

# Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin

Frau Vorsitzende

Dr. Martina Bunge, MdB

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Platz der Republik 1

11011 Berlin

[baerbel.gross@bundestag.de](mailto:baerbel.gross@bundestag.de)

09.11.2006/sue

Bearbeitet von  
Andrea Vontz

Telefon 0221 3771-260  
Telefax 0221 3771-177

E-Mail:  
[andrea.vontz@staedtetag.de](mailto:andrea.vontz@staedtetag.de)

Aktenzeichen  
53.05.07

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz-GKV-WSG)**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) wird nachfolgend Stellung genommen und zwar aus Sicht der Kommunen

- als Träger kommunaler Krankenhäuser
- als Träger kommunaler Gesundheitspolitik und des kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienstes
- als Träger der Sozialhilfe und der Grundsicherung.

### **I. Allgemeine Einschätzung**

Die grundsätzliche Zielsetzung, durch ein Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern, ist auch aus kommunaler Sicht zu unterstützen.

Unstreitig bedarf das Gesundheitswesen in Deutschland einer tief greifenden Reform, die zum einen die Qualität des Gesundheitswesens, und zum anderen vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens dauerhaft sichert.

Der Gesetzentwurf beinhaltet durchaus positive Ansätze, z. B. bei der Stärkung der palliativ-medizinischen Versorgung.

Es muss aber darüber hinausgehendes Ziel der Modernisierung des Gesundheitssystems sein, dass eine Stärkung der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und eine Überprüfung und Anpassung des Leistungskatalogs der GKV an die medizinische und gesellschaftspolitische Entwicklung erfolgt. Einsparpotentiale auf der Ausgabenseite müssen stärker ausgeschöpft werden durch mehr Transparenz, Effizienz und Wirtschaftlichkeit, verbunden mit weniger Bürokratie bei der Leistungserbringung und Abrechnung.

Es ist bei der Reform sicherzustellen, dass Mehrbelastungen der kommunalen Haushalte in Folge der vorgesehenen Regelungen tatsächlich ausgeschlossen werden. Hierzu gehört, bei der Diskussion über eine stärkere Steuerfinanzierung des Gesundheitssystems zu berücksichtigen, dass keinerlei zusätzliche kommunalen Anteile am Steueraufkommen dem Gesundheitssystem zur Verfügung gestellt werden können.

Bei einer Umstellung der Finanzierung der GKV auf eine stärkere Steuerfinanzierung ist zu beachten, dass die Kommunen dies nur dann akzeptieren können, wenn die Finanzierung ausschließlich aus dem Steueraufkommen des Bundes erfolgt. Jede Beteiligung der Kommunen wird abgelehnt.

Vor diesem Hintergrund ist unverständlich, dass die Bundesregierung den Zuschuss an die GKV aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. bereits im Jahr 2007 auf 1,5 Mrd. reduzieren will.

Die außerordentliche Belastung des Krankenhaussektors durch den „Sanierungsbeitrag“ zum Zweck der Entschuldung der GKV und zur Ermöglichung des Gesundheitsfonds führt zu erheblichen Einnahmeeinbußen dieses Bereichs und ist für die kommunalen Träger nicht akzeptabel. Anstatt eine Lösung für die Einnahmenseite der GKV zu suchen, die das eigentliche Problem darstellt, wählt die Bundesregierung den Versuch einer weiteren Kostendämpfung bei einem Leistungserbringerbereich, der bereits in der Vergangenheit nicht mehr verkraftbare Einsparungs- und Modernisierungsbeiträge geleistet hat.

Die jährliche staatliche Beitragsfestsetzung des vorgesehenen Gesundheitsfonds führt nicht nur zu einer Steigerung des bürokratischen Aufwands im Gesundheitswesen, sondern bedeutet für den Krankenhaussektor eine ständige Kostendämpfung. Da Einsparpotentiale dieses Bereichs in der Vergangenheit bereits ausgenutzt wurden, ist dies vor dem Hintergrund der tatsächlichen extern verursachten Kostenentwicklung und der fehlenden Refinanzierbarkeit des Ausgabenanstiegs der kommunalen Krankenhäuser durch Tarifsteigerungen nicht hinnehmbar.

