

**Deutscher
Gewerkschaftsbund**

Bundesvorstand

21.11.2008

**Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)
zu einer**

**Anhörung des
Bundestagsausschusses für Gesundheit
zum**

**Entwurf eines Gesetzes
zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinan-
zierung ab dem Jahr 2008
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)**

am 24. November 2008



Deutscher Gewerkschaftsbund, Vorstandsbereich 04 Annelie Buntenbach,
Bereich Sozialpolitik, Ansprechpartner: Knut Lambertin
Henriette-Herz-Platz 2, D – 10178 Berlin
Tel.: 030 – 24060-0 (Durchwahl -706); Fax: 030 – 24060-226

I. Allgemeine Bewertung:

Generell muss festgehalten werden, dass die stationäre Versorgung in Deutschland im europäischen Vergleich von hoher Qualität ist. Wartezeiten wie in anderen Ländern kommen praktisch nicht vor, in der Regel funktioniert auch die Notfallversorgung. In den vergangenen Jahren hat die Qualität der Versorgung zugenommen, und die Versorgung in der Fläche ist noch gewährleistet. Im europäischen Maßstab gibt es allerdings eine verhältnismäßig hohe Bettenzahl pro Einwohner. Dennoch sind die Krankenhauskosten pro Einwohner und Jahr von 787 Euro im internationalen Vergleich niedriger als der Durchschnitt von 1.001 Euro pro Einwohner und Jahr.

Traditionell ist die Trägerlandschaft in Deutschland durch kommunale, freigemeinnützige und private Krankenträger geprägt. Dieser Trend verändert sich derzeit stark in Richtung private Trägerschaften. Vergleicht man die Situation allerdings mit den USA, so sind in Deutschland inzwischen anteilig mehr Krankenhausbetten privat getragen.

Wichtiges Stichwort zur künftigen Krankenhausfinanzierung ist der Investitionsstau. Die Krankenhausinvestitionen, die die Länder zu tätigen haben, sind seit Jahren rückläufig. Die Fördermittel nach Krankenhausgesetz werden von den Ländern weitestgehend gar nicht oder unzureichend erbracht. Inzwischen werden dringend notwendige Investitionen mit Hilfe von beitragsfinanzierten Betriebsmitteln gedeckt, schleichende Monistik genannt.

Im Jahr 2006 erzielten 55 Prozent der Häuser Überschüsse und 15 Prozent der Häuser ein ausgeglichenes Ergebnis. Vielfach waren diese Ergebnisse jedoch nur durch massiven Personalabbau, Ausgliederung von Teilbereichen und Tarifflicht oder Notlagentarifverträge zu erreichen

Dennoch steht die stationäre Versorgung derzeit an einem Scheitelpunkt. Die drohende Unterfinanzierung würde sowohl zu Wartezeiten bei der Behandlung führen als auch zu unterschiedlicher Versorgung („Zwei-Klassen-Medizin“) befördern. Zum anderen wird immer deutlicher, dass die Trennung der Sektoren von ambulanter und stationärer Versorgung, inklusive der doppelten Facharztschiene, ein Hemmschuh für die qualitative Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung Deutschlands ist – trotz beginnender anderweitiger Gesetzgebung.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund spricht sich nicht so sehr für ein Finanzierungsmodell aus, sondern formuliert daher politische Kriterien für eine künftige Krankenhausfinanzierung.

Ein wesentliches Kriterium ist die Qualität der Versorgung. Eine Auswertung von zahlreichen Studien ergab, dass pro Jahr im Krankenhausbereich mit 5 bis 10 Prozent unerwünschter Ereignisse, 2 bis 4 Prozent Schäden, 1 Prozent Behandlungsfehlern und 0,1 Prozent Todesfällen, die auf Fehler zurückgehen, zu rechnen ist (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, „Kooperation und Verantwortung“, BMG 2007).

Der Deutsche Gewerkschaftsbund vertritt die Auffassung, dass beim nicht-ärztlichen Personal nicht weiter gekürzt werden kann. Das gilt insbesondere auch für das Personal, das nicht bei Krankenhäusern direkt beschäftigt ist, sondern bei Unternehmen, die als Dienstleister ausgelagerte Tätigkeiten ausführen. Im Rahmen von Funktions-Auslagerungen sind die Arbeitsbedingungen der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den letzten Jahren teils erheblich verschlechtert worden. Durch Umorganisation der betrieblichen Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern sowie sektorenübergreifende Vernetzung sind jedoch Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben.

Die heutige Finanzierung der Krankenhäuser ist kurzatmig, unzuverlässig und unzureichend. Sie hat zu erheblichem Personalabbau von 100.000 Stellen in den letzten zehn Jahren geführt, 50.000 davon allein im Pflegebereich.

