



Ressort 9
Bereich Gesundheitspolitik

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

www.verdi.de/gesundheitspolitik

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di

zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 18. Juni 2008 zum

- a) Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge,
Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden
Bundestagsdrucksache 16/8375

- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender,
Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Krankenhäuser zukunftsfähig machen
Bundestagsdrucksache 16/9008

- c) Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann,
Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser
Bundestagsdrucksache 16/9057

Zu den Anträgen nimmt die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di wie folgt Stellung:

Vorbemerkungen

Die Anträge der Fraktionen DIE LINKE, BÜNDNIS 90-DIE GRÜNEN und FDP haben zum Ziel die Finanzierung der Krankenhäuser zu verbessern. Während DIE LINKE und FDP vor allem mit kurzfristigen Maßnahmen die aktuelle Einnahmesituation der Häuser verbessern wollen, setzt BÜNDNIS 90-DIE GRÜNEN auf Veränderungen bei der Krankenhausförderung. Die FDP fordert zudem den vollständigen Umstieg auf eine monistische Finanzierung.

Auslöser für die aktuelle Beschäftigung mit dem Thema sind zum einen die bevorstehende Beschlussfassung über den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab 2009 und die aktuell schwierige Finanzlage vieler Häuser.

Mehr Patienten und weniger Personal

Die Gewerkschaft ver.di erreichen aus den Krankenhäusern immer häufiger Berichte über unzufriedene Patient/innen und überlastete Belegschaften. Zwischen 1996 und 2006 wurden fast 90.000 Vollkräfte abgebaut – rund 50.000 davon allein im Pflegebereich. Damit ist der Personalstand trotz erheblicher Zunahme der Fallzahlen – rund 670.000 mehr Krankenhausfälle seit 1996 – sogar noch hinter die Zahl im Pflegenotstand 1988 zurückgegangen. Die größten Rückgänge waren im Vor- und Umfeld der DRG – Einführung in der Zeit nach 2000 mit einem Minus von 32.941 Pflegekräften zu verzeichnen. Der Belastungsindex für das Pflegepersonal stieg von dem Ausgangswert 100 auf 123,7 an. Diese Zahlen haben erhebliche Auswirkungen auf die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern.

Versorgungsmängel bei den Kränksten

Eine Forschergruppe des Wissenschaftszentrums Berlin und der Uni Bremen¹ kamen zum Ergebnis, dass gerade chronisch Kranke und Menschen mit einem weiteren Versorgungsbedarf nach der Krankenhausbehandlung zwei Jahre nach Einführung der DRGs mangelhafter beraten werden, als zuvor.

Die Wissenschaftler stellten fest, dass es nach wie vor bei den Schnittstellen hakt. Bei Aufnahmen fehlten Untersuchungsergebnisse oder sogar komplette Krankenakten. Bei der Entlassung sehe es unterm Strich ähnlich aus: Rund die Hälfte der Patienten, der Ärzte und der Pflegekräfte erklärten, dass die Entlassung alles andere als zufriedenstellend verläuft. Zwar hätten viele Kliniken inzwischen nach eigenen Aussagen ein Entlassungsmanagement eingeführt. In der Praxis aber existiere es verbreitet nicht. Das Entlassungsmanagement habe sich zwischen 2004 und 2006 sogar an manchen Punkten verschlechtert. 10 bis 15 Prozent der Patienten würden nicht über die Medikamente aufgeklärt, die sie einnehmen sollten – obwohl sie diese Aufklärung wünschten. Drei von vier Angehörigen sagten, ihnen sei nicht erklärt worden, was sie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Angehörigen beitragen könnten – obwohl auch sie dies gewollt hätten.

Die Wissenschaftler schließen aus ihren Untersuchungen, dass in den Kliniken zwar geändert wurde, was nicht zu vermeiden war. Im Großen und Ganzen blieb deshalb vieles beim Alten. Es wurden mehr Ärzte eingestellt, dafür wurde an den Pflegekräften gespart. Bei den Schnittstellen, die die Politiker im Auge hatten, liege nach wie vor vieles im Argen.

Zwar können diese Versorgungsmängel an den Schnittstellen zwischen Abteilungen oder ambulanter und stationärer Versorgung nicht zweifelsfrei dem neuen Fallpauschalensystem zugeordnet werden. Vielmehr dürfte es sich um einen Problemmix handeln, der aus der Fortdauer der Budgetierung gepaart mit leistungsbezogenen Fallpauschalen entstanden ist. Im Hinblick auf das Ende der Konvergenzphase des DRG-Systems sind diese Ergebnisse für die Krankenhausfinanzierung ab 2009 alarmierend. Es wäre fahrlässig ohne eine weitere Hinterfragung das DRG-System einfach über 2009 hinaus fortzuschreiben.

