

(13) Ausschuss für
Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0025

15. Wahlperiode

11.11.2002

Stellungnahme

der

Deutschen Krankenhausgesellschaft

zu den Gesetzentwürfen der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen:

- „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz – 12. SGB V ÄndG) – BT-Drucksache 15/27

und

- „Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG) – BT-Drucksache 15/28

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) lehnt das beabsichtigte Beitragssatzsicherungsgesetz entschieden ab und begründet dies wie folgt:

I. Strukturreform statt strikte Ausgabendämpfungspolitik

Die Regierungskoalition hat sich in ihrer erst jüngst geschlossenen Koalitionsvereinbarung zur Notwendigkeit einer grundlegenden Strukturreform bekannt und deren Durchführung in dieser Legislaturperiode angekündigt. Das Beitragssatzsicherungsgesetz belastet im Vorfeld einer Strukturreform deren zügige Realisierung.

Mit dem beabsichtigten Solidarbeitrag der Leistungserbringer wird der Versuch unternommen, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität als ein überholtes Steuerungsinstrument des Gesundheitssystems künstlich am Leben zu erhalten. Dabei sind die Probleme in unserem Gesundheitssystem doch bekannt und in der letzten Legislaturperiode mit allen Betroffenen am „Runden Tisch“ erörtert worden. Sie sind gekennzeichnet von einer Einnahmekrise der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer gleichzeitig wachsenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen infolge der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts. Fest steht zudem, dass die Einnahmekrise nicht nur systembedingt ist, sondern dass zu dieser auch die unmittelbaren Auswirkungen bundesgesetzlicher Maßnahmen der Vergangenheit in erheblichem Maße beigetragen haben. So sind infolge von sog. Verschiebebahnhöfen seit 1995 dem GKV-System rund 30 Mrd. Euro entzogen worden (Quelle: IGSF-Veröffentlichung vom Juni 2002). Weitere Verschiebebahnhöfe sind beschlossen. Die allein durch die Umsetzung der „Hartz-Reform“ zusätzlich zu erwartenden Mindereinnahmen der GKV werden auf insgesamt mindestens 700 Mio. Euro geschätzt.

Es ist bereits angesichts dessen nicht vermittelbar, warum die Regierungskoalition anstelle einer Umsetzung erster struktureller Reformmaßnahmen im Gesundheitswesen auf das Mittel einer strikten Ausgabendämpfung in der GKV zurückgreift. Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz nimmt die Regierungskoalition letztlich in Kauf, dass den Leistungsbereichen ihre substanziellen Grundlagen für die Patientenversorgung entzogen und die Motivation der unmittelbar Betroffenen für strukturelle Veränderungen gelähmt werden.

Die DKG erklärt nach wie vor ihre Bereitschaft, an Strukturreformen im Gesundheitswesen konstruktiv mitzuwirken. Sie hat dazu bereits Vorschläge unterbreitet.

II. Personalabbau durch Unterfinanzierung der Personalkosten

Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wird das Problem der Unterfinanzierung der Personalkosten im Krankenhaus zusätzlich verschärft. Bereits die ursprünglichen Veränderungsraten für 2003 in Höhe von 0,81 % (West) und 2,09 % (Ost) bewirken bei zu erwartenden Tarifsteigerungen von ca. 3 % eine weitere Öffnung der sog. BAT-Schere.

Die Problematik der geltenden Rechtslage des § 6 Absatz 3 BPfIV besteht in drei Punkten:

- Lineare BAT-Auswirkungen werden nur zu einem Drittel berücksichtigt, wenn sie über der Veränderungsrate liegen.
- Strukturelle BAT-Auswirkungen werden überhaupt nicht berücksichtigt.
- Krankenhäuser haben keinen Rechtsanspruch auf Berücksichtigung; vielmehr nur Anspruch, soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dieser Nachweis ist von den Krankenhäusern so gut wie nicht erbringbar.

