



4. Mai 2006

VKD-Pressegespräch

am 4. Mai 2006

49. Jahrestagung des VKD in München

Die diesjährige Jahrestagung des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) steht ganz im Zeichen von drei wichtigen Problemkreisen:

- Forderungen und Erwartungen an die kommende Gesundheitsreform
- Widersprüche zwischen der Gesundheitspolitik und fiskalischen Erwägungen
- Widersprüche zwischen der Gesundheitspolitik und dem Wettbewerbsrecht

„Solidarität sichern, wettbewerbliche Strukturen weiterentwickeln!“ – mit diesen Worten faßt Heinz Kölking, Präsident des VKD, die Positionen des Krankenhausmanagements vor dem Hintergrund der anstehenden Gesundheitsreform zusammen.

Die bisherigen Weichenstellungen des Gesetzgebers liegen weit hinter den Notwendigkeiten einer nachhaltig wirkenden Reform der Gesundheitswirtschaft zurück. Der VKD fordert deshalb, den eingeschlagenen Reformkurs fortzusetzen und mit neuen Ansätzen die bislang verdrängten Probleme und Herausforderungen zu bewältigen. Die

- Forderungen und Erwartungen an die kommende Gesundheitsreform werden in Kurzform wie folgt zusammengefaßt:

1. Solidarität zukunftssicher gestalten

- Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht länger als Verschiebebahnhof mißbrauchen.
- Stärkung der Subsidiarität durch moderaten Ausbau der Selbstbeteiligung.
- Einnahmeseite der GKV stabilisieren.

2. Leistungsgerechte Vergütung statt Deckelung
 - Leistungsbezogene Ansätze des DRG-Systems weiterentwickeln, damit das Geld der Leistung folgt.
 - Budgetierung auf Landesebene abschaffen.
 - Abschottung der Leistungssektoren überwinden.

3. Zulassung und Förderung von Wettbewerb
 - Das DRG-System führt zur Verschlinkung von Prozessen; freie Kapazitäten müssen ohne bürokratische Restriktionen genutzt werden dürfen.
 - PKV-System als wettbewerbliches Element erhalten.
 - Privatpatienten müssen außerhalb des mit der GKV vereinbarten Budgets abgerechnet werden.
 - Abschaffung der ordnungspolitisch verfehlten Begrenzung der Zimmerzuschläge.

4. Endlich Strukturveränderungen im Gesundheitssystem zulassen
 - Wahlfreiheit bei der Versorgungsform von Patienten nach Einweisung ins Krankenhaus.
 - Weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung; Regelungen zur onkologischen und spezialisierten Behandlung in Zulassungsanspruch überführen.
 - Medizinische Versorgungszentren von arztrechtlichen und steuerlichen Restriktionen befreien.
 - Integrierte Versorgung weiterentwickeln.

5. Neuregelung der Investitionsfinanzierung
 - Strukturwandel erfordert erhebliche Investitionen; deshalb muß der Investitionsnotstand beendet werden.
 - Förderpraxis behindert rasche unternehmerische Entscheidungen.
 - Einstieg in die monistische Finanzierung nach entsprechender Erhöhung der DRG-Entgelte.
 - Förderung durch die Länder nur noch für große Bauvorhaben.

6. Beschränkung der Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung
 - Widerspruch zwischen bürokratisch detaillierter Krankenhausplanung und DRG-System auflösen.
 - Versorgungsverträge bei geeigneten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 2009.
 - Verlässliche Vertragspartnerschaft zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen; mit öffentlichen Mitteln getätigte Investitionen dürfen nicht entwertet werden.

Widersprüche zwischen Gesundheitspolitik und fiskalischen Erwägungen

Durch die bisherigen gesundheitspolitischen Weichenstellungen werden Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssektoren gefördert, um Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Die Praxis der Finanzverwaltung steht jedoch im Widerspruch zu diesen veränderten Rahmenbedingungen, wodurch die gesundheitspolitischen Ziele von Bund und Ländern aus fiskalischen Erwägungen unterlaufen werden. Das geschieht überwiegend durch „Uminterpretation“ bestehender Gesetze durch die Finanzverwaltung und nicht durch rechtsstaatlich saubere Schritte des Gesetzgebers. Das wird unter anderem an folgenden Beispielen deutlich:

- Die ambulante Strahlentherapie eines gemeinnützigen Krankenhauses ist als „Institutsambulanz“ Teil des Zweckbetriebs Krankenhaus. Der Zulassungsausschuß der KV erteilt jedoch keine Institutsermächtigungen mehr. Bei persönlicher Ermächtigung des Chefarztes gilt die gleiche Leistung nunmehr als wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb, für den Ertragssteuern zu zahlen sind.
- Ein gemeinnütziges Krankenhaus vermietet im Rahmen freier Kapazitäten ein mit Fördermitteln finanziertes Gerät an niedergelassene Ärzte. Das wird von der Finanzverwaltung als wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb eingestuft. Das kann zur Folge haben, dass eine Stiftung, die das Gerät finanziert hat, nachträglich ihre Gemeinnützigkeit verliert.
- Ein Krankenhaus arbeitet mit einem Medizinischen Versorgungszentrum zusammen, weil es ambulante Leistungen nicht selbst erbringen darf. Diese Zusammenarbeit unterliegt der Umsatzsteuer.
- Ein Krankenhaus übernimmt Organisationsaufgaben bei der Integrierten Versorgung. Diese Leistungen werden nicht als krankenhaustypischer Umsatz angesehen und unterliegen insoweit der Besteuerung.

