



Stellungnahme des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. - VKD im Rahmen der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages 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. 16/9057)

Im Rahmen der o.g. Anhörung gibt der VKD nachfolgende **Stellungnahme** ab:

1. Wegfall des Sanierungsbeitrages

Seit Inkrafttreten des GKV-WSG und dem Wirksamwerden des sog. „Sanierungsbeitrages“ hält der VKD diesen für nicht angemessen, wirtschaftlich verfehlt und nicht begründbar. Ein jährlicher Subventionsbetrag von 300 Mio. € zugunsten der Krankenkassen ist fehl am Platz. Nach den offiziellen Statistiken aus dem Gesundheitsministerium schreiben die Krankenkassen fast alle wieder schwarze Zahlen; dagegen schreibt ein Großteil aller deutschen Krankenhäuser rote Zahlen. Zusammen mit weiteren Belastungen (Mehrwertsteuererhöhung, Energiekostensteigerungen, Personalkostensteigerungen usw.) hat der Sanierungsbeitrag seinen Anteil an der wirtschaftlich prekären Situation der Krankenhäuser. Die für das Jahr 2008 festgesetzte Veränderungsrate der Budgets der Krankenhäuser in Höhe von 0,64 % wird durch den 0,5%igen Abzug quasi zu einer Nullrunde degradiert.

Von daher erheben wir die Forderung: der Sanierungsbeitrag muss weg - und zwar sofort, d.h. mit Wirkung vom 01.01.2008!

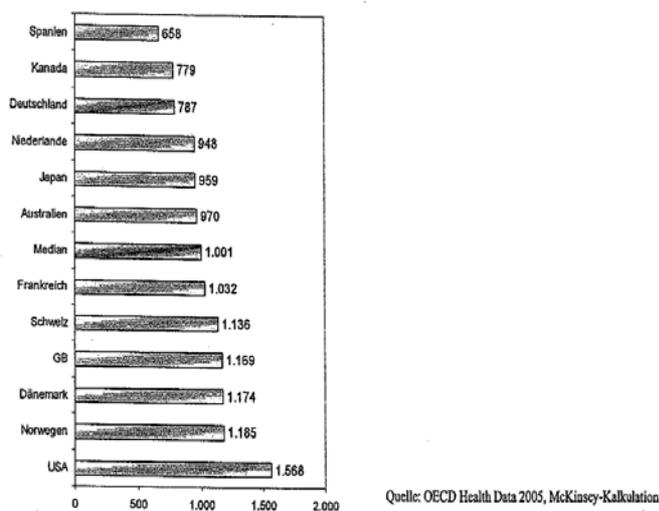
2. Refinanzierung nicht beeinflussbarer Kostensteigerungen in den Jahren 2008 und 2009

Seit Bestehen der sog. „Deckelung“ im Jahr 1993 waren die Krankenhäuser verpflichtet, unabwendbare Kostensteigerungen durch Rationalisierungen aufzufangen. Gerade in den letzten Jahren haben Entwicklungen wie Mehrwertsteuererhöhung, Energiepreiserhöhungen, Tariflohnentwicklungen, aber auch gesetzlich verordnete Zusatzbelastungen wie der Wegfall der Naturalrabatte durch das AVWG, Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, das GKV-WSG usw. zu erheblichen Belastungen geführt. Alleine durch die Umsetzung des AVWG und das GKV-WSG werden in 2008 zusätzliche Belastungen in Höhe von ca. 2 Mrd. € verursacht.

Die bereits realisierten und noch zu erwartenden Tarifabschlüsse werden in den Jahren 2008 und 2009 insgesamt zu Personalkostensteigerungen in Höhe von ca. 8 % führen. Dem gegenüber steht eine Veränderungsrate 2008 in Höhe von 0,64 %; unter Berücksichtigung des Sanierungsbeitrages von 0,5 % verbleibt damit praktisch kein Spielraum zur Refinanzierung der Tariflohnveränderungen.

Die Rationalisierungsreserven der Krankenhäuser sind erschöpft. Die Indikatoren der erreichten Wirtschaftlichkeit sind eindeutig und beeindruckend:

- Die Kosten der Krankenhausversorgung sind in Deutschland im internationalen Vergleich so günstig wie kaum in einem anderen OECD-Land. So betragen die Krankenhausausgaben 2003 in Euro je Einwohner in Deutschland 787 €; Die Kosten in den meisten anderen OECD-Ländern sind wesentlich höher (USA: 1.586 €, Schweiz: 1.136 €, Niederlande: 948 € je Einwohner).



- Die erreichte Personalproduktivität der deutschen Krankenhäuser ist im internationalen Vergleich extrem hoch: während in Deutschland je Krankenhausmitarbeiter ca. 20 Patienten behandelt und entlassen werden, sind dies in Großbritannien 12, in der Schweiz 9 und in den USA 8 Patienten.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource im Krankenhaus. Das Personal hat aber auch Anspruch auf eine adäquate Bezahlung. Die durch die tariflichen Vergütungserhöhungen verursachten Kostensteigerungen müssen jedoch gegenfinanziert werden! Ansonsten bleibt nur der Ausweg eines weiteren Personalabbaus. Das führt zur Verschlechterung der Qualität. Das spüren zunehmend auch unsere Patienten.