Hierdurch zeichnet sich schon ohne „Nullrunde“ folgende Dimension der Problematik für das Jahr 2003 ab:

	West	Ost
• Veränderungsraten	+ 0,81%	+ 2,09%
• Personalkostenentwicklung insgesamt	+ 3,63%	+ 5,94%
davon:		
•• Auswirkungen linearer BAT-Steigerungen zum 01.11.2002	+ 2,32%	+ 2,36%
•• Strukturelle BAT-Kosten	+ 1,00%	+ 1,00%
•• Lohnnebenkosten	+ 0,31%	+ 0,31%
•• BAT-Ost-West-Ausgleich des Bemessungssatzes	----	+ 2,27%
• Kostenauswirkungen durch Zusatzversorgung	+ x% (individuell)	+ x% (individuell)

Anmerkungen zu der Tabelle:

- a) Die Auswirkungen linearer BAT-Steigerungen beruhen auf der Annahme eines Lohnabschlusses von + 3,0% zum 01.11.2002.
- b) Die strukturellen BAT-Auswirkungen setzen sich aus Höhergruppierungen, Beförderungen und den Altersstufen zusammen. Sie orientieren sich in der Höhe nach Durchschnittswerten der Vergangenheit.
- c) Die Auswirkungen der BAT-Ost-West-Angleichung des Bemessungssatzes beruhen auf der Annahme einer Erhöhung von 90% derzeit auf 92% zum 01.01.2003.

In der Gegenüberstellung der Veränderungsraten (0,81% - 2,09%) und der Personalkostenentwicklung (3,63% - 5,94%) stellt die DKG eine daraus resultierende Finanzierungslücke von 1,29 Mrd. Euro fest. Dies entspricht der Finanzierung von mehr als 28.000 Vollkräften im Krankenhaus.

Es wird angenommen, dass nur die Finanzierung des BAT-Ost-West-Angleichs rechtssicher und tatsächlich im Jahre 2003 erfolgen wird. Demgegenüber ist davon auszugehen, dass die 1/3-Berücksichtigung linearer BAT-Auswirkungen oberhalb der Veränderungsrate den Krankenhäusern von den Krankenkassen nicht gewährt wird, da das Krankenhaus aufgrund der rechtlichen Ausgestaltung des § 6 Abs. 3 BPfIV den Nachweis erbringen muss, ohne Ausgleich den Versorgungsauftrag nicht erfüllen zu können. Es ist daher dringend erforderlich, § 6 Abs. 3 BPfIV im Sinne eines Rechtsanspruchs ohne Nachweispflichten der Krankenhäuser auszugestalten. Diese Notwendigkeit besteht um so mehr, als die Krankenhäuser die verbleibenden 2/3 der Differenz ohnehin nicht refinanziert erhalten.

Die voranstehenden Zahlenwerke berücksichtigen weitere Personalkostensteigerungen noch nicht. Es kommen hinzu:

- **Auswirkungen von Veränderungen in der Zusatzversorgung.**

Diese beruhen inhaltlich auf Erhöhungen der Umlagesätze der Zusatzversorgungskassen (ZVK) und/oder einem zusätzlich vom Arbeitgeber zu tragenden "Sanierungsgeld" beim Einstieg in ein Kapitaldeckungsverfahren der Zusatzversorgungskassen. Die Auswirkungen sind für die Krankenhäuser je nach ZVK-Zugehörigkeit unterschiedlich. Sie können summarisch nicht beziffert werden, sind aber von erheblicher Dimension. Ein Beispiel: Für Krankenhäuser, die der Versorgungsanstalt Bund/Länder (VBL) angeschlossen sind, ergibt sich eine Umlageerhöhung in Höhe von 2 Prozent der Bruttopersonalkosten. Ein großes kommunales Haus hat damit jährliche Zusatzbelastungen von rund 500.000 Euro.

Die Auswirkungen sind durch § 6 Abs. 3 BPfIV nicht abgedeckt.

- **Abschaffung des Arzt-im-Praktikum.**

Die Abschaffung des AiP ist vom Gesetzgeber mit der verabschiedeten Novellierung der Ärztlichen Approbationsordnung beschlossen worden. Sie soll erst in einigen Jahren rechtlich vollzogen werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Gewerkschaften im Vorgriff darauf den Tarifvertrag AiP kündigen werden. Unter der Annahme, dass AiP künftig wie Assistenzärzte (BAT IIa) vergütet werden, entstehen Mehrkosten von insgesamt ca. 250 Mio. Euro.

Die Auswirkungen sind durch § 6 Abs. 3 BPfIV nicht abgedeckt.

- **Novellierung des Krankenpflegegesetzes.**

Wenn das in der letzten Legislaturperiode auf den Weg gebrachte Gesetzesvorhaben zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes in der bisher bekannten Fassung umgesetzt wird, verteuert sich die Ausbildung in den Krankenpflegeberufen. Das BMG schätzt die Kostensteigerungen auf jährlich 100 Mio. Euro; die DKG sieht die Kostenauswirkungen tendenziell höher.