- Die Organentnahme ist zweifellos notwendige Voraussetzung für eine lebensrettende Transplantation. Mit der Finanzverwaltung wird ernsthaft darüber gestritten, ob die Organentnahme der Mehrwertsteuer unterliegt: Da der Mensch tot ist, hat die Maßnahme keinen therapeutischen Nutzen und ist insoweit kein „mit dem Krankenhaus eng verbundener Umsatz“.

Der VKD fordert eine Abstimmung zwischen Gesundheitsministerium und Finanzministerium, damit die gesundheitspolitischen Ziele nicht durch fiskalische Erwägungen blockiert werden.

- Widersprüche zwischen Gesundheitspolitik und Wettbewerbsrecht

Ein weiterer Bereich, wo die Ziele der Gesundheitspolitik zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität von einem anderen Politikbereich konterkariert werden, ist das Wettbewerbsrecht.

In den Krankenhausgesetzen aller Bundesländer ist in unterschiedlicher Ausprägung das Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung festgelegt. Dadurch sollen Überkapazitäten abgebaut, Doppelvorhaltungen gleicher Leistungsangebote vermieden und Abstimmungen über die Schwerpunktbildung der einzelnen Krankenhäuser untereinander ermutigt werden.

Die vom Bundesgesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuß aufgetragenen Mindestmengenregelungen erfordern in ihrer Umsetzung ebenfalls Leistungsabsprachen zwischen den Krankenhäusern.

Die Kartellbehörden haben seit ca. zwei Jahren den Krankenhausmarkt als Betätigungsfeld entdeckt und verkennen dabei, dass dieser ein Markt ist, der nicht nach den üblichen Regeln funktioniert. Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen verbietet die vom Gesundheitsgesetzgeber geforderten Absprachen zwischen Krankenhäusern. Damit werden die Erfüllung der Vorgaben der durch Landesgesetz geregelten Krankenhausplanung und auch die Verfolgung der Ziele der Krankenkassen unmöglich gemacht.

So ist es nicht erlaubt, dass sich auf Drängen der Krankenkassen zwei benachbarte Krankenhäuser darauf verständigen, welche Subspezialisierungen der Inneren Medizin sie realisieren wollen. Eine etwaige Vereinbarung ist nach einem Verbot des Kartellamts nichtig mit eventuell fatalen Konsequenzen für die Krankenhäuser; denn ein einmal aufgegebenen Leistungsbereich kann nur sehr schwer reaktiviert werden.

Eine Leistungsabsprache ist legal nur möglich, wenn sie proforma über die Krankenkassen abgewickelt wird, denn diese werden vom Kartellrecht im wesentlichen nicht erfaßt. Eine andere Ausweichstrategie kann darin liegen, dass zwei Krankenhäuser fusionieren und erst dann die Leistungsabsprachen stattfinden. Hier blockiert jedoch gegebenenfalls das Instrument der Fusionskontrolle, wenn bestimmte Schwellenwerte überschritten werden. Bei der Ermittlung der Schwellenwerte ist es nicht zu verstehen, dass beispielsweise bei einem rechtlich selbständigen Städtischen Klinikum die Umsätze anderer von der Stadt getragener Institutionen, wie z. B. Verkehrsbetriebe oder Stadtwerke, einbezogen werden.

Im Bereich des Kartellrechts fordert der VKD eine Abstimmung zwischen Gesundheitsministerium und Wirtschaftsministerium über eine widerspruchsfreie Politik.

Hintergrund:

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) wurde 1903 in Dresden gegründet. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Fortbildung seiner Mitglieder (Krankenhausgeschäftsführer und –verwaltungsdirektoren). Außerdem wirkt der VKD bei aktuellen Fragestellungen zur Gesundheitswirtschaft und Krankenhausgesetzgebung mit. Der VKD ist bundesweit vertreten und hat ca. 3.000 Mitglieder.

Ansprechpartner:
Dr. Rudolf Hartwig, VKD - Referent für Öffentlichkeitsarbeit, Alfried-Krupp-Straße 21, 45117 Essen;
Tel.: 0201/434-2330; Fax: 0201/434-2397; E-Mail: rudolf.hartwig@krupp-krankenhaus.de