Aus den zuvor genannten Erwägungen genügt der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) den kommunalen Belangen noch nicht. Im einzelnen haben wir nachfolgende Anmerkungen:

## **II. Krankenhauswesen**

Soweit im Gesetzentwurf der Krankenhausbereich betroffen ist, beschränken wir uns auf die aus Sicht der kommunalen Krankenhäuser wesentlichen Vorschriften und verweisen im Übrigen auf die in der Anlage beigefügte, ausführliche Stellungnahme der Deutschen

Krankenhausgesellschaft zu den Regelungen des Gesetzentwurfs im Einzelnen, die von uns diesbezüglich mitgetragen wird.

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wendet sich entschieden gegen den im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG) vorgesehenen „Sanierungsbeitrag“ der Krankenhäuser. Sie befürchtet eine erhebliche Existenzbedrohung kommunaler Krankenhäuser infolge der Gesundheitsreform.

Der Gesetzentwurf sieht einen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von 500 Mio. Euro zugunsten der Krankenkassen vor. Mit dieser Zwangsabgabe wird die stationäre Vollversorgung, gerade auch vor dem Hintergrund der Kostensteigerungen durch die Tarifabschlüsse, der zu erwartenden Änderungen durch das Arbeitszeitgesetz sowie die Mehrwertsteuererhöhung, gefährdet. Allein die arzt spezifischen Tarifabschlüsse und die Mehrwertsteueranhebung im Jahr 2007 wird zu weiteren Mehrbelastungen kommunaler Krankenhäuser in der Größenordnung von bis zu 6 % führen. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser infolge des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes im Jahr 2007 allein 330 Mio. Euro Einsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen erbringen. Eine derartige Kumulation der Belastungen der Krankenhausbudgets können die kommunalen Krankenhäuser nicht schultern. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell veröffentlichten Grundlohnratesteigerung für die Krankenhäuser im Jahr 2007 von nur 0,28 Prozent (West) bzw. 1,05 Prozent (Ost).

Daher ist auch die Absenkung der Mindererlösausgleiche von 40 % auf 20 % für uns nicht akzeptabel. Dies gilt umso mehr, als nach dem Entwurf keine Befristung vorgesehen ist.

Der vorgesehene pauschale Abzug von Krankenhausrechnungen für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 0,7 % ohne Erlösausgleichsmöglichkeit ist sachlich nicht begründbar, entzieht den Krankenhäusern ihnen zustehendes, dringend benötigtes Kapital und ist rechtlich fragwürdig.

Ebenso bestehen gegen die Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen an die Krankenhäuser für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung zur Förderung der integrierten Versorgung nach § 140 d SGB erhebliche rechtliche Bedenken.

Es bleibt festzuhalten, dass bei den Krankenhäusern die vorgesehene Einsparsumme von 500 Millionen Euro für die stationäre Vollversorgung der Patienten fehlt und Arbeits- und Ausbildungsplätze gefährdet. Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände lehnt dieses Sonderopfer ab; zudem ist die Gesetzgebungskompetenz des Bundes insoweit fragwürdig.

Nicht eine Reduzierung der Einnahmen kommunaler Krankenhäuser, sondern vielmehr ein Refinanzierungstatbestand durch einen gesonderten Zuschlag analog §4 Abs. 14 Krankenhausentgeltgesetz wäre demgegenüber vorzusehen. Der Gesetzgeber bleibt aufgefordert, die pflegesatzrechtlichen Voraussetzungen für die Refinanzierung der gestiegenen Tarifkosten und zum Ausgleich der Mehrwertsteuererhöhung zu schaffen. Da bislang Personalkostensteigerungen oberhalb der Veränderungsrate nach den gesetzlichen Vorgaben nicht budgeterhöhend berücksichtigt werden können, also keine ausreichende Refinanzierung der Personalkostensteigerungen im Krankenhausbereich möglich ist, ist ein gesetzlicher Zuschlag in Höhe von 3 % zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen erforderlich.