Die Auswirkungen sind durch § 6 Abs. 3 BPfIV (und durch § 17 a Abs. 3 KHG - neu) nicht abgedeckt.

- **Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen / EuGH-Urteil zum ärztlichen Bereitschaftsdienst**

Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen im Krankenhaus auf Basis des geltenden Arbeitszeitgesetzes sind allseits gewünscht (Arbeitszeitgipfel am 04.03.2002 im BMG). Die zur Verfügung gestellten 100 Mio. Euro sind in der Höhe nicht ausreichend und müssen im Jahr 2004 an anderer Stelle vom Krankenhaus

eingespart werden. Das seit 1994 geltende Arbeitszeitgesetz führt zu Mehrkosten, die den Krankenhäusern angesichts der seit 10 Jahren geltenden Deckelung nie refinanziert wurden.

Es ist weiterhin ungeklärt, ob das EuGH-Urteil vom 03.10.2000 in Deutschland verpflichtend umzusetzen ist. Falls dies so kommt, belaufen sich die damit verbundenen Personalkostensteigerungen nach Ergebnissen der DKG-Umfrage auf zusätzlich ca. 1,75 Mrd. Euro jährlich.

- **Auswirkungen einer Nullrunde**

Die dargestellte Problematik zeigt, dass angesichts weiter steigender Kosten in den Krankenhäusern schon ein Erlöswachstum in Höhe von 0,81 % (West)/2,09 % (Ost) absolut unzureichend ist. Die Finanzierungslücke erhöht sich im Falle einer Nullrunde nach Berechnungen der DKG auf 1,65 Mrd. Euro. Dies entspricht der Finanzierung von mehr als 36.000 Stellen im Krankenhaus. Die lineare Lohnentwicklung ist dabei nur ein Teil der BAT-Scheren-Problematik. Die Gesamtdimension ergibt sich aus den linearen und strukturellen Komponenten, die nach geltender Rechtslage nicht finanziert werden. Krankenhäuser geraten flächendeckend in die roten Zahlen und stehen vor der Entscheidung, in großem Umfang Personal abzubauen, da andere Einsparmöglichkeiten ausgereizt sind. Ein Personalabbau in der Größenordnung von mehr als 36.000 Stellen hätte angesichts der ohnehin schon angespannten Personalsituation zwangsläufig negative Folgen

- für die Qualität der Patientenversorgung;
- für die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Renten- und Arbeitslosenversicherung;
- für eine Belebung des Arbeitsmarktes.

- **Situation in den neuen Bundesländern**

Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sind von dem Beitragssatzsicherungsgesetz in besonderer Härte betroffen. Bereits im Jahre 1999 führte eine Veränderungsrate von minus 0,48 % bzw. eine Nullrunde bei gleichzeitigen Tariferhöhungen von 3,1 % zu massiven Einschnitten in den ostdeutschen Krankenhäusern.

Die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern sind ab dem Jahr 2003 durch die Änderung im Zusatzversorgungsrecht in besonderer Weise mit erheblichen Zusatzkosten im Personalbereich belastet. Ursache ist das neue Zusatzversorgungsrecht, dessen Grundlage der am 1.03.2002 unterzeichnete „Tarifvertrag über die zusätzliche Altersversorgung der Beschäftigten im Öffentlichen Dienst (ATV-K)“ ist. Danach wird das beamtenähnliche Gesamtversorgungssystem durch ein neues Zusatzversorgungssystem, das Punktemodell, ersetzt. In Umsetzung dieses Tarifvertrags wird neben dem bisherigen Umlagesatz in Höhe von 1,2 % der Zusatzversorgungspflichtige Entgelte ab dem Jahr 2003 ein steuerfreier

Zusatzbeitrag in Höhe von 4 % erhoben. Die Umlagen sowie die Beiträge hat der Arbeitgeber für alle seine pflichtversicherten Arbeitnehmer zu erbringen. Hieraus erwachsen Mehrkosten in Millionenhöhe, die nicht refinanzierbar sind. So wird zum Beispiel ein 450 Betten-Krankenhaus durch die Erhebung des Zusatzbeitrags jährlich mit ca. 765.000 Euro Mehrkosten belastet. Entsprechend summieren sich die Mehrkosten in den großen Krankenhäusern auf mehrere Millionen Euro. Allein diese Personalkostenerhöhung ist für viele ostdeutsche Krankenhäuser Existenz bedrohend.

III. Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser

Die DKG erkennt ausdrücklich an, dass die Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser, die das geltende Recht vorsieht, durch das Beitragssatzsicherungsgesetz unverändert bleiben sollen.

1. Umstieg auf das DRG-System im Jahre 2003

Soweit der Gesetzentwurf vorsieht, die Krankenhäuser von einer Nullrunde auszunehmen, die sich für einen optionalen Umstieg auf das DRG-System im Jahre 2003 entschieden haben, kann eine solche Ausnahmeregelung nur dazu dienen, dass die eingeleitete Finanzierungsreform der Krankenhäuser und somit letztlich die Ersatzvornahme des BMG nicht gefährdet werden. Die DKG sieht hier jedoch noch dringenden Änderungsbedarf:

- (1) So darf bei den Voraussetzungen für die Anwendung der beabsichtigten Ausnahmeregelung nicht auf die gesetzliche Erklärungsfrist 31.10.2002 abgestellt werden. Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wird die Geschäftsgrundlage für einen optionalen Frühumstieg der Krankenhäuser nachträglich geändert. Die Absicht, den optierenden Krankenhäusern die Anwendung der Veränderungsrate in Aussicht zu stellen, ist erst nach Ablauf der Erklärungsfrist bekannt geworden. Den Krankenhäusern muss daher die Möglichkeit eingeräumt werden, auf Grundlage der geänderten Geschäftsgrundlage einen Frühumstieg zu prüfen. Erforderlich ist daher eine ausreichende Verlängerung der Erklärungsfrist bzw. die Einräumung einer Nachfrist. Dies ist auch unter dem Gesichtspunkt der Chancengleichheit notwendig. Ohne eine entsprechende Nachfrist sind flächendeckende rechtliche Auseinandersetzungen vorprogrammiert, die letztlich zu einer Blockade der Einführung des neuen Entgeltsystems führen würden. Die DKG fordert insofern, im Beitragssatzsicherungsgesetz für die Krankenhäuser eine erneute Entscheidungsmöglichkeit bis Ende Dezember 2002 vorzusehen.
- (2) Aus Sicht der DKG muss durch eine entsprechende gesetzliche Regelung gewährleistet werden, dass optierende Krankenhäuser aufgrund von Umstellungsschwierigkeiten der Kostenträger nicht in Liquiditätssengpässe geraten. Das Gesetz muss daher eine Verpflichtung der Kassen zur Zahlung von Abschlagsbeträgen vorsehen.
- (3) Des weiteren ist aus Sicht der DKG eine gesetzliche Klarstellung notwendig, dass der anteilige lineare BAT-Ausgleich sowie der Anspruch auf zusätzliche

Finanzmittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen auch für die Häuser gilt, die bereits im Jahre 2003 auf das DRG-System umsteigen. Dies ist erforderlich, weil von Seiten der Kostenträger Zweifel an der Anwendbarkeit der vorgenannten Regelungen für optierende Krankenhäuser geäußert worden sind.

- (4) Das Beitragssatzsicherungsgesetz muss der Tatsache Rechnung tragen, dass die in § 17 b Absatz 1 KHG genannten Krankenhäuser von der Einführung des neuen Vergütungssystems ausgeschlossen sind. Diese hätten überhaupt nicht die Möglichkeit, von der beabsichtigten Ausnahmeregelung für optierende Krankenhäuser Gebrauch zu machen.

2. Disease-Management-Programme

Weiterhin sieht der Gesetzentwurf vor, dass Mehrausgaben, die durch die Mitwirkung eines Krankenhauses an Disease-Management-Programmen entstehen, unabhängig von der Grundlohnrate finanziert werden. Die finanzielle Förderung von innovativen Strukturveränderungen wird begrüßt, da sie notwendig ist, um insbesondere den Aufbau neuer Strukturen zu ermöglichen. Allerdings müssen Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen zur Realisierung einer weitergehenden sektorübergreifenden Versorgung auch als gleichberechtigte Vertragspartner anerkannt werden. Die bisherigen Umsetzungsbemühungen zeigen, dass Krankenhäuser als notwendige und potentielle Vertragspartner nicht bzw. nur zögerlich wahrgenommen werden.