

**Stellungnahme des**  
**Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)**

für die Anhörung des  
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags  
am 18. Juni 2008

zum

- a) Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE  
„Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden“ (BT-Drs. 16/8375)
  
- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
„Krankenhäuser zukunftsfähig machen“ (BT-Drs. 16/9008)
  
- c) Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
„Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser“ (BT-Drs. 16/19057)

**10. Juni 2008**

Der VUD begrüßt, dass die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE und FDP mit ihren Anträgen die Finanznot der Krankenhäuser anerkennen und eine bessere Krankenhausfinanzierung einfordern. Dabei wird in allen drei Anträgen zutreffend analysiert, dass die schwierige Lage der Krankenhäuser mehrere Ursachen hat. Sowohl Bund als auch Länder müssen aktiv werden und jeweils ihre Beiträge leisten. In folgenden Feldern besteht dringender Handlungsbedarf:

**1. Die Scherenproblematik muss durch die Refinanzierung betriebswirtschaftlich nicht steuerbarer Kostensteigerungen gelöst werden.**

Seit Beginn der Budgetdeckelung 1993 steigen die Kosten schneller als die Einnahmen (sog. „Scherenproblematik“). Seither sinken die realen, d.h. preisbereinigten, Budgets der Universitätsklinika. Diese Entwicklung war noch nie so dramatisch wie in den letzten beiden Jahren.

Die Universitätsklinika sind 2007 mit nicht refinanzierten Mehrkosten aus dem Ärztetarifvertrag, der Mehrwertsteuererhöhung und stark gestiegenen Energiepreisen konfrontiert gewesen. Hinzu kamen Preissprünge bei innovativen Pharmazeutika und Medizinprodukten. 2008 setzt sich diese Kostenentwicklung fort. Dazu kommen gesundheitspolitisch veranlasste Budgetkürzungen durch Abzüge für die Integrierte Versorgung und Sanierungsbeiträge für die Krankenkassen. Die Kostensteigerungen und Sonderabzüge der letzten beiden Jahre summieren sich zu realen Budgetkürzungen von 10 Prozent und mehr.

Vorhandene Rationalisierungsreserven wurden in den letzten 15 Jahren weitgehend ausgeschöpft. Heute besteht bei den Budgets kein nennenswertes Einsparpotenzial mehr.

Weitere Einschnitte sind nur auf Kosten der medizinischen Qualität möglich, d.h. durch den Abbau von Pflegekräften und Ärzten oder durch Verzicht auf medizinisch sinnvolle, aber teure Innovationen.

Bei der Instandhaltung werden schon heute zunehmend Abstriche gemacht, die mittelfristig zu Infrastrukturmängeln und steigenden Betriebskosten führen werden. Viele Krankenhäuser leben derzeit von ihrer Substanz.

Deshalb darf sich die jährliche Anpassung der Krankenhausbudgets nicht länger an der Grundlohnrate orientieren. Diese liegt regelmäßig weit unter den realen Kostensteigerungen. Die Differenz können die Klinika auf Dauer nicht durch Rationalisierungsmaßnahmen auffangen. Preisanpassungen sind unumgänglich.

Neben der Gesundheitspolitik gibt es keinen weiteren Politikbereich, in dem diese elementaren ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten so konsequent ignoriert werden. Bundesverkehrsminister Tiefensee hat dem Zusammenhang zwischen Kosten- und

Preisentwicklung für sein Ressort besser Rechnung getragen. Er hat mit dem Verweis auf die Tarifentwicklung und Engergiepreissteigerungen zweimalige Preiserhöhungen bei der Bahn in 2007 ausdrücklich verteidigt. Was unterscheidet in diesem Punkt die Krankenhäuser von der Bahn?

Der VUD begrüßt, dass die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, DIE LINKE und FDP in ihren Anträgen zum Umdenken auffordern. Die grundlohnbasierte Budgetierung muss abgeschafft werden.

Die aktuell von Frau Ministerin Schmidt vorgetragenen Überlegungen greifen zu kurz. Sie beschränken sich auf eine „übergangsweise“ Finanzierung der Lohn- und Gehaltssteigerungen. Außerdem soll nur ein Teil dieser Personalkostensteigerungen refinanziert werden. Dies geht an der eigentlichen Ursache des Problems vorbei. Es reicht nicht aus, nur einmalig und dazu noch unvollständig Symptome zu lindern. Stattdessen müssen Reformen an der Systematik der Krankenhausfinanzierung ansetzen.