Die vorgesehenen Regelungen zur Neustrukturierung des gemeinsamen Bundesausschusses, der nunmehr über hauptamtliche Mitglieder verfügen soll und bei dem das Bundesgesundheitsministerium in zahlreichen Angelegenheiten das abschließende Entscheidungsrecht besitzt, bedeutet eine staatliche Lenkung, die dem Gedanken der Selbstverwaltung nicht gerecht und abgelehnt wird. Gerade den Krankenhäusern kommt bei der Entwicklung neuer Behandlungsmethoden und der Fortentwicklung der Medizintechnik eine besondere Bedeutung zu. Zum Nutzen der Patienten muss deshalb die Innovationskraft der Krankenhäuser erhalten bleiben und die Krankenhäuser mit ihrer spezifischen Fachkompetenz auch künftig angemessen in den Entscheidungsprozess des Gemeinsamen Bundesausschusses eingebunden werden..

### **III. Folgen für den Rettungsdienst**

Im Bereich der Fahrtkosten (Krankenfahrten und Rettungsdienst) sind zur Kompensation der Ausgabenentwicklung Ausgabenabschläge in Höhe von 3% vorgesehen, in die auch die Rettungsfahrten einbezogen werden. Diese Kürzung würde für die Rettungsdienste eine jährliche Mindereinnahme von ca. 100 Mio. Euro bedeuten. Es ist davon auszugehen, dass in der Folge die Vorgaben nach dem Rettungsdienstgesetz nicht mehr im notwendigen Umfang erfüllt werden können. Soweit durch landes- und kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegte Benutzungsentgelte die Leistungspflicht der Krankenkassen übersteigen, ist zudem der Differenzbetrag ggf. von den Versicherten oder kommunalen Trägern zu tragen. Werden solche Ersatzfinanziers nicht gefunden, müssen die Rettungsdienste wegen ihrer Unterdeckung eingestellt werden.

In der Gesetzesbegründung wird ein überproportionaler Ausgabenanstieg der Fahrtkosten als Begründung angeführt. Es stellt sich jedoch die Frage, worauf der Anstieg beruht und warum die Anzahl der Fahrten überproportional gestiegen ist. Von den Rettungsdiensten wird auf folgende Gründe verwiesen:

Bei Anwahl der Notrufnummer wird zuverlässig und zunächst ohne Rechnungslegung vor Ort geholfen. Es ist allerdings zu verzeichnen, dass die Hemmschwelle, auch zur Lösung gesundheitlicher Probleme, die grundsätzlich nicht in die Zuständigkeit der Rettungsdienste fallen, den Notruf zu betätigen, gesunken ist. Zunehmend sind Auslöser dieser Notrufe Personen in unregelmäßigen Versicherungs- und Einkommensverhältnissen. Ein weiterer Grund für den Anstieg der Einsätze ist darin zu sehen, dass Gesundheitsdienstleister zunehmend nur noch räumlich eingeschränkt zur Verfügung stehen: Kliniken schließen ganze Abteilungen, die Anzahl der ländlichen Arztpraxen nimmt ab.

Ferner resultiert die Erhöhung der Zahl der Krankentransportfahrten aus der in der Gesundheitsreform vorausgesetzten und gewollten Spezialisierung der Krankenhäuser. Nicht jedes Krankenhaus kann die Vollausrüstung zur Behandlung jedes Krankheitsbildes vorhalten. Um die erforderliche Hilfe bieten zu können, wird – mit zunehmender Tendenz – eine Verlegung in eine spezialisierte Klinik erforderlich, mit der Folge der sich daraus ergebenden Erhöhung der Anzahl der Transportfahrten.

Des Weiteren fällt durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf DRG-Fallpauschalen die Quersubventionierung der Rettungsdienste durch die Krankenhäuser weg.

Dabei ist es das Qualitätsmerkmal des Rettungsdienstes, die Patienten bei Notfällen nicht lediglich zu transportieren und dadurch Transportkosten zu verursachen, sondern vor und während des Transportes bis zur Übergabe an die Weiterversorgungseinheit, in der Regel ein Krankenhaus mit Notaufnahme, eine qualifizierte notfallmedizinische Behandlung zu leisten. Bei einer so qualifizierten und differenzierten Bewertung der Aufgaben des Rettungsdienstes ist die vorgesehene pauschale Kürzung – wenn auch mit der vom Gesetz eingeräumten Möglichkeit zur teilweisen Schadloshaltung bei den Notfallpatienten – im Ergebnis verfehlt und sollte deshalb zurückgenommen werden.

#### **IV. Einbeziehung des Personenkreises des SGB XII und Asylbewerberleistungsgesetzes**

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wiederholt ihre Forderung nach einer Einbeziehung aller Personen in die gesetzliche Krankenversicherung und somit nach Umsetzung der Zielvorgabe des Artikels 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes, wonach Leistungsempfänger nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz als versicherungspflichtige Personen in das SGB V einbezogen werden sollen. Dies geschieht mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz nicht.

Die Bundesvereinigung lehnt die Übernahme der Pflichtbeiträge für Krankenversicherte durch die Sozialhilfe (SGB XII) sowie die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) ab.

Die seit 1992 ausstehende Einbeziehung der Empfänger von SGB XII bzw. des Asylbewerberleistungsgesetzes in die Vollmitgliedschaft der gesetzlichen Krankenversicherung ist entgegen den Ankündigungen, den Versicherungsschutz auf alle Bürger auszudehnen, nach wie vor nicht umgesetzt. Von kommunaler Seite ist einzufordern, dass in § 5 Abs. 1 SGB V eine Versicherungspflicht auch für Leistungsberechtigte nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz eingeführt wird. Dies würde das Sondersystem im SGB XII aufheben.

Im GKV-Regierungsentwurf werden die Voraussetzungen für die Übernahme der Beiträge durch den Sozialhilfeträger nach § 32 SGB XII erweitert. Eine Härtefallklausel für den so genannten Zusatzbeitrag, der ausschließt, dass eine etwaige Refinanzierung auf die Sozialhilfe zukommt, ist nicht vorgesehen. Mit entsprechenden Mehraufwendungen ist auch für die Bezüher des Arbeitslosengeldes II nach dem SGB II zu rechnen. Dies ist aus kommunaler Sicht abzulehnen.

#### **V. Änderungen im Recht der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)**

Die auf Dauer vorgesehene Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in der sozialen Pflegeversicherung ohne Anhebung der gedeckelten Pflegeversicherungsleistungen für die stationäre Pflege bewirkt eine Verschiebung von gesundheitlichen Kosten auf die kommunale Ebene. Denn es ist vorauszusehen, dass durch diese Maßnahme die Selbstzahler, die – bei Vorliegen der Bedürftigkeit - ergänzend Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII benötigen, ungebremst weiter ansteigen werden und

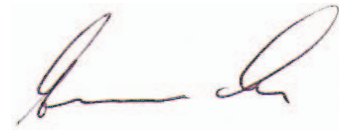
damit die kommunalen Haushalte entsprechend belasten. Dem kann nur durch einen entsprechenden Ausgleich zwischen Krankenkassen und sozialer Pflegeversicherung entgegengewirkt werden. Die kommunalen Spitzenverbände fordern deshalb, dass für die auf Dauer vorgesehene Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in der sozialen Pflegeversicherung die GKV auf Dauer ein entsprechenden Finanzausgleich leistet.

Des Weiteren wird erwartet, dass entsprechend der steigenden Finanzierungslasten der Kommunen bei der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII die Stimmrechte der Sozialhilfeträger in § 81 Abs. 3 SGB XI den Stimmrechten der Pflegekassen mit neun Vertretern angepasst werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Stephan Articus  
Geschäftsführendes Präsidialmitglied  
des Deutschen Städtetages



Prof. Dr. Hans-Günter Henneke  
Geschäftsführendes Präsidialmitglied  
des Deutschen Landkreistages



Dr. Gerd Landsberg  
Geschäftsführendes Präsidialmitglied  
des Deutschen Städte- und Gemeindebundes