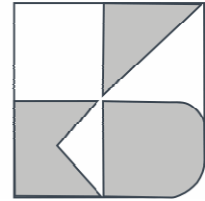


Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0188(13)
gel. VB zur öAnhörung am 19.10.
11_VStG
12.10.2011

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV



Stellungnahme zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), der das Management fast aller Deutschen Krankenhäuser vertritt, übermittelt nachfolgend seine Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf, der als Hauptziel die Verbesserung der vertragsärztlicher Situation verfolgt, daneben aber auch eine Reihe von Ansätzen enthält, die direkt oder indirekt die Belange der Krankenhäuser tangieren.

Aus Sicht des VKD gibt es im vorliegenden Regierungsentwurf durchaus viele sinnvolle Regelungen, die jedoch wichtiger Ergänzungen und Präzisierungen bedürfen. Sonst kann das Ziel - die Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung - nicht erreicht werden. Vorwiegend auf Anreize für niedergelassene Ärzte zu setzen, genügt nicht. Ohne strukturelle Änderungen, die auch die Krankenhäuser einbeziehen, wird sich die Situation weiter verschärfen.

In unserer Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Sachverhalte, die aus Sicht des VKD für die Aufgabenerfüllung des Krankenhausmanagements essentiell sind. Bei den Sachverhalten, die eher in den Zuständigkeitsbereich der Spitzenverbände fallen, schließen wir uns im wesentlichen der Stellungnahme der DKG an, um Doppelungen zu vermeiden.

1.SGB V

Zu § 39 Entlassmanagement

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird ohne inhaltliche Auseinandersetzung mit der Versorgungswirklichkeit unterstellt, die Krankenhäuser würden die bereits bestehenden Verpflichtungen nicht ausreichend umsetzen.

Das Problem ist aber weniger die Überleitung in die Pflege, sondern vornehmlich in die medizinische Nachsorge und in die Reha.

Die Abgrenzung zwischen stationärer und nichtstationärer Behandlung ist im deutschen Recht fest verankert. Lediglich in einem sehr engen gesetzlichen Rahmen darf ein Krankenhaus vorstationär und nachstationär behandeln.

Zu fordern wäre daher, die vor- und nachstationären Behandlungsmöglichkeiten deutlich auszuweiten. Denkbar wäre, dass Beauftragte des Krankenhauses und/oder das Krankenhauspersonal selbst unter Umständen schon vor geplanten Eingriffen in die Patientenversorgung eingebunden würden. Auch nach dem stationären Aufenthalt könnte der Behandlungserfolg wesentlich besser als bislang gesichert werden, wenn eine Nachbetreuung auch durch das Krankenhaus erfolgen oder durch dieses organisiert werden dürfte.

Ein weiteres Hindernis bei der zügigen Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus ist der Genehmigungsvorbehalt der Krankenversicherung bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Dieser Vorbehalt muss aufgegeben werden. Für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sollte ausschließlich der behandelnde Arzt des Akut-Krankenhauses zuständig sein und dieses auch entscheiden können – wie der niedergelassene Arzt an der Schnittstelle zum Krankenhaus auch über die Einweisung entscheidet.

Für die Aufnahme der Patienten müssen alle nach § 111 SGB V zugelassenen Reha-Einrichtungen in einer Region berechtigt sein, ohne dass es im Einzelfall einer Zustimmung des MDK oder der jeweiligen Krankenkasse bedarf.

Nur unter den vorgenannten Voraussetzungen bzw. Erweiterungen befürwortet der VKD die definatorische Festlegung des Entlassmanagements als Teil der Krankenhausleistung.

Zu § 40 Ambulante Reha

Wir begrüßen ausdrücklich, dass durch die vorgesehene Änderung in Zusammenhang mit § 111c die ambulante Reha auf eine verlässliche Grundlage gestellt wird

Zu § 75 Sicherstellung Notdienst

Der vertragsärztliche Notdienst kann bereits heute vielerorts ohne die Einbeziehung der Krankenhäuser nicht mehr gewährleistet werden. Der VKD ist bereit, die KVen bei der Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags durch die Schaffung gemeinsamer regionaler Notfallverbände zu unterstützen. Voraussetzung ist eine diskriminierungsfreie und kostendeckende Vergütung der von den Krankenhäusern in der Notfallversorgung erbrachten Leistungen.