Der DGB hält die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und ausreichenden stationären Versorgung der Menschen in der Fläche für unabdingbar. Angesichts der Arbeitsbedingungen und der erforderlichen Tarifentwicklung, insbesondere für die nichtärztlichen Berufe, ist deutlich geworden, dass die Krankenhausfinanzierung so nicht bestehen bleiben kann. Die künftige Krankenhausfinanzierung muss sich an folgenden Kriterien orientieren:

- Der Staat ist verpflichtet, für jede Bürgerin/jeden Bürger den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen in ausreichendem Umfang und in guter Qualität sicherzustellen.
- Die weiterhin vorhandene Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muss überwunden werden.
- Eine bedarfsgerechte Versorgung in der Fläche muss langfristig abgesichert werden.
- Die plurale Trägerlandschaft muss beibehalten werden.
- Die historisch bedingte Arztzentriertheit der deutschen Krankenhäuser muss aufgegeben werden. Einerseits müssen Medizinerinnen und Mediziner von Verwaltungsaufgaben entlastet werden, so dass sie sich auf medizinische und therapeutische Aufgaben konzentrieren können. Andererseits müssen nicht-ärztliche Berufe ausgeweitet und neue, beispielsweise im Be-

reich der Dokumentation, des Fallmanagements oder spezifischer integrierter Versorgungsleistungen, geschaffen werden.

- Die Finanz- und Planungskompetenz der Länder im Bereich der stationären Versorgung muss erhalten bleiben, wenn auch eventuell modifiziert. Deshalb ist ein rein monistisches Finanzierungsmodell nicht ausreichend.

Der DGB engagiert sich im Interesse der abhängig Beschäftigten für deren bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung, für die sie erhebliche Bestandteile ihres Lohns einsetzen. Dabei ist er aber nicht nur, wie Wohlfahrts- und Sozialverbände, auf eine anwaltliche Funktion beschränkt. Anders als Patientenverbände hat der DGB sowohl das gesundheitliche Wohl der Patienten im Blick als auch die soziale und wirtschaftliche Lage der Mitglieder der Sozialversicherungen sowie ihrer Mitversicherten. Dazu gehört auch das Interesse an einer angemessenen Höhe und wirtschaftlichen Verwendung der Sozialversicherungsbeiträge. Des Weiteren berücksichtigt der DGB auch die Arbeitsbedingungen in der Gesundheitsbranche.

Des Weiteren verweist der DGB bezüglich der Regelungen zum Klinikpersonal auf die Stellungnahme seiner Mitgliedsgewerkschaft, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).

II. Im Einzelnen

Zu Artikel 1 „Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“:

Wichtiges Stichwort zur künftigen Krankenhausfinanzierung ist der Investitionsstau. Die Krankenhausinvestitionen, die die Länder zu tätigen haben, sind seit Jahren rückläufig. Die Fördermittel nach Krankenhausgesetz werden von den Ländern weitestgehend gar nicht oder unzureichend erbracht. Zum Beispiel: Am stärksten rückläufig waren im Zeitraum 1994 bis 2006 die Zahlungen in Nordrhein-Westfalen, Berlin, Sachsen und in Bayern, in NRW von 608 Mio. Euro auf 472 Mio. Euro, in Berlin von 285 Mio. Euro auf 99 Mio. Euro, in Bayern von 664 Mio. Euro auf 452 Mio. Euro. Den Investitionsstau insgesamt beziffern Schätzungen zwischen 30 und 56 Mrd. Euro – je nach Experte. Dagegen haben alle Bundesländer zuletzt insgesamt nur 2,7 Mrd. Euro im Jahr für Investitionen ausgegeben. Skandalös ist das offensichtliche Nicht-wessen-wollen des aktuellen Finanzbedarfs in einem wichtigen Bereich der sozialen Sicherung Deutschlands. Inzwischen werden dringend notwendige Investitionen mit Hilfe von beitragsfinanzierten Betriebsmitteln gedeckt, schleichende Monistik genannt. Nach gewerkschaftlichen Schätzungen werden eine Mrd. Euro aus Betriebsmitteln für Instandhaltung ausgegeben.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund begrüßt, dass die Verantwortung der Bundesländer für die Investitionskosten der Krankenhäuser erhalten bleibt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Krankenhausversorgung der Bevölkerung eine öffentliche Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge ist. Dies muss sich auch darin ausdrücken, dass bei Investitionsprojekten nicht nur auf die Kosten geschaut wird, sondern auch sichergestellt ist, dass auch weitere Vergabekriterien (wie z.B. Tariftreue) berücksichtigt werden.

Die Umstellung auf Pauschalen schwächt allerdings die Steuerungsmöglichkeiten der Länder. Vielmehr wird es den Krankenhäusern im Rahmen der Zweckbindung überlassen, welche Prioritäten sie setzen. Eine Krankenhausplanung, die die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung (flächendeckend und bedarfsgerecht) sicherstellt, ist auf dieser Grundlage kaum noch möglich. Es ist auch nicht ausreichend, dass in Ausnahmefällen eine Einzelförderung erfolgen kann.

Wesentlich dringlicher ist es, dafür Sorge zu tragen, dass die Fördermittel in ausreichender Höhe zur Verfügung gestellt werden. Der DGB regt daher an, dass die staatlichen Ebenen in einen Dialog über die Auflösung des Investitionsstaus eintreten. Die künftige Finanzierung der Investitionen muss beitragskostenneutral sein, und die Mittel sind im Rahmen eines