Hier muss an die Stelle der Grundlohnrate ein eigens zu entwickelnder Krankenhauspreisindex treten. Außerdem müssen die Basisfallwerte rückwirkend um alle Kostensteigerungen der letzten beiden Jahre angehoben werden. Das gilt sowohl für die Personalkosten als auch für den Sachkostenbereich, hier insbesondere für die Mehrkosten infolge der Mehrwertsteuererhöhung. Nur dann ist eine vollständige und dauerhafte Refinanzierung der Kostensteigerungen gewährleistet.

## **2. Die Investitionsquote muss für alle Krankenhäuser (im Bereich der Krankenversorgung auch für Universitätsklinika) auf 12 Prozent angehoben werden.**

Seit Anfang der 90er Jahre wurde die Investitionskostenfinanzierung durch die Länder stetig zurück gefahren. Heute ist allgemein anerkannt, dass das derzeitige Finanzierungsniveau längst nicht ausreicht.

12 Prozent Investitionsquote sind keine unangemessene Forderung. Bis in die 90er Jahre lag die Investitionsquote für Krankenhäuser regelmäßig im zweistelligen Prozentbereich. Die gesamtwirtschaftliche Investitionsquote liegt bei über 17 Prozent. Dazu kommt, dass die Krankenhäuser einen enormen Investitionsstau abzubauen haben.

12 Prozent entsprechen einem Gesamtbedarf von ca. 7 Mrd. Euro. Heute liegen wir für die nicht-universitären Krankenhäuser bei unter 5 Prozent. Die Finanzierungslücke beträgt für alle Krankenhäuser ca. 4 Mrd. Euro. Bei dieser extremen investiven Unterfinanzierung ist es unmöglich, die Krankenhäuser flächendeckend auf einem modernen technischen und baulichen Stand zu halten.

Die Vorhaltung moderner Infrastruktur ist nicht nur ein Anliegen von Krankenhäusern und Patienten. Auch behördliche Auflagen in Bereichen wie Brandschutz oder Hygiene erzwingen die permanente Modernisierung der Infrastruktur auf dem neuesten technischen Stand. Geschieht dies nicht, droht die Schließung.

Weder das BMG noch die Länder haben einen Lösungsansatz für die dramatische Unterfinanzierung. Die Länder wollen bei der Investitionskostenfinanzierung nichts ändern, obwohl sie die nötigen Mittel absehbar auch in Zukunft nicht aufbringen können.

Das BMG möchte die Monistik einführen. Dieses Ziel unterstützt der VUD ausdrücklich. Das BMG hat aber keine befriedigende Antwort, wie im Rahmen dieses Modells eine auskömmliche Investitionsfinanzierung gewährleistet werden soll. Derzeit ist es politisch unvorstellbar, den Kassen 7 Mrd. Euro an Mehrausgaben aufzubürden. Die im Rürup-Gutachten entwickelte Alternative sieht vor, den Ländern über einen Umsatzsteuervorwegabzug einen höheren Finanzierungsanteil abzufordern und ihnen dabei faktisch die Haushaltssouveränität für Krankenhausinvestitionen zu entziehen. Dies scheint politisch kaum durchsetzbar.

Als Zwischenschritt zur „Monistik pur“ schlägt der VUD deshalb ein Kofinanzierungsmodell vor. Das bedeutet: Für jeden Euro, den ein Bundesland zur Investitionskostenfinanzierung bereitstellt, schießen die Kassen einen Euro zu. Damit haben die Länder einen Finanzierungsanreiz. Gleichzeitig werden die Kassen finanziell nicht überfordert, da sie im Gegensatz zur „Monistik pur“ den Länderanteil an der Finanzierung nicht übernehmen müssen.

### **3. Universitätsklinika müssen in die Reform der Investitionskostenfinanzierung einbezogen werden**

Die duale Finanzierung ist für die Universitätsklinika einerseits und die restlichen Krankenhäuser andererseits unterschiedlich geregelt. Für die große Zahl der gut 2100 deutschen Krankenhäuser gilt die duale Finanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Für die 34 deutschen Universitätsklinika, die rund 10 Prozent aller Krankenhausfälle versorgen, gilt dagegen ein anderer Finanzierungsmodus, der an das im Zuge der Föderalismusreform abgeschaffte Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) anknüpft.

