

Stellungnahme zu den Anträgen

- a) Aktuelle Finanznot der Krankenhäuser beenden (BT-Drs. 16/8375)**
- b) Krankenhäuser zukunftsfähig machen (BT-Drs. 16/9008)**
- c) Verbesserung der Finanzierungssituation der Krankenhäuser (BT-Drs. 16/9057)**

1. Forderung des Fortfalls des Sanierungsbeitrags von 0,5% mit Wirkung vom 01.01.2008

Die durch das GKV-WSG eingeführte Rechnerkürzung im Umfang von 0,5% im Bereich der fallpauschalieren Krankenhausleistungen gilt allein gegenüber GKV-versicherten Patienten. Der Sanierungsbeitrag hat zu keinem Zeitpunkt gegenüber PKV-versicherten Patienten gegolten. Er stellt insofern eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung dar und ist auch nicht mit dem in § 17 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz niedergelegten Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte für alle Krankenhausnutzer in Einklang zu bringen. Es gibt keine Rechtfertigung dafür, bei den allgemeinen Krankenhausentgelten GKV-versicherte und PKV-versicherte Patienten unterschiedlich zu behandeln.

Der Sanierungsbeitrag übt auf die Krankenhäuser erheblichen finanziellen Druck aus, den diese durch Erlössteigerungen im Wahlleistungsbereich und weitere unternehmerische Strategien im PKV - Bereich auszugleichen bestrebt sind.

Im Vergleich der Jahre 2006 zu 2007 sind folgende Ausgabensteigerungen im Wahlleistungsbereich festzustellen:

- Wahlleistung Chefarzt + 2,7 %
- Wahlleistung Unterkunft + 0,8 %

Ergänzend hierzu versuchen zunehmend mehr Krankenhausträger, ihre Einnahmesituation dadurch zu optimieren, dass sie aus dem Planbereich Leistungen für PKV-Versicherte ausschließlich ausgliedern, um in angegliederten Privatkliniken deutlich höhere Preise zu realisieren.

2. Vorschlag nach einer Überschreitung der maximalen Budgetsteigerungsrate als Ausgleich für höhere Löhne und Gehälter

Unter dem Blickwinkel der Kostendämpfung sind die zuletzt abgeschlossenen Tariflohnerhöhungen sicher wenig befriedigend. Die Forderungen von Krankenhäusern nach einer Refinanzierungsmöglichkeit durch höhere Budget- bzw. Preissteigerungsraten sind im Grundsatz zwar nachvollziehbar, müssen sich aber den Gegeneinwand gefallen lassen, dass die Krankenhäuser als Tarifpartner auch eine Mitverantwortung tragen, der sie entoben würden, wenn eine Weitergabe hoher Tarifabschlüsse 1:1 an die Patienten bzw. Versicherungsträger möglich wäre. Zudem wäre eine solche Weitergabe auch eine Art Wiederbelebung des Selbstkostendeckungsprinzips, das gerade mit dem DRG-System überwunden sein sollte.

Zudem ist zu bedenken, dass sich die Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhäuser im Budgetbereich nicht auf die Entwicklung der GKV-Grundlohnsumme beschränken; eine Reihe von gesetzlich vorgegebenen zusätzlichen Finanzierungstatbeständen (z.B. 0,2 Prozentpunkte jährlicher Budgetzuwachs ab dem Jahre 2003 zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen) leistet Deckungsbeiträge für Kostensteigerungen. Die Ausgabenentwicklung aller Kostenträger im Krankenhausbereich macht deutlich, dass die vorgesehene Budgetsteigerungsrate regelmäßig überschritten wird. Vereinbarte Mengensteigerungen und eine gestiegene Anzahl von neben den DRGs zusätzlich abrechenbaren Zusatzentgelten zeigen zusätzlich Ausgabenrelevanz.

3. Forderung „ohne gesetzliche Budgetierung die Entwicklung der Krankenhausvergütungen an die Entwicklung des Krankheitsgeschehens anzugleichen und nicht an gesetzlich starr vorgegebenen Regeln der Grundlohnentwicklung“

Schon der gegenwärtige Rechtsrahmen bietet die Möglichkeit, das Krankheitsgeschehen z.B. in Form medizinisch notwendig zu steigender Fallzahlen im Rahmen der krankenhaushausindividuellen Budgets abzubilden.