Neben dieser kurzfristigen Aufhebung der sog. „Deckelung“ zur Refinanzierung unabweisbarer Kostensteigerungen ist die grundsätzliche Abkehr vom bisherigen Mechanismus der Anbindung der Budgetsteigerungen an der Entwicklung der Grundlohnsummen zu fordern: es besteht nach wie vor kein Zusammenhang zwischen den Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen und der Kostenentwicklung, insbesondere der Lohn- und Gehaltsentwicklung, im Krankenhaus. Auch andere Indizes, wie Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes, Entwicklung der Verbraucherpreise etc. sind nicht geeignet, Kostenentwicklungen im Krankenhaus widerzuspiegeln. Deshalb unterstützt der VKD Forderungen nach der Entwicklung eines „Krankenhausindex“, der auf die spezifische Kostenentwicklung im Krankenhausbereich abgestellt ist und die besonderen Aspekte der Dynamik des medizinischen Fortschritts (neue Methoden, Technologien, Medikamente) ebenso aufnimmt, wie die Zusammensetzung des krankenhausspezifischen „Warenkorbes“ sowie die demographische Entwicklung mit der zunehmenden Schwere der Krankheitsfälle.

3. Investitionsfinanzierung

Im Zusammenhang mit der Investitionsfinanzierung stehen für den VKD nicht die Begrifflichkeiten „Dualistik“ oder „Monistik“ im Mittelpunkt. Angesichts des aufgelaufenen Investitionsstaus und der in den letzten Jahren rückläufigen Fördermittel für Krankenhausinvestitionen mit zuletzt 2,7 Mrd. € pro Jahr (dies entspricht einer Investitionsquote von ca. 5 %) erheben wir zunächst folgende Forderungen:

a) **Ausreichende Fördermittel für die Investitionsfinanzierung im Krankenhaus!**

Im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Investitionsquote von ca. 17-18 % liegt der Krankenhausbereich mit 5 % ganz erheblich zu niedrig. Selbst in der Politik wird mittlerweile eine Investitionsquote von deutlich über 10 % für den Krankenhausbereich als notwendig erachtet.

b) **Verlässlichkeit der Investitionsförderung!**

Die verfügbaren Investitionsmittel müssen den Krankenhäusern nach verlässlichen Kriterien zur Verfügung gestellt werden, damit Planungs- und Investitionssicherheit gewährleistet sind.

c) **Bundesländer sind in der Finanzierungspflicht!**

Krankenhausversorgung als Teil der Daseinsvorsorge ist Kernaufgabe der Bundesländer. Neben der Letztverantwortung für die Krankenhausplanung resultiert hieraus auch die Verpflichtung, die notwendigen Investitionsmittel aufzubringen. Der VKD plädiert deshalb dafür, die Bundesländer unbeschadet anderer Finanzierungsquellen weiterhin in der Finanzierungsverantwortung für die Krankenhausinvestitionen zu belassen. Insbesondere größere Investitionsvorhaben wie der Neubau wesentlicher Teile eines Krankenhauses müssen weiterhin durch Fördermittel des Landes gedeckt werden.

d) **Erhöhung der Investitionsautonomie für die Krankenhäuser!**

Derzeit fehlt den Krankenhäusern häufig die notwendige Investitionsautonomie, um flexibel auf geänderte Anforderungen reagieren zu können. Von daher wird für eine Ausweitung der Pauschalförderung plädiert. Die Auszahlung der Investitionspauschale sollte in Form von Zuschlägen auf die DRGs erfolgen. Die entsprechenden Zuschläge sind an dem der jeweiligen DRG zugrundeliegenden Investitionsaufwand auszurichten und entsprechend zu kalkulieren. Ein solches Kalkulationsverfahren könnte über das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erfolgen, ebenso die kontinuierliche Weiterentwicklung des so entwickelten Systems.

Letztlich resultiert daraus ein Finanzierungssystem im Krankenhaus, das dem Prinzip entspricht: „Zwei Quellen - ein Strom“ : Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen und Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer („Zwei Quellen“) - Auszahlung der Mittel als Pauschalen in Form der DRGs bzw. Zuschlägen auf die DRGs („Ein Strom“).

Eine gleichberechtigte Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung wird abgelehnt. Krankenhausplanung ist Sache der Bundesländer als Teil der Daseinsvorsorge. Die Erfahrungen in der Vergangenheit, insbesondere aus dem Reha-Bereich, zeigen, dass die Perspektive der Krankenkassen häufig zu einseitig auf Kapazitätsabbau und Kostenreduzierung ausgerichtet ist; dies führt zu einer Gefährdung der flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung sowie zu Qualitätseinbußen.

Zusammenfassend erhebt der VKD folgende **Forderungen**:

- **Wegfall des sog. Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser für die Krankenkassen rückwirkend zum 01.01.2008**
- **Möglichkeit der Refinanzierung unabweisbarer Kostensteigerungen, insbesondere der Tariflohnsteigerungen, noch für 2008**
- **Abschaffung der Bindung der Krankenhausausgaben an die Einnahmen der Krankenkassen ab 2009**
- **Ausreichende und verlässliche Fördermittel für die Durchführung von Investitionen durch die Bundesländer bei gleichzeitiger Erhöhung der Investitionsautonomie für die Krankenhäuser**

30. Mai 2008