

Meine Damen und Herren,

Strukturreform oder Kostendämpfung – das ist eine Frage, die man aus Krankenhaussicht für das Versorgungsstrukturgesetz schnell beantworten kann: Es ist weder das eine noch das andere, wobei Letzteres doch möglich wird durch schlichtes Nichtstun.

Zum Versorgungsstrukturgesetz kann man sich also kurz fassen, da man die Krankenhäuser – trotz Handlungsbedarf – weitestgehend außen vor gelassen hat. Ich möchte mich daher nur auf 5 Punkte konzentrieren und anschließend einige grundsätzliche Aussagen treffen.

#### 1. Thema „Entlassmanagement“

Ich meine, es ist richtig, dass dies Aufgabe des Krankenhauses ist. In der gesetzlichen Ausgestaltung ist dies allerdings etwas zu kurz geraten und nicht zu Ende gedacht. Wenn man tatsächlich einen reibungslosen Übergang in die Anschlussversorgung will, dann muss hier noch einmal nachjustiert werden. Ich möchte nur die Schnittstelle Akutversorgung Reha nennen.

Ein großes Hindernis für die zügige Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus in die Rehabilitation ist der Genehmigungsvorbehalt der Krankenversicherung bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Dieser Vorbehalt muss aufgehoben werden. Für die Einleitung von Reha-Maßnahmen sollte ausschließlich der behandelnde Arzt des Akutkrankenhauses zuständig sein – aus unterschiedlichsten Gründen. Und er sollte dies auch entscheiden können, so wie der niedergelassene Arzt an der Schnittstelle zum Krankenhaus auch über die Einweisung entscheidet. Das wäre patientengerecht. Und dann stünde der Patient wirklich im Mittelpunkt.

Die bisher geübte Praxis ist patientenunfreundlich. Das führt dazu, dass der Patient zwischen die Mühlsteine von Krankenkasse, Krankenhaus und Rehaklinik gerät. Was wir hier brau-

chen, ist mehr Wettbewerb und weniger bürokratische Steuerung der Patientenströme.

## 2. Punkt „vor- und nachstationäre Behandlung“

In der Praxis stellen wir immer wieder fest, dass es im ambulanten vertragsärztlichen Bereich, schon bei einfachsten diagnostischen Leistungen, zum Beispiel Echokardiographie, teilweise zu wochenlangen Wartezeiten kommt. Ich weiß nicht, ob das überall in Deutschland so ist. Aber es nimmt zu.

Gerade auch aus subjektiven Gründen gibt es Indikationen, zum Beispiel Herzinsuffizienz, bei denen lange Wartezeiten an der Schnittstelle ambulant/stationär nicht akzeptabel sind. Die Patienten plagen sich mit Ängsten über ihren Gesundheitszustand. Und was wir dann erleben ist, dass diese Patienten zur stationären Behandlung eingewiesen werden. Wir stellen dann fest, es geht eigentlich nur um Diagnostik. Dieser Fall wird dann vorstationär.

Wenn dies aber gehäuft auftritt, dann gibt es von den örtlichen Krankenkassen Nachfragen – formal völlig zu Recht. Es gibt noch weitere Beispiele, etwa bei MR- oder CT-Diagnostik oder bei der ambulanten notärztlichen Versorgung, wo Patienten sehr schnell auch selbst das Krankenhaus aufsuchen.

Insgesamt zeigt diese Dinge, dass es an der Schnittstelle ambulant / stationäre strukturelle Defizite gibt, die auch gesetzgeberischen Handlungsbedarf begründen, zumindest dann, wenn man die „erlebte Versorgungsrealität“ des Patienten in den Mittelpunkt stellen will. An dieser Stelle ist dies mit dem Versorgungsstrukturgesetz nicht geschehen.

Wir schlagen vor, die Möglichkeiten der vor- und nachstationären Behandlung für das Krankenhaus zu erweitern. Vor allem in ländlichen Regionen fehlt vielfach eine zeitnahe ambulanzärztliche Versorgung. Aus meiner Sicht sollte der Gesetzgeber sehr genau prüfen und ggf. auch differenzieren, ob dies nicht helfen kann, Versorgungsbarrieren und Hemmnisse an

der Schnittstelle ambulant / stationär abzubauen, die es für den vor allem älteren Patienten derzeit objektiv gibt.

