. Die bei Rabattgewährung von den Kassen veranlaßte Umlenkung von Patientenströmen gefährdet die Existenz nicht so finanzstarker, aber dennoch bedarfsnotwendiger Krankenhäuser. Damit ist die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nicht mehr sichergestellt.
3. Erfahrungen aus dem Reha-Bereich zeigen, dass freie Preisverhandlungen von den Krankenkassen zu einem gnadenlosen Preisdrücken bei Mißachtung von Qualitätsanforderungen mißbraucht wird. Qualitativ hochwertige und eventuell teurere Anbieter werden durch Umlenken von Patientenströmen aus dem Markt gedrängt. Dieses gefährdet langfristig die Wahlfreiheit und die Patientensouveränität und unterläuft die Planungskompetenz der Länder hinsichtlich der Krankenhausstandorte und der dort vorzuhaltenden Kapazitäten.

4. Die Forderung nach Preiswettbewerb ist wettbewerbsrechtlich überhaupt nicht durchdacht. Krankenhausleistungen sind mit wenigen Ausnahmen nur lokal erbringbare Leistungen. Damit stellt sich die Frage der Praktikabilität einer kartellrechtlich evtl. erforderlichen Ausschreibung.

II. Kontrahierungszwang

Die von einigen Akteuren im Gesundheitswesen geforderte Möglichkeit zum selektiven Kontrahieren einzelner Krankenkassen für bestimmte Leistungen mit ausgewählten Krankenhäusern wird vom VKD rigoros abgelehnt.

Das selektive Kontrahieren kann nur im Zusammenhang mit dem Preiswettbewerb beurteilt werden, so dass die Argumente teilweise für beide Bereiche gelten. Für den VKD stehen dabei die nachfolgenden Argumente besonders im Blickpunkt:

1. Wenn ein Krankenhaus bei einer ausgeschriebenen Leistung als Vertragspartner nicht zum Zuge kommt, hat es wegen der Personalintensität der Krankenhausleistungen kaum Möglichkeiten, seine Fixkosten abzubauen. Damit kann die betriebswirtschaftliche Basis des Hauses insgesamt untergraben werden.
2. Die von den Befürwortern des selektiven Kontrahierens ins Auge gefaßte Begrenzung auf "Elektivleistungen" verkennt, dass fast alle derartigen Leistungen auch in der Notfallversorgung anfallen. Wie soll z.B. die Notfallversorgung bei einer Hüftfraktur qualitativ hochwertig erbracht werden, wenn die Versorgungsroutine für die Hüftendoprothetik von einer dominierenden Krankenkasse an ein anderes Krankenhaus verlagert wurde?
Im Ergebnis führt das selektive Kontrahieren zu einem Zusammenbruch der Notfallversorgung im betroffenen medizinischen Fachbereich.
3. Das Wegbrechen eines wichtigen Leistungsbereichs aus einer kleineren Krankenhausabteilung führt dazu, dass die für die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes erforderliche Anzahl von Ärzten nicht mehr finanziert und damit auch nicht mehr beschäftigt werden kann. Gleichzeitig führt diese Reduktion der Leistungen dazu, dass die ärztliche Weiterbildung eingeschränkt ist.
Damit wird die Existenz dieser Fachabteilung und infolge dessen bei kleineren Krankenhäusern die Existenz des Krankenhauses insgesamt in Frage gestellt.

Im Ergebnis verlieren die Länder ihre Kompetenz für die Krankenhausplanung. Früher mit Steuermitteln getätigte Investitionen des Landes können durch die Krankenkassen entwertet werden.

III. Investitionsfinanzierung

Die Diskussion um die Frage eines Übergangs von der dualen zur monistischen Finanzierung leidet darunter, dass die Monistik nicht eindeutig definiert ist. Nach dem Sachverständigenrat heißt Monistik, dass die Krankenhausinvestitionen über die Krankenkassen laufen.

Aus Sicht der Krankenhauswirtschaft wird monistische Finanzierung jedoch dahingehend interpretiert, dass das Krankenhausmanagement nicht nur Verantwortung für den betrieblichen Bereich des Krankenhauses hat, sondern auch autonom über den Einsatz von Investitionsmitteln entscheiden kann. Dabei ist die Frage nachrangig, ob diese Mittel allein von den Krankenkassen oder auch von den Ländern bereitgestellt werden.

Auf jeden Fall lehnt der VKD es jedoch ab, dass die bisherigen bürokratischen Entscheidungen des Landes über Investitionen lediglich durch neue bürokratische Entscheidungen der Krankenkassen abgelöst werden.

Solange die Länder die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zu verantworten haben, müssen sie auch bei den Investitionen engagiert bleiben. Insbesondere größere Investitionsvorhaben wie der Neubau wesentlicher Teile eines Krankenhauses müssen weiterhin durch Fördermittel des Landes gedeckt werden.

Die von Nordrhein-Westfalen ab 2008 eingeführte Baupauschale wird vom VKD als ein Schritt hin zu einer umfassenden Betriebsführungsverantwortung begrüßt. Weitere Schritte in Richtung monistischer Finanzierung können erst ernsthaft diskutiert werden, wenn auf der politischen Ebene die Weichen zum Abbau des aufgelaufenen Investitionsstaus gestellt sind.

Langfristig muss sichergestellt sein, dass auch in den Krankenhäusern eine für die Substanzerhaltung erforderliche Investitionsquote erwirtschaftet werden kann. Diese muss deutlich über der jetzigen Quote von ca. 5 % liegen. Selbst von der Politik wird inzwischen eine erforderliche Investitionsquote von 15 % genannt.

Zusammenfassend formuliert VKD-Präsident Heinz Kölking folgende Forderungen:

- Wegfall des sogenannten Sanierungsbeitrags der Krankenhäuser für die Krankenkassen rückwirkend zum 01.01.2008.
- Möglichkeit der Refinanzierung von Tarifsteigerungen noch für 2008.
- Abschaffung der Bindung der Krankenhausausgaben an die Einnahmen der Krankenkassen ab 2009.
- Festlegung auf betriebswirtschaftlich und nicht politisch begründete Eckdaten für den ordnungspolitischen Rahmen ab 2009:
 - Qualitätswettbewerb anstatt Preisdumping.
 - Keine Gefährdung der flächendeckenden Krankenhausversorgung durch selektives Kontrahieren.
 - Einstieg in die monistische Finanzierung nur bei gleichzeitigem Abbau des Investitionsstaus.

Ansprechpartner:
Dr. Rudolf Hartwig
VKD-Referent für Öffentlichkeitsarbeit
c/o Geschäftsstelle
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)
Oranienburger Straße 17
10178 Berlin
Tel.: 030 / 28 88 59 - 11
E-Mail: rudolf.hartwig@gmx.de