



per E-Mail: baerbel.gross@bundestag.de
Deutscher Bundestag
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

13.11.2006

Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages

Anhörung am 13. November 2006 zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Block IV Medizinische Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) ist das Management praktisch aller deutscher Krankenhäuser zusammengeschlossen. Unsere Mitglieder tragen die Verantwortung für die Sicherung der Leistungsfähigkeit und damit für die wirtschaftliche Existenz der deutschen Krankenhäuser.

Aus dieser Funktion heraus nehmen wir nachfolgend Stellung zu den Regelungen des GKV-WSG, die unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser einwirken.

Zu den grundsätzlichen Fragen der strukturellen Rahmenbedingungen der Finanzierung des Gesundheitswesens teilen wir im wesentlichen die Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Zu Block IV A Medizinische Versorgung:

Für uns völlig unverständlich ist der VKD zu diesem Themenkomplex nicht eingeladen worden. Dabei wird verkannt, dass die Verträge zur Integrierten Versorgung hinsichtlich Anzahl und Komplexität bislang überwiegend vom Krankenhausmanagement initiiert bzw. gestaltet wurden.

Die im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auf den Weg gebrachten neuen Regelungen zur Integrierten Versorgung bedürfen im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-WSG einer wichtigen Korrektur.

Die jetzt vorgesehene Gesetzesfassung zu § 140 a ff. SGB V sieht vor, dass ab 2009 alle Leistungen, die zusätzlich zu den bereits im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen aus der Integrationsversorgung erbracht werden, allein nach den Regelungen der Integrierten Versorgung verhandelt und finanziert werden.

Diese Regelung trifft nicht die bislang praktizierte Wirklichkeit der meisten Integrationsverträge. Denn es hat sich eine Praxis herausgebildet, dass auf Drängen der Krankenkassen fast in allen Verträgen die Leistungen entgegen den Regelungen von § 140 c Abs. 1 Satz 2 nach den üblichen Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes vergütet und abgerechnet werden.

Sie werden nicht nach § 140 d Absatz 4 vergütet; lediglich vertragsspezifische Zusatzleistungen werden gemäß § 140 d Absatz 4 über die Anschubfinanzierung vergütet.

Die Neufassung von § 4 Absatz 2 Nummer 1 Krankenhausentgeltgesetz hat zur Folge, dass ab 2009 alle Leistungen der Integrierten Versorgung aus dem Erlösbudget entfernt werden.

Bei einer anschließenden Kündigung des Integrationsvertrages durch die Krankenkasse ist dem Krankenhaus dann die diesbezügliche Leistungserbringung unwiderruflich entzogen.

Um hier einen Schutz gegen willkürliche und ungerechtfertigte Budgetkürzungen zu erreichen, muss § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e wie folgt ergänzt werden:

„... und noch im Erlösbudget enthalten sind, **sofern diese Leistungen gemäß § 140 d Absatz 4 SGB V finanziert wurden.**“

Zu Block IV B Krankenhausversorgung

1. Sanierungsbeitrag

Der gemäß Artikel 14 Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie Artikel 15 Krankenhausentgeltgesetz vorgesehene „Sanierungsbeitrag“ kann von den Krankenhäusern in der Kumulation mit den weiteren Belastungen insbesondere durch die Tarifabschlüsse für das ärztliche und sonstige Personal sowie der Umsatzsteuererhöhung nicht akzeptiert und auch wirtschaftlich nicht verkraftet werden.

Die im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens vorgesehene Absenkung des Prozentsatzes von 1,0 auf 0,7 ist nicht mehr als ein symbolischer Schritt in die richtige Richtung, denn auch die Differenz von 0,3 % wird dem System der Krankenhausfinanzierung entzogen, wenn auch auf andere Weise.

Die Krankenhäuser werden die Belastungen der kommenden Jahre nur durch weiteren Stellenabbau bewältigen können. Selbst bisher wirtschaftlich erfolgreiche Krankenhäuser erwarten für die nächsten Jahre ein Defizit, wie eine aktuelle Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) ausweist.

Die Regelungen zum sogenannten Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser führen dazu, dass bei besonders kranken Menschen, nämlich bei den Krankenhauspatienten gespart wird.

In einem Bereich, wo der Anteil der Personalkosten etwa zwei Drittel der Gesamtkosten beträgt, bedeuten Personaleinsparungen sowie die erzwungene Reduktion von Sachkosten eine für die Patienten deutliche und spürbare Qualitätsverschlechterung, wie

- unerträgliche Wartezeiten in Ambulanzen und Notaufnahmen,
- Wartelisten bei planbaren Eingriffen,
- gefährliche Ausdünnung von Nacht- und Notdiensten,
- risikoreiche Einsparungen bei Qualitätssicherungs- und Hygienemaßnahmen,
- Wegfall der flächendeckenden Versorgung in ländlichen Regionen,
- Einsparung bei der Verordnung teurer hochwirksamer neuer Medikamente, beispielsweise in der Krebstherapie,
- Verlust von Mitmenschlichkeit in der Krankenversorgung, wenn dem Personal dafür keine Zeit mehr bleibt.

2. Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen

Der VKD begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, die bisher auf vertraglicher Basis praktisch nicht umgesetzte Möglichkeit der ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser auf eine neue Grundlage zu stellen.

Die Neufassung von § 116 b Absatz 2 läßt jedoch durch die Formulierung „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ den Versuch einer Blockade des Krankenhausplanungsverfahrens durch die Kassenärztliche Vereinigung befürchten.

Zwar weist die Begründung des Gesetzentwurfs darauf hin, dass eine Bedarfsprüfung nicht erfolgt. Etwaige Streitigkeiten aufgrund der Diskrepanz zwischen Gesetzestext und Begründung werden die Planungsverfahren jedoch unnötig in die Länge ziehen.

Der VKD fordert deshalb, den Satzteil „unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ in Absatz 2 zu streichen.

Weiterer Änderungsbedarf

a) Belegarztwesen

Der Verfall der belegärztlichen Vergütung durch die neue Systematik des EBM 2000plus hat dazu geführt, dass die diesbezügliche Leistungserbringung insgesamt gefährdet ist. Hier ist dringendes Eingreifen des Gesetzgebers erforderlich, wie es auch im Koalitionsvertrag vereinbart ist.

Der VKD schlägt vor, eine entsprechende Problemlösung noch in das GKV-WSG einzubringen.

Wir wiederholen hiermit unsere in der Anhörung beim BMG vom 16.05.2006 vertretene Position, die belegärztliche Vergütung durch die Krankenhäuser aus der hauptamtlichen DRG-Fallpauschale zu finanzieren. Das entsprechende Vergütungsvolumen aus der KV-Gesamtvergütung ist in diesem Zusammenhang in den Krankenhaussektor zu transferieren; eine etwaige Unterfinanzierung muss dabei toleriert werden. Die belegärztlichen DRGs können nach entsprechender Umsetzung abgeschafft werden.

b) OTA-Ausbildung

In § 2 Absatz 1 a Krankenhausfinanzierungsgesetz ist festgelegt, welche Ausbildungsstätten nach den Regelungen dieses Gesetzes finanziert werden.

In den letzten Jahren hat sich der Beruf der Operationstechnischen Assistentin (OTA) erfolgreich im Krankenhaus etabliert. Die Absolventen dieser bislang ohne gesicherte Finanzierung von den Krankenhäusern durchgeführten Ausbildung haben immer problemlos einen Arbeitsplatz gefunden.

Der VKD schlägt vor, die OTA-Ausbildung in die Auflistung von § 2 Absatz 1 a KHG zu übernehmen. Diese Forderung steht im Einklang mit dem Vorschlag der Gesundheitsministerkonferenz, im Jahr 2007 eine gesetzliche Definition dieses Berufsbildes zu veranlassen.

Um endlich Planungssicherheit bei der von den Krankenhäusern durchgeführten Ausbildung zu erreichen, ist es nicht notwendig, diese gesetzliche Regelung abzuwarten, da Ausbildung und Prüfung bereits jahrelang nach den allseits akzeptierten Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfolgen.

Der VKD behält sich vor, im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens noch weitere Stellungnahmen und Anregungen nachzureichen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in cursive script, reading "Heinz Kölking". The ink is dark and the handwriting is fluid and personal.

Heinz Kölking
Präsident VKD