In diesem Zusammenhang verwundert es, dass die den Vertragsparteien vor Einführung der DRGs gesetzlich vorgegebene Begleitforschung (§ 17b Abs. 8 KHG) nicht durchgeführt wurde. Ziel dieser Forschung sollte sein, die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, die

¹ Braun, B., Müller, R., Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten, GEK-Edition St. Augustin 2006 und Pflegearbeit im Krankenhaus, GEK-Edition St. Augustin 2008

Veränderung der Versorgungsstrukturen und die Versorgungsqualität zu untersuchen. Auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang der Leistungsverlagerungen sollten untersucht werden. Erste Ergebnisse sollten im Jahr 2005 veröffentlicht werden. Geschehen ist nichts. Sanktionen hat es nicht gegeben.

Auch über lang eingesetzte Instrumente, wie die seit 1993 bestehende Budgetierung der Krankenkassenausgaben (einnahmeorientierte Ausgabenpolitik) liegen bislang keine Studien hinsichtlich der Wirksamkeit, der Risiken und Nebenwirkungen vor.

Ver.di Studie belegt:

Budgetierung hilft den Kassen nicht aber schadet der Patientenversorgung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hält es für erforderlich die bisherigen Erfahrungen auszuwerten und auf dieser Grundlage die erforderlichen Entscheidungen zu treffen. Sie hat daher eine Expertise in Auftrag gegeben.² Diese weist nach, dass die bereits seit 16 Jahren bestehende Deckelung der Krankenhausbudgets zu keiner Zeit zur Beitragssatzstabilität der Krankenkassen beigetragen hat. Sie hat allerdings erheblich zu den heutigen Finanzierungsproblemen in den Krankenhäusern geführt.

Keine Beitragssatzstabilität erreicht

Die seit 1993 bestehende Budgetierung hat trotz mehrfachen Änderungen keine entlastenden Wirkungen für die Krankenkassen gehabt. Beitragsstabilität wurde nicht erreicht und ist aufgrund unlösbarer technisch-funktionaler Probleme über eine Anbindung der Vergütungen von Leistungserbringern an die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder mit diesem Instrument auch nicht erreichbar. In keinem Jahr stimmten die vom BMG vorgegebenen Veränderungsrate mit den tatsächlichen Veränderungen überein. Das war so unter der Vorgabe der Veränderungsrate des § 270a SGB V bei Gesundheitsminister Horst Seehofer und änderte sich auch nicht unter der Vorgabe des § 71 SGB V unter Ulla Schmidt. Die Wirkung auf die Beitragssatzstabilität ist gleich Null.

² Prof. Dr. Michael Simon, Hannover: 16 Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme - Expertise für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Juni 2008

Budgetdeckung steht im Widerspruch zum Sozialrecht

Die Budgetdeckung hat aber erhebliche Risiken und Nebenwirkungen. Sie steht im Widerspruch zu zentralen Grundsätzen des Sozialrechts und den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik. Die Versicherten haben einen Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen. Dieser Grundsatz hat Vorrang gegenüber der Beitragssatzstabilität.

Die Budgetdeckung steht auch im Widerspruch zu den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik. Nach § 1 KHG hat vorrangiges Ziel staatlicher Krankenhauspolitik die Sicherstellung einer ausreichenden Krankenhausversorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sein. Da die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern eng mit ihrer wirtschaftlichen Sicherung zusammenhängt, erfordert die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung auch die wirtschaftliche Sicherung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser. Das dritte in § 1 KHG genannte Ziel, zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen, ist den anderen beiden Zielen untergeordnet. Dies wurde bereits in einem Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwGE 72: 38) entschieden.

Probleme auf der Einnahmeseite müssen gelöst werden

Das zentrale Problem der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht auf der Ausgabenseite, sondern auf der Einnahmeseite. Daher kann es auch nicht mit Maßnahmen allein auf der Ausgabenseite gelöst werden. Die Budgetierung ist dazu der falsche Ansatz.

Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder hat nicht mit dem volkswirtschaftlichen Wachstum Schritt gehalten. Die Einnahmegrundlage der GKV schrumpft seit Jahren. Für die Beitragssatzstabilität ist es in erster Linie notwendig, die Einnahmesituation der Krankenkassen zu verbessern. Die Einnahmehase müsste verbreitert und dauerhaft stabilisiert werden.