### 3. Punkt „MVZ“

Das kann ich kurz machen: unnötige Änderung, außer vielleicht das Thema Aktiengesellschaften.

### 4. Punkt „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung“

Wird die Versorgung, insbesondere der schwerkranken onkologischen Patienten, durch die Neuregelung des 116b SGB V besser oder schlechter? Wir werden dieses Thema in der Podiumsdiskussion ja besprechen.

### 5. Punkt „Ärztemangel“

Hier finde ich aufschlussreich, dass das Thema nur für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich gesehen wurde. Wenn es tatsächlich um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gehen soll, dann hätte man hier die Krankenhäuser einbeziehen müssen. Unsere Erfahrung lehrt, dass sich im Krankenhaus ausgebildete Fachärzte nach ihrer Facharztweiterbildung meist in der Region mit weiter bestehendem Kontakt zum Krankenhaus niederlassen. Wenn aber solche Ärzte in ländlichen oder strukturschwachen Regionen erst gar nicht im Krankenhaus tätig werden, dann sind sie auch nicht vorhanden, um sich in der Nähe des Krankenhauses niederzulassen. Die Anreize für die Vertragsärzte sind richtig. Aber sie greifen viel zu kurz.

Für den Kreis Paderborn beispielsweise gibt es 7 Hausarztsitze, die derzeit nicht besetzt werden können. Nach einem Jahr werde ich den Bezirksvorsitzenden der örtlichen KV jetzt fragen, ob es weniger oder mehr geworden sind.

Nur eine Zahl, die plakativ beschreibt, was in den nächsten zehn Jahren auf uns zukommt. Nach Aussage des örtlichen KV-Vorsitzenden soll im Bereich der KV Westfalen-Lippe, immerhin 8,5 Mio. Einwohner, der Anteil der Hausärzte über 55

Jahren an allen Hausärzten bei rund 50 Prozent liegen. Das heißt, innerhalb der nächsten zehn Jahre geht die rechte Hälfte des Kuchens in Ruhestand. Und ich sehe nicht, wie man dieses Thema bewegen will. Also ich gehe von Wiedervorlage zur nächsten oder übernächsten Reform aus.

Mein Fazit ist, man muss von der Reihenfolge erst dafür sorgen, dass Krankenhäuser in ländlichen und strukturschwachen Regionen ausreichend Ärzte weiterbilden können, die dabei die Region und die Menschen kennenlernen und sich dann später entscheiden, dort auch in die Praxis zu gehen.

Als VKD haben wir dazu vorgeschlagen, dass Krankenhäuser in solchen Regionen zu diesem Zweck einen Ausgleich für den Wettbewerbs- und Standortnachteil erhalten. In Ballungszentren ist der Ärztemangel ja bekanntlich weniger ein Problem. In ländlichen Regionen ja. Unser Vorschlag sah vor, diese Krankenhäuser von der doppelten Degression auszunehmen. Man könnte hier die Blaupause für die Vertragsärzte nutzen und einen Zuschlag auf den Basisfallwert vorsehen, der die finanziellen Effekte der doppelten Degression ausgleicht.

Wir werden uns im VKD mit dem Thema „kleine Krankenhäuser“ beschäftigen. Ergebnis der langjährigen Wirkung des DRG-System ist nämlich, dass kleine Krankenhäuser in der wohnortnahen Versorgung ausgetrocknet werden. Unsere Überlegung wollen wir auf der Jahrestagung Anfang Mai in Potsdam vorstellen.

Meine Damen und Herren,

Krankenhäuser haben mittlerweile überproportional hohe Aufwendungen im Ärztlichen Dienst. Auch dies drückt den Ärztemangel aus. Man sollte nicht nur auf die Stellenbesetzung schauen. Während der Stellenanteil des ärztlichen Dienstes an allen Mitarbeiterstellen bei etwa 14 Prozent liegt, umfasst der Personalkostenanteil des ärztlichen Dienstes den doppelten Anteil mit fast 28 Prozent.