Gemeinsam ist beiden Finanzierungssystemen, dass die Länder weitestgehend eigenständig über die investive Mittelausstattung der jeweiligen Krankenhäuser entscheiden. In beiden Bereichen besteht akute Unterfinanzierung.

Zwar verfügen die Universitätsklinika im Vergleich noch über mehr Mittel als andere Krankenhäuser. Trotzdem hat sich auch bei ihnen ein enormer Investitionsstau aufgebaut. Es ist zudem bereits heute absehbar, dass sich die Finanzierungssituation für Universitätsklinika in den kommenden Jahren erheblich verschlechtern wird.

Deshalb müssen die Universitätsklinika für den Bereich der Krankenversorgung in die Reform der Investitionskostenfinanzierung konzeptionell einbezogen werden. Die bisher diskutierten Konzepte beschränken sich auf den KHG-Bereich. Dies ist inhaltlich nicht nachvollziehbar. Eine Reform nur des KHG-Bereichs hätte erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen universitären und nicht-universitären Krankenhäusern zur Folge.

#### **4. Als Alternative zur Einführung von Selektivverträgen muss die Krankenhausplanung methodisch und institutionell weiterentwickelt werden.**

Als Gegenstück zur Kofinanzierung müssen die Kassen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten in der Krankenhausplanung erhalten. Gleichzeitig müssen die Länder im Boot bleiben. Der VUD schlägt deshalb eine Planungspartnerschaft der einzelnen Bundesländer und der Kassen vor, die in einer gemeinsam getragenen Regulierungsbehörde auf Landesebene institutionalisiert werden sollte.

Der VUD lehnt die Aushöhlung der Krankenhausplanung durch Selektivverträge ab. Damit könnten die Kassen in alleiniger Zuständigkeit stationäre Versorgungsangebote steuern. Angesichts der durch den Gesundheitsfonds gesetzten Kostensenkungsanreize wäre dies fatal.

Außerdem kollidieren Selektivverträge mit der Pflicht der Universitätsklinika, für die studentische Ausbildung ein vollständiges Leistungsspektrum vorzuhalten. Würden die Kassen Selektivverträge für bestimmte Leistungen verweigern, wäre es zudem wesentlich schwieriger, die Weiterbildungsanforderungen der Ärztekammern durch Kooperationen zu organisieren. Gleiches gilt für die Durchführung von klinischen Studien.

Eine methodisch fundierte, sachgerecht institutionalisierte Krankenhausplanung ist wesentlich besser zur Angebotssteuerung geeignet als Selektivverträge mit Kassen. Es gilt daher, die Defizite der heutigen Planungsinstrumente und -verfahren zu beheben.

## **5. Ein Höchstpreissystem muss verhindert werden. Es widerspricht dem Wettbewerbsgedanken und führt zwangsläufig zu Preisdumping.**

Die einseitige Freigabe der Preise nach unten wäre unter Wettbewerbsgesichtspunkten inkonsequent. In einem echten Wettbewerbssystem müssten Universitätsklinika die Möglichkeit haben, für besonders teure und innovative Leistungen, die über DRG nicht adäquat vergütet werden, kostengerechte Preise auch oberhalb der heutigen DRG zu verhandeln.

Zudem würden Einzelverträge in Verbindung mit Höchstpreisen wegen des Gesundheitsfonds zu Preisdumping führen. Die häufig geäußerte Hoffnung, Qualitätstransparenz könnte hierzu als Korrektiv wirken, ist eine Illusion. Qualitätstransparenz wird im Gesundheitswesen aus methodischen und praktischen Gründen immer nur für einen Teil des medizinischen Leistungsspektrums herstellbar sein. Von einer entwickelten Qualitätsmessung, die möglicherweise als Basis für differenzierte Entgelte dienen könnte, sind wir zudem noch weit entfernt.

Ein Höchstpreissystem ist daher in jedem Fall abzulehnen. Inwieweit nach Qualität differenzierte Preise eine Option für die Zukunft sein könnten, muss die weitere Entwicklung der Qualitätsindikatorensysteme zeigen. Derzeit haben diese noch nicht den Stand erreicht, der für eine qualitätsbasierte Preisdifferenzierung notwendig wäre.