Zu § 90 a gemeinsames Landesgremium

Wir begrüßen die Einrichtung eines derartigen Gremiums, weil dadurch die Chance erhöht wird, dass es zu sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten kommt. Bedauerlich ist allerdings, dass die Beschlüsse lediglich Empfehlungscharakter haben und nicht verbindlich sind. Bei einer Verbindlichkeit muss jedoch dem Land ein Vetorecht gegen Beschlüsse eingeräumt werden, die die Verantwortung des Landes für die Sicherstellung der stationären Versorgung tangieren.

Zu § 95 MVZ

Die bisherigen Erfahrungen bei Gründung und Betrieb zeigen, dass es keinen neuen gesetzlichen Regelungsbedarf gibt. Insbesondere gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass die bisherige Handhabung der ärztlichen Leitung zu sachfremden Einflüssen auf die im Arztrecht verankerte Therapie- und Weisungsfreiheit geführt hätte. Die jetzt vorgeschlagene Änderung wird deshalb als Überregulierung angesehen und abgelehnt.

Ebenfalls abgelehnt wird die vorgesehene Einschränkung bei den Gründungsvoraussetzungen, obwohl der Ausschluss von Aktiengesellschaften für den VKD nachvollziehbar ist. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft wegen der erforderlichen Bürgschaftserklärungen faktisch die Gründung von MVZ zu verwehren - denn solche Bürgschaftserklärungen sind aufgrund landesrechtlicher Vorschriften nicht zulässig. Auch freigemeinnützige Krankenhäuser haben in diesem Kontext gelegentlich massive Probleme z.B. mit der zuständigen Stiftungsaufsicht.

Als Lösung wird vorgeschlagen, dass gemeinnützige Krankenhausträger rechtlich unselbstständige MVZ gründen dürfen und diese von der Bürgschaftsverpflichtung nach §95 Abs. 2 Satz 6 ausgenommen werden. Damit wäre auch der Interessenlage der KV genüge getan, da auch nach der etwaigen Schließung des MVZ der haftende Rechtsträger Krankenhaus weiterhin besteht.

Zu § 101 Bedarfsplanung für die ambulante fachärztliche Versorgung

Für den VKD ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass bei der Ermittlung des Versorgungsgrades auch Leistungen nach § 116 b berücksichtigt werden sollen. Eine namentliche Erfassung der in den ermächtigten Einrichtungen tätigen Personen kann jedoch wegen der strukturellen Besonderheiten der zur Weiterbildung verpflichteten Institution Krankenhaus nicht verlangt werden.

Zu § 103 Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen

Die hier vorgeschlagenen Änderungen verschaffen den KV-dominierten Zulassungsausschüssen sachfremde Einwirkungsmöglichkeiten auf die MVZ, die inhaltlich nicht begründbar und ordnungspolitisch fragwürdig sind, da sie lediglich gegen die von Krankenhäusern getragenen MVZ gerichtet sind. Sie sind deshalb wegen ihres Diskriminierungscharakters ersatzlos zu streichen.

Zu § 111 c Versorgungsverträge mit Reha-Einrichtungen

Der VKD begrüßt ausdrücklich, dass nunmehr der Leistungsbereich der ambulanten Reha eine verlässliche gesetzliche Grundlage erhält. Für die Inanspruchnahme der Einrichtung im jeweiligen Einzelfall müssen jedoch die bürokratischen Hürden abgebaut werden (s. dazu die Ausführungen zu § 39).

Zu § 116 ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Die Erweiterung der Ermächtigung auf Ärzte in Reha – und Pflegeeinrichtungen wird von uns begrüßt – es sollten jedoch auch die Ärzte der Reha-Einrichtungen nach

§ 111c berücksichtigt werden können. Im Interesse einer besseren Kontinuität der Versorgung wird für alle Bereiche gefordert, anstatt einer persönlichen Ermächtigung eine Institutsermächtigung zu erteilen - denn inhaltlich handelt es sich in der Regel um einen lokalen Versorgungsbedarf, für den § 116 a einschlägig wäre!