Damit komme ich zu den Finanzierungsfragen und auch zum Thema Kostendämpfung, ein Wort, das für Krankenhausmitarbeiter ja eine enorme Reizwirkung hat.

Meine Damen und Herren,

es gibt aus meiner Sicht drei Verdienste, die das FDP-geführte Bundesgesundheitsministerium für sich verbuchen kann:

1. Die Krankenhausbranche wird als Wirtschaftsfaktor anerkannt und nicht mehr als „Kostenblock“ abqualifiziert.
2. Der zunehmende Ärzte- und Fachkräftemangel wird als Problem erkannt, und
3. Man bemüht sich, Gesundheitspolitik statt Fiskalpolitik zu machen, anders als bei der Vorgängerregierung.

Aber, wir stehen heute an einem Scheideweg, wo es auch um Glaubwürdigkeit geht.

Vor einigen Monaten las ich in der Neuen Westfälischen über die Ergebnisse einer Umfrage des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK) bei rund 1.000 Unternehmen der Gesundheitsbranche. Für 2012 würde sich danach in der Gesundheitsbranche ein Zuwachs von 70.000 Stellen abzeichnen, in der Gesamtwirtschaft von 250.000. Fazit des DIHK: *„Damit ist in der Gesundheitswirtschaft der größte Stellenzuwachs im Vergleich aller Branchen zu erwarten“*.

Fazit des Artikels: die „Gesundheitsbranche bleibt Jobmotor“. Das ist eigentlich positiv. Trotz dieser Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems werden die Leistungen aufgrund unzureichender Regelungen zur Refinanzierung dieses, durch den demographischen Wandel und die medizinisch-technische Entwicklung weiter steigenden Bedarfs, abgedeckt.

Es wird eine Kostendämpfungsphilosophie der 70er Jahren als alter, verstaubter, farblich verblasster Ladenhüter gepflegt. Im internationalen Vergleich haben wir längst die Anerkennung, die uns zu Hause derzeit noch versagt bleibt.

Was ist für 2012 zu tun?

Aktuell – so spielt sich die Szene ab – sind die Krankenhäuser gefangen in einem Bermuda-Dreieck:

1. Eckpunkt: Nach dem bereits vorliegenden Tarifabschluss für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern fordert die Gewerkschaft Verdi für die anderen Berufsgruppen 6,5 Prozent mehr.

2. Eckpunkt: Das Bundesgesundheitsministerium hat für 2012 eine abgesenkte Veränderungsrate von 1,48 Prozent für die *maximal* mögliche Anhebung der Preise für Krankenhausleistungen vorgeschrieben. Wir wissen, dass es bereits 2011 im Bundesdurchschnitt nur eine Anhebung der Preise auf Landesebene um 0,3 Prozent gab, die Personalkosten aber um 3 Prozent, also um zehnfache stärker anstiegen.

3. Eckpunkt: Das Bundesarbeitsministerium weckt unverblümt Erwartungen an eine hohe Tarifsteigerung.

Durch diese politisch gesetzten Eckpunkte wird unsere Geschäftstätigkeit in die roten Zahlen getrieben. Für über 1 Million Beschäftigte rechnen wir – ohne Gesetzesänderung – also jetzt mit einer Unterfinanzierung von bundesweit rund 1 Milliarde Euro. Diese fehlen den Krankenhäusern, um ihre Mitarbeiter angemessen bezahlen zu können. Anders als zum Beispiel die Bahn können wir unseren Mitarbeitern nicht sagen: Was soll's. Das legen wir einfach auf die Preise um.