Simon: „Wäre der Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder am Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2005 auf dem gleichen Niveau geblieben wie im Jahr 1996, hätten der GKV bei gleichem Beitragssatz wie 1996 ca. 10 % mehr Beitragseinnahmen zur Verfügung gestanden. Kumuliert über den Zeitraum 1996 bis 2005 ergibt sich eine Summe von ca. 60 Mrd. Euro. Damit hätten die Krankenkassen jedem Krankenhaus im Jahr 2005 mehr als ein Jahresbudget zusätzlich auszahlen können, ohne dass sie ihren Beitragssatz auch nur um einen Zehntelprozentpunkt hätten erhöhen müssen.“

Die Expertise zeigt, dass die Deckelung der Krankenhausbudgets keinerlei wünschenswerte Effekte hat. Sie kann daher sofort entfallen und im Rahmen der Krankenhausplanung durch einheitliche und gemeinsame Verträge der Krankenkassen mit den Krankenhäusern ersetzt werden.

Stellungnahme im Einzelnen

- I. zum Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Dr. Martina Bunge, Klaus Ernst, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE: **Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden** - Bundestagsdrucksache 16/8375

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert:

1. den im GKV-WSG festgelegten Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückzunehmen,
2. die Lohn- und Gehaltsabschlüsse 2008 für die Krankenhäuser von der Deckelung auszunehmen und von den Kostenträgern im vollen Umfang gegenfinanzieren zu lassen,
3. die Anbindung der Budgetsteigerungen (aktuell 0,64 Prozent) im stationären Bereich an die Entwicklung der Grundlohnsumme auf der Grundlage der Kalkulation des Schätzerkreises für die Grundlohnsummenentwicklung in 2008 auf 1,4 Prozent anzuheben,
4. gemeinsam mit den Bundesländern eine Regelung zur Behebung des Investitionsstaus in den Krankenhäusern zu treffen.

zu 1:

Bereits vor Einführung des Sanierungsbeitrags hat die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft vor dieser Maßnahme gewarnt. Der Sanierungsbeitrag widerspricht dem Prinzip, dass in freien Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern Vergütungsvereinbarungen (z.B. über den Landesbasisfallwert oder zu Sonderentgelten) getroffen werden. Solche Vereinbarungen werden durch pauschale Vorgaben zum Abzug eines Sanierungsbeitrags zusätzlich und unnötig belastet. Durch die umfangreichen und noch nicht abgeschlossenen Veränderungen bei der Krankenhausfinanzierung und den schon daher schwierigen Verhandlungen wäre ein Verzicht auf den Sanierungsbeitrag angezeigt gewesen. In der Praxis hat der Beitrag auch zu erheblichen Bürokratiekosten geführt. Die Erhebung des Sanierungsbeitrags wird in den Krankenhäusern mit etwa der gleich hohen Kostenbelastung angegeben, wie der Beitrag selbst. Ein sofortiger Stop des Beitragseinzugs ist angezeigt. Diese Maßnahme darf aber nicht über die weiter bestehenden Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser hinwegtäuschen.

zu 2.:

Die vorgeschlagene Maßnahme geht in die richtige Richtung. Die Umsetzung dürfte jedoch einen erheblichen bürokratischen Aufwand verursachen. In der deutschen Krankenhauslandschaft werden zwischenzeitlich eine Vielzahl von Tarifverträgen zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgeschlossen. Neben Vergütungen beinhalten sie auch Urlaub, Zuschläge und Arbeitsbedingungen. Von daher scheint die Maßnahme nicht praktikabel.

zu 3:

Mit der vorgeschlagenen Maßnahme könnte begrenzt auf 2008 eine kleine Entlastung erfolgen. Die von ver.di bereits o.a. Studie zeigt jedoch, dass es wenig hilft, allein die Veränderungsrate zu korrigieren.

zu 4:

Bei Betrachtung des aufgelaufenen Investitionsstaus ist es notwendig

- a. durch eine gemeinsame Anstrengung von Bund und Ländern den Investitionsstau zu beheben;
- b. die Länder langfristig in die Lage zu versetzen und gleichzeitig zu verpflichten, die Krankenhäuser mit den erforderlichen Fördermitteln auszustatten. Hierzu haben sich die Länder bundesweit auf eine Förderquote zu verständigen, die einen verlässlichen Rahmen für die Krankenhäuser darstellt.

- II. Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN **Krankenhäuser zukunftsfähig machen** - Bundestagsdrucksache 16/9008

In dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf für die Reform der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, der folgende Eckpunkte enthält:

1. Die Umstellung der bisherigen Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen auf eine leistungsbezogene Pauschalförderung;
2. Die hälftige Beteiligung der Krankenkassen an der Investitionskostenfinanzierung;
3. Die gleichberechtigte Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung.

Zu 1:

Die vollständige Umstellung auf Förderpauschalen soll als Zuschlag an die DRG Fallpauschalen geknüpft werden. Diese Regelung wird derzeit z.B. auch in Nordrhein-Westfalen eingeführt. Unklar ist jedoch bei diesem Verfahren, wie Krankenhäuser gefördert werden, die Leistungen anbieten, die nicht mit DRGs vergütet werden, wie Psychiatrie oder im Rahmen der Notfallversorgung die Infrastruktur bereit stellen müssen. Es muss auch sicher gestellt werden, dass Leistungen weiterhin erbracht werden, unabhängig davon, wie attraktiv die Förderungszuschläge auf die Fallpauschalen sind.

Zu 2.

Die Maßnahme führt in jedem Fall zu erheblichen Beitragssatzsteigerungen um etwa einen halben Prozentpunkt. Nicht erörtert wird die Frage, in welcher Weise die private Krankenversicherung an dieser Finanzierung beteiligt wird. Geschieht dies nicht, müssen GKV-Versicherte einen Großteil der Fördermittel für privat Krankenversicherte aufbringen.

Zu 3.

Die Krankenhausplanung ist Aufgabe der Länder im Rahmen der Daseinsvorsorge. Der Sicherstellungsauftrag soll auch beim Land bleiben. Ein Krankenhausmarkt, wie ihn die Antragsteller möchten wird von ver.di nicht befürwortet. Schon heute wird Krankenhausplanung in Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern durchgeführt. Eine einseitige Stärkung der Position der Krankenkassen erachten wir als nicht erforderlich.

- III. Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP **Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser** - Bundestagsdrucksache 16/9057

Die Bundesregierung wird aufgefordert einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgende Änderungen vornimmt.

1. Die Regelung, dass bei gesetzlich krankenversicherten Patienten ein Abschlag in Höhe von 0,5 vom Hundert des Rechnungsbetrags vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen ist (Sanierungsbeitrag) entfällt mit Wirkung ab 1.1.2008,
2. Für das Jahr 2008 wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Vertragspartner in den Fällen die gesetzlich vorgegebene maximale Steigerungsrate der Budgets überschreiten können, in denen sie einen Ausgleich für höhere Löhne und Gehälter für erforderlich halten,
3. Es wird klargestellt, dass ab 2009 die Verhandlungspartner ohne gesetzliche Budgetierung die Möglichkeit haben, die Entwicklung der Krankenhausvergütungen an der Entwicklung des Krankheitsgeschehens auszurichten und nicht an gesetzlich starr vorgegebenen Raten der Grundlohnentwicklung,
4. Über einen stufenweisen Übergang zur monistischen Finanzierung werden Unwirtschaftlichkeiten durch unterbleibende Investitionen beseitigt.

Zu 1:

Zu dem Vorschlag wurde bereits unter I.1 Stellung genommen

Zu 2:

Zu dem Vorschlag wurde bereits im Wesentlichen unter I.2 Stellung genommen. Im Gegensatz zur Fraktion DIE LINKE wird hier eine Verhandlungslösung der Vertragspartner gefordert. Übersehen wird jedoch, dass die Verhandlungen für die Krankenhäuser prospektiv erfolgen. Die Berichtungen könnten sich somit erst im Folgejahr auswirken.

Zu 3:

Der Vorschlag wird von ver.di begrüßt. Ausreichende Verhandlungslösungen gibt es bereits durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene. Dort werden die Art und Menge der Fallpauschalen, deren Gewichtung und Sonderentgelte vereinbart. Auf Landesebene erfolgt die Festlegung des Landesbasisfallwerts ebenfalls durch die Selbstverwaltung. Ver.di hat durch ihre in Auftrag gegebene Expertise aufgezeigt, dass die Budgetierung ohne kostentreibende Wirkung auf die Beitragssätze entfallen kann. Verhandlungslösungen entsprechen weit eher den Zielen einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung für die Bevölkerung. Erforderlich sind allerdings in jedem Fall Verträge, die die Versorgung der gesamten Bevölkerung unabhängig vom Wohnort oder der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse sicher stellen. Selektive oder elektive Verträge entsprechen diesem Ziel nicht.

Zu 4:

Die mit dem Übergang zur monistischen Finanzierung verbundenen Hoffnungen teilt ver.di nicht. Die Krankenkassen wären ebenfalls nicht in der Lage die erforderlichen Fördermittel aufzubringen. Entscheidender als ein Systemwechsel ist es, dass die erforderlichen Fördermittel auch zur Verfügung gestellt werden.

Im Übrigen wurde der Umstieg von der monistischen auf die duale Finanzierung 1972 mit einer maroden Krankenhauslandschaft begründet. Es ist nicht ersichtlich, warum es jetzt bei einem Systemwechsel zu besseren Ergebnissen kommen sollte.

Berlin 10. Juni 2008