Auch richten sich die meisten Krankenhäuser strategisch so aus, dass sie ihre Geschäftsfelder erweitern. Das Spektrum der Aktivitäten reicht von den neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, über Leistungssteigerungen im Bereich der Integrierten

Versorgung, Ausbau der ambulanten Angebote im Bereich § 116 SGB V bis hin zu der in letzter Zeit mit erheblichem Engagement betriebenen Gründung von MVZs. Auch wenn grundsätzlich jede Budgetregelung ein problematisches Kostendämpfungsinstrument darstellt, muss doch derzeit für den Krankenhausbereich festgestellt werden, dass eine Budgetsteuerung erforderlich ist, um einer morbiditätsunabhängigen Mengenexpansionen zu begegnen.

Zudem ist im Rahmen des Konvergenzprozesses das Budget auch für solche Krankenhäuser eine Art Sicherheit, die bei den wettbewerblich erforderlichen Anpassungsprozessen nicht hinzunehmenden Belastungen ausgesetzt wären.

4. Forderung eines „Übergangs zur monistischen Finanzierung“

Zunächst ist zu fordern, dass die Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung der Finanzierung Existenz sichernder Investitionskosten der Krankenhäuser als Konsequenz und Umsetzung des Sicherstellungsauftrags für den stationären Bereich nachkommen. Der seit Jahren bestehende Rückgang der Förderung muss beendet werden und eine Trendumkehr in Richtung erhöhtem Förderengagement der Länder eingeleitet werden. Mittelfristig kann eine in Stufen eingeführte monistische Finanzierung erwogen werden, wobei die erste Stufe der über die Benutzerentgelte finanzierten Investitionskosten dem gegenwärtig durch die pauschalen Fördermittel der Länder zur Verfügung gestellten Investitionsvolumen entsprechen könnte. Eine an der Leistung orientierte Pauschalierung der Einzelförderung würde die unternehmerischen Spielräume der Krankenhäuser noch erweitern. Die weitere Einführung der Monistik sollte auf der Basis der Erfahrungen der ersten Einführungsstufe erfolgen. Grundsätzliche Voraussetzung für monistische Finanzierungsstrukturen ist, dass ihre Einführung kosten- und wettbewerbsneutral erfolgt, also die Gegenfinanzierung den tatsächlichen Investitionsausgaben der Krankenhäuser entspricht und alle Kostenträger in entsprechendem Umfang erreicht. Monistik darf die Beitrags(satz)stabilität nicht gefährden.

Da die monistische Finanzierung grundsätzlich dem Versicherungsprinzip entspricht, wäre allerdings zu überlegen, die damit eventuell verbundenen Kostenbelastungen im Zusammenhang mit einem Finanzierungsgesamtkonzept zu diskutieren.

So ist es z.B. unseres Erachtens wenig überzeugend, wenn immer wieder Bestrebungen festzustellen sind, Krankenversicherungen mit versicherungsfremden Leistungen zu belasten. Ein Beispiel mögen die verschiedentlich vorgebrachten Absichten eines Präventionsgesetzes sein, wo es vor allem um die Finanzierung von Maßnahmen zur Primärprävention geht, wo versicherungsfremde Aufgaben erneut durch Versicherungsträger und Krankenkassen finanziert werden sollen, und damit den Ländern und Kommunen die strategische Option eröffnet werden könnte, sich aus diesem, ihnen eigentlich obliegenden Aufgaben- und Finanzierungsbereich schrittweise zurückzuziehen. Die monistische Finanzierung wäre deshalb am besten innerhalb eines Gesamtkonzepts der Aufgabenteilung zwischen staatlichen Institutionen und Versicherungsträgern sowie Krankenkassen zu diskutieren. Als isolierte Maßnahme, die allein zu Kostenverlagerungen führt, ist sie jedoch abzulehnen.