Die Krankenhäuser werden im Grunde von allen Seiten eingengt und sollen sich im Wettbewerb behaupten. Man könnte zumindest eine Weiche sofort anders stellen, indem man nämlich in § 10 Krankenhausentgeltgesetz bereits jetzt *dem Grunde nach* einen Tarifausgleich reinschreibt. Das ginge mit dem

Psych-Entgeltgesetz. Und den Tarifausgleich *der Höhe nach* später per Verordnung festlegt. Damit ist aus meiner Sicht das Argument vom Tisch, dass man kein Präjudiz für die Tarifverhandlungen schaffen will.

Meine Damen und Herren,

es gibt natürlich eine Gegenargumentation zu den genannten finanziellen Engpässen, die ungefähr so lautet:

Punkt 1: *„Wenn Ihr eine Deckungslücke auf der Preisebene habt, dann geht doch in die Menge“.*

Selbst wenn man es nur finanziell betrachtet, und eine ethische Bewertung außer Acht ließe, geht die Rechnung schon allein deswegen nicht auf, weil Mehrerlöse auf der Ortsebene bekanntlich mit einem Preisabschlag von 30 Prozent bis 65 Prozent belegt werden. Diese Mehrerlöse werden dann auf der Landesebene beim Basisfallwert nochmals geschrumpft, indem man im Zähler davon nur die variablen Anteile, also 35 Prozent, im Nenner aber zusätzliche Fälle zu 100 Prozent „einpreist“. Am Ende ist dann unter der Lupe kaum noch etwas zu erkennen. Aber die Leistung wird trotzdem in Anspruch genommen. Dr. Kösters hat dies am Montag „Zechprellerei“ genannt. Da nenne ich genauso.

Ein zweites Argument lautet: *„Was wollt Ihr denn? Die GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen sind seit 2007 von 51 und 60 Mrd. Euro gestiegen“.*

Nehmen wir mal an, die Zahlen sind richtig. Dann stellt sich für mich schon die Frage, wie der GKV-Spitzenverband zu der Bewertung kommt, die Steigerung sei zu hoch?

Zum einen haben wir durch eine lange Deckelungsphase eine massive Unterfinanzierung auszugleichen, die zu einem erheblichen Nachholbedarf geführt hat, einschließlich neuer Leistungen. Für den Kreis Paderborn kann ich zum Beispiel feststellen, dass wir bis Mitte 2010 noch keine Klinik für Gefäßchirurgie hat-

ten. In dem Bereich war die Patientenversorgung für unsere Region wirklich schlecht. Das hat das Ministerium auch so gesehen. Diese Versorgungslücke haben wir jetzt geschlossen. Und das führt natürlich zu Mehrausgaben.

Zum zweiten – und das ist das Erstaunlichste – haben die Vertreter der Krankenkassen an mindestens zwei Stellen zugestimmt und die Leistungsentwicklung auch bundesweit ausdrücklich selbst für bedarfsgerecht befunden. Einmal auf der Landesebene in den jährlichen Entgeltverhandlungen. Und zum anderen haben sie auf der örtlichen Ebene, und zwar nach mittlerweile strengsten MDK-Prüfungen, diese Leistungen bezahlt.

Ich kann schließlich das immer wieder vorgebrachte Argument, die Krankenhäuser seien zu teuer, nicht nachvollziehen. Der Anteil der Ausgaben für stationäre Leistungen am Bruttoinlandsprodukt liegt seit mehr als einem Jahrzehnt nahezu konstant bei etwa 3,6 Prozent, *obwohl* die Krankenhausbranche viel dynamischer ist in der Entwicklung als viele andere Branchen. Ich glaube sogar, dass wir sehr sparsam sind und dass Sie sich der GKV-Spitzenverband glücklich schätzen kann, uns zu haben.

Meine Damen und Herren,

ich möchte als Schlussbemerkung nur noch einen Punkt ansprechen, nämlich das Thema Refinanzierung von Gesundheitsleistungen. Ein Ansatz könnte der Orientierungswert sein. Aber ich glaube, man muss das Thema etwas weiter denken.