Zu § 116 a lokaler Versorgungsbedarf

Die vorgeschlagene Neuregelung wird vom VKD begrüßt, weil die in den Krankenhäusern vorhandene Qualifikation damit auch den ambulanten Patienten zu Gute kommt.

Zu § 116 b ambulante spezialärztliche Versorgung

Der VKD begrüßt es, dass für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung zukünftig ausschließlich die Erfüllung von Qualitätskriterien maßgeblich sein soll, die gleichermaßen für Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser gelten – eine Bedarfsplanung findet für diesen Leistungsbereich nicht statt.

Als unvereinbar mit dem Recht des Patienten auf freie Arztwahl wird jedoch die in Absatz 3 vorgesehene Regelungsbefugnis für den GBA abgelehnt, Überweisungserfordernisse vom behandelnden Arzt in die spezialärztliche Versorgung festzulegen. Das kann zu zeitlichen Verzögerungen in der Behandlung bis hin zu Blockaden führen, die für die Patienten nicht zumutbar sind. Ebenso abgelehnt wird vom VKD die Verpflichtung zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsärzten als Voraussetzung zur Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Damit würde zu Lasten schwer kranker Patienten das Wirksamwerden dieses wichtigsten Leistungsbereichs der spezialärztlichen Versorgung von der Interessenlage der KV bzw. des einzelnen Arztes „vor Ort“ abhängig gemacht.

In Absatz 5 ist vorgesehen, dass vom GBA einzelne Leistungen aus dem Katalog von § 115 b in die spezialärztliche Versorgung überführt werden – ohne dass die Gesetzesbegründung dafür inhaltliche Argumente liefert.

Der VKD befürchtet durch diese Verlagerung mit schwierigen Übergangsregelungen eine Erosion des bewährten Verfahrens der dreiseitigen Verträge und spricht sich für deren Beibehaltung aus.

Der VKD begrüßt, dass die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung auf Basis einer gemeinsam zu entwickelnden Gebührenordnung direkt von den Krankenkassen vergütet werden. Abgelehnt wird jedoch die Vorgabe des Gesetzgebers eines Vergütungsabschlags für geförderte Krankenhäuser bis zum Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung. Diese ist inhaltlich nicht zu begründen, da die Länder für die Erbringung ambulanter Leistungen keine Fördermittel gewähren.

2. Ärzte-ZV

Zu § 20 Flexibilisierung vertragsärztlicher Tätigkeit

Der VKD begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, die von der Rechtsprechung entwickelte und heutzutage nicht mehr sachgerechte 13-h - Begrenzung einer Tätigkeit im Krankenhaus zu flexibilisieren. Wir befürchten jedoch, dass die Formulierung des Gesetzestextes für diese Regelungsabsicht nicht konkret genug ist und fordern die explizite Aufhebung dieser Grenze.

3. weiterer Regelungsbedarf

Trotz der seit Jahren anhaltenden Diskussion über den Ärztemangel enthält der Gesetzentwurf leider keinerlei Ansätze zur Abmilderung geschweige denn der Behebung des Ärztemangels in Krankenhäusern. Dabei macht sich der Ärztemangel aufgrund der Aus- und Weiterbildungsverfahren zeitlich zunächst in den Krankenhäusern und erst danach in der ärztlichen Niederlassung bemerkbar. Deshalb bemängelt der VKD die sehr einseitige Ausrichtung des Versorgungsstrukturgesetzes auf den vertragsärztlichen Bereich.

Wenn es tatsächlich um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gehen soll, dann muss auch der Krankenhausbereich entsprechend berücksichtigt werden. Der Gesetzentwurf enthält zwar Vergütungsanreize zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens.

Den Krankenhäusern werden jedoch im Krankenhausentgeltgesetz durch den „Konstruktionsfehler“ der doppelten Absenkung des Basisfallwerts, der dauerhaften Einführung von Mehrleistungsabschlägen sowie der Kürzung der Veränderungsrate ab 2012 weitere finanzielle Einbußen zugemutet. Diese führen zu Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen für Ärzte und Pflegende in den Krankenhäusern, die den Personalmangel weiter verschärfen werden.

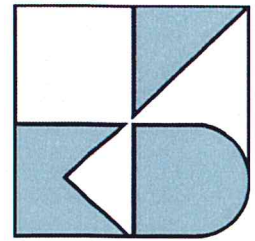
Der VKD hat zu dieser Problemlage eine gesonderte Stellungnahme abgegeben (s. Anlage), die kürzlich an Bundesminister Bahr sowie die zuständigen Länderministerien gesandt wurde.

Berlin, den 10. Oktober 2011



Heinz Kölking
Präsident

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV
Präsident



VKD · Oranienburger Str. 17 · D – 10178 Berlin-Mitte

Daniel Bahr, MdB
Bundesminister für Gesundheit
Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108

10117 Berlin

Geschäftsstelle
Oranienburger Straße 17
D – 10178 Berlin-Mitte

Bank für Sozialwirtschaft Berlin
BLZ 100 205 00
Konto 325 00 00

Telefon (0 30) 28 88 59 - 14
Telefax (0 30) 28 88 59 - 15

E-Mail g.kirchner@vkd-online.de
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen

Dr. D/

Datum

09.09.2011

Bundesratsverfahren zum Entwurf eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes

Sehr geehrte Herr Minister Bahr,

im Nachgang zu Ihrem Gespräch mit unserem Präsidiumsmitglied Bernhard Unkel am 1. September in Lahnstein und mit Blick auf Beratungen zum Versorgungsstrukturgesetz im Bundesrat wenden wir uns an Sie und parallel an die für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zuständigen Länderministerien. Den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), der das Management fast aller deutschen Krankenhäuser vertritt, treibt die Sorge um, dass wesentliche Punkte, die für die Sicherstellung der Versorgung wichtig sind, in dem vorliegenden Entwurf bislang nicht berücksichtigt werden.

Ärztmangel – keine Lösung für ländliche Krankenhäuser

Aufgrund der Aus- und Weiterbildungsverfahren macht sich der Ärztemangel zeitlich zunächst in den Krankenhäusern und erst danach in der ärztlichen Niederlassung bemerkbar. Dies betrifft seit längerem insbesondere kleinere Krankenhäuser in ländlichen und strukturschwachen Regionen, die vor allem die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung zu gewährleisten haben.

Krankenhäuser mit weniger als 250 Betten machen über 60 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland aus. Sie versorgen aber weniger als 30 Prozent aller stationären Patienten. Diese Häuser, deren Bedarfsnotwendigkeit über ihre Aufnahme in die Krankenhauspläne der Länder amtlich festgestellt und dokumentiert ist, haben im Rahmen ihres gesetzlichen Versorgungsauftrages und der Standortrealitäten wenig Gestaltungsfreiräume und kaum die Möglichkeit, zusätzliche Erlöse über Mengensteigerungen oder Spezialisierungen zu erreichen. Sie können ihre Patientenklientel nicht steuern, um ggf. so ihr wirtschaftliches Überleben zu sichern. Auch können sie die zunehmend höheren Gehaltsforderungen der Ärzte nicht mehr bezahlen.

Für den niedergelassenen Bereich soll es mehr Vergütungsanreize zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens geben: „Alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstufung

ausgenommen.“ Weiter heißt es im Regierungsentwurf: „Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, zu vereinbaren.“

Für die Krankenhäuser fordern wir ebenso finanzielle Entlastungen.

Minderung der Veränderungsrate um 0,5 Prozentpunkte streichen

Im GKV-Finanzierungsgesetz wurde auch für 2012 eine Minderung der Veränderungsrate festgelegt. Diese soll 0,5 Prozentpunkte betragen (§ 10 Abs. 3 Satz 4 KHEntG). Zusammen mit den Regelungen für Mehrleistungsabschläge würden den Krankenhäusern in 2012 weitere 600 Mio. Euro entzogen!

Bei der Verabschiedung des Gesetzes hatte der damalige Bundesgesundheitsminister in Aussicht gestellt, die vorgenannte Regelung in 2011 für 2012 zu überprüfen. Angesichts der guten Finanzentwicklung des Gesundheitsfonds und der absehbar erheblich belastenden Tarifentwicklung für 2012 darf diese Prüfung nicht in Vergessenheit geraten. Wir bitten Sie, für eine Streichung der o. a. Regelung einzutreten.

Konstruktionsfehler beeinträchtigt Sicherstellung und Krankenhausplanung

Ein aus unserer Sicht bislang nicht bereinigter „Konstruktionsfehler“ im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) treibt die Krankenhäuser zudem ab 2012 in einen Punktwertverfall beim Landesbasisfallwert, der insbesondere viele kleinere Krankenhäuser in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht.

§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 besagt, dass bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes insbesondere zu berücksichtigen sind „...Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen ...“. In Satz 2 heißt es: „Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden“.

Bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes wird insoweit im Zähler die Kostenentwicklung nur in Höhe der variablen Anteile berücksichtigt, im Schnitt also etwa 35 Prozent. Im Nenner hingegen werden zusätzliche Fälle zu 100 Prozent „eingepreist“. Damit ist strukturell ein Verfall der Preise für Krankenhausleistungen vorgegeben. Diese fatale Wirkung lässt sich bereits im Landesbasisfallwert für 2011 feststellen.

Die Krankenhäuser in den meisten Bundesländern haben die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz politisch zugestandene Steigerung der Entgelte für 2011 von bis zu 0,9 Prozent nicht erreichen können – im Wesentlichen aufgrund der vorgenannten Regelung. Die Erhöhung lag im Durchschnitt aller Bundesländer nur bei etwa 0,3 Prozent. Gegenüber dem politischen Willen ist diese Regelung aus unserer Sicht daher als „Konstruktionsfehler“ zu bewerten.

Nach Einschätzung der DKG ist für 2011 mit einem Anstieg der Personal- und Sachkosten von mindestens 2,5 Prozent zu rechnen. Auf der Preisebene bedeutet dies bereits jetzt eine Finanzierungslücke von mehr als 2 Prozent. Bei einem mittleren Krankenhaus

mit einem Umsatz von rund 50 Mio. € jährlich muss somit ein Volumen von über 1 Mio. € durch Einsparungen gegenfinanziert werden. Das entspricht ca. 18 Vollzeitstellen!

Die Regelung führt auch dazu, dass beispielsweise neue Angebote aufgrund der Landeskrankenhausplanung (mit entsprechenden Leistungssteigerungen) zu einer Absenkung des Landesbasisfallwertes führen. Aufgrund der Kollektivhaftung werden die anderen Krankenhäuser mit Erlösentzug bestraft. Plakativ dargestellt führt dies dazu, dass der Erlös für eine Entbindung in einem beliebigen Krankenhaus der Grundversorgung sinkt, weil sich ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit einer Neurochirurgie erweitert.

Kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen sind strukturell meist nicht in der Lage, Leistungssteigerungen zu erzielen, um den Punktwertverfall auszugleichen. Kleinere Krankenhäuser sind oft Alleinversorger in einer Region mit einem definierten Patientenaufkommen, das sich lediglich durch demographische Entwicklungen oder medizinische Innovationen steigern lässt. Bleibt die Zahl der Patienten konstant, sinken die Erlöse trotz gleicher Leistungsmenge durch die oben dargestellte Mechanik. Darüber hinaus haben diese Krankenhäuser kaum Möglichkeiten, durch Mehrleistungen unabwiesbare Mehrkosten – z.B. infolge von Tarifierhöhungen – zu kompensieren. Sie sind auf eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes angewiesen und können eine Absenkung bei konstanter Leistung nicht verkraften.

Der VKD hat die Einführung des DRG-Systems als Festpreissystem im Vertrauen auf die politischen Zusagen des Gesetzgebers immer konstruktiv unterstützt. Die grundlegende „Philosophie“ des Systems nach der Konvergenzphase ist in § 4 Abs. 2 KHEntgG festgeschrieben: *„Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden.“*

Im Laufe der Jahre wurde dieser Grundsatz – durch die Einführung von Abschlägen, Kürzungen, Limitierungen etc. – immer weiter aufgeweicht. Das gesetzlich von den Krankenkassen zu tragende Morbiditätsrisiko wurde damit schleichend und zunehmend auf die Krankenhäuser verlagert.

Der VKD verkennt nicht, dass der Gesetzgeber eine irgendwie geartete Mengenbegrenzung im Entgeltsystem verankert sehen will. Die Regelungen in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und Satz 2 KHEntgG sind dafür aber definitiv nicht geeignet. Durch die obige Mechanik mit dem Wertverfall des Landesbasisfallwertes werden die Krankenhäuser, die es regional und strukturell können, nur in eine „Mehrleistungsmaximierung“ getrieben („Hamsterrad“). Dies ist die Systemrationalität, der sich das Krankenhaus vor Ort nicht entziehen kann – vor allem dann nicht, wenn es aufgrund seiner Kosten auf eine Mindesterloßsumme angewiesen ist.

Eine ähnliche Regelung gab es lange Zeit im niedergelassenen Bereich. Sie wurde auch dort als „Hamsterrad“ kritisiert, bis der Gesetzgeber sie abschaffte, da sie zur Mengensteuerung völlig untauglich war. Ihre Wirkung beschränkte sich auf eine Begrenzung der Makrobudgets auf KV-Ebene bei gleichzeitigem „Anfachen“ der Mengenmaximierung auf der Ortsebene mit der Folge eines Punktwertverfalls für die einzelne Arztpraxis.

Fazit unserer Ausführungen ist, dass die Regelung in § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 und Satz 2 KHEntgG zumindest so angepasst werden muss, dass Mehrleistungen insbesondere

aufgrund von Schweregraderhöhungen (Morbidität) und Maßnahmen der Landeskrankenhausplanung nicht zur Absenkung des Basisfallwertes führen dürfen, also von der Regelung auszunehmen sind. Zusätzlich sollten kleinere Krankenhäuser in ländlichen Regionen von der Regelung ausgenommen werden, da bei diesen Krankenhäusern vor allem die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages und weniger der Wettbewerb mit einem Konkurrenzhaus im Vordergrund steht. Dies wäre eine Hilfe für kleinere Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen zur Refinanzierung des Mehraufwandes für den ärztlichen Dienst. Welche Krankenhäuser konkret von der Regelung auszunehmen sind, sollte das Land als für die Sicherstellung letztverantwortliche Institution entscheiden.

Insgesamt bitten wir zu bedenken, dass eine ständige Ressourcenknappheit in Krankenhäusern dazu führt, dass sich die Arbeitsbedingungen weiter verschlechtern, Ärzte und Pflegende die Lust an ihrem Beruf verlieren und sich umorientieren. Junge Menschen werden von der Arbeit im Krankenhaus oft sogar abgeschreckt. Eine Perspektive, die wir uns angesichts der demografischen Veränderungen in den nächsten Jahren nicht mehr leisten können. Ohne Verbesserungen – auch in der Krankenhausfinanzierung – wären die geplanten Maßnahmen gegen den Ärztemangel aus unserer Sicht Makulatur.

Im Interesse einer dauerhaften Sicherung der Krankenhausversorgung ohne Überforderung der gesamtwirtschaftlichen Finanzierungssituation wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie unsere Vorschläge im Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens aufgreifen würden. Für ein Gespräch und eine Erläuterung unserer Vorschläge stehen wir gern, auch kurzfristig, zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen


Heinz Kölking
Präsident

Helmke Sigrid

Von: Heidi Ludwig [h.ludwig@vkd-online.de]
Gesendet: Freitag, 9. September 2011 14:48
An: Helmke Sigrid
Cc: Kölking Heinz; Gabriele Kirchner; Heidi Ludwig
Betreff: VKD-Präsidentenbrief an Minister Bahr
Wichtigkeit: Hoch

Liebe Frau Helmke,

Frau Kirchner hat mich beauftragt, Ihnen den anhängenden Brief mit der Bitte um Ausdruck für eine Originalunterschrift von Herrn Kölking zu senden.
Bitte nehmen Sie den Versand dann auch direkt aus Rotenburg vor.

Ich wünsche Ihnen ein schönes Wochenende!

Mit herzlichen Grüßen aus Berlin

Heidemarie Ludwig
**Verband der Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.**
Geschäftsstelle
Oranienburger Straße 17
10178 Berlin
Tel: +49 30 2888 5912
Fax:+49 30 2888 5915
Mail: h.ludwig@vkd-online.de