Krankenhäuser sind in vielen Kommunen die größten Arbeitgeber und ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Die Universität Siegen hat 2009 in Kooperation mit dem Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalens eine Studie vorgelegt, die meines Wissens erstmals differenzierte Aussagen dazu ermöglicht. Bei 29 Krankenhäusern wurde die direkte, indirekte und periphere Wertschöpfung untersucht. Im Durchschnitt erzielten diese Krankenhäuser etwa 60 Prozent ihrer Umsätze und fast 70 Prozent ihrer Beschäftigungswirkung in der Region.



Medizinisch und epidemiologisch muss man sehen, dass natürlich insbesondere hochbetagte Menschen Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Die Krankenhauswahrscheinlichkeit von über 75-Jährigen liegt bei etwa 60 Prozent, also jedes zweite Jahr ein Krankenhausaufenthalt.

Von der Bevölkerungsstruktur muss man sehen, dass es nach der Altersforscherin Ursula Lehr zum Beispiel 1957 in Deutschland keinen über Hundertjährigen gab, 2007 waren es schon über 10.000 und im Jahre 2050 sollen es über 114.000 Menschen sein, die sich auch im Alter von über 100 Jahren noch eine hohe Lebensqualität und hervorragende medizinische Leistungen wünschen. Dass das etwas kostet, ist klar. Aber wie soll es finanziert werden?

Ich glaube, politisch muss man sehen, dass sich mit dem Wandel der Bevölkerungsstruktur auch die Bedürfnisstruktur wandelt. Gesundheitsleistungen und ihre Finanzierung werden *das* Zukunftsthema schlechthin werden. Hinzu kommt, dass auch über Hundertjährige Wähler sind. Und die haben andere Prioritäten. Ich stelle das bei vielen Gesprächen mit Älteren fest. Gesundheit und medizinische Leistungen und vor allem „was gibt es an neuen Behandlungsverfahren?“ ist hier ständig ein Thema.

Aber wie soll es finanziert werden? Aus meiner Sicht nur über Steuermittel, weil hier die Gesellschaft insgesamt zur Finanzierung beiträgt und die Einnahmen nicht gekoppelt sind an den Arbeitseinkommen.

In einer globalen Gesellschaft kann man zudem zwischen Lokalproduzenten, wie Krankenhäuser und Arztpraxen, sowie Globalproduzenten, wie zum Beispiel Automobilfirmen, unterscheiden. Krankenhäuser haben wenige Chancen, zumindest zurzeit für den Weltmarkt zu produzieren. Das kann sich ändern. Aber derzeit bedienen sie überwiegend den lokalen Markt.

Auf der anderen Seite liest man von einem Globalproduzenten wie Volkswagen, dass 2011 ein Rekordgewinn von 15,8 Mrd. Euro erzielt wurde. Das ist etwa ein Viertel des gesamten *Umsatzes* der deutschen Krankenhäuser. Das operative Ergebnis sei um fast 60 Prozent gestiegen. Die ausländischen Absatzmärkte, vor allem China, seien sehr stark. Der Heimatmarkt Europa eher schwach. Hier werde 2012 sogar mit einem Rückgang von 5 Prozent gerechnet.

Angesichts gegenüber den 70er Jahren, in denen das Kostendämpfungsparadigma aufkam, stark veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen stellt sich aus meiner Sicht die Frage, ob nicht ein Finanztransfer zwischen global produzierenden Branchen und lokal produzierenden Branchen nötig ist. Wenn dann geht dies nur über Steuermittel.

Der Vorteil wäre, dass man globale Produktivität, die vor allem die Automobilbranche bietet, nutzen kann, um das medizinische Leistungsniveau auch bei einer veränderten Bevölkerungsstruktur aufrecht zu erhalten. Ich gehe davon aus, dass die Betroffenen, die Hochbetagten, dies zu gegebener Zeit politisch artikulieren werden. Und dann wird man die gesellschaftlichen Prioritäten neu setzen. Und die Krankenhausbranche wird einfach durch Zeitablauf zur Zukunftsbranche.

Meine Damen und Herren,

die letzten Anmerkungen sind – wie Sie festgelegt haben – rein spekulativer Natur und verdienen vertiefter Erörterung. Das machen wir dann zu einem anderen Zeitpunkt.

Zunächst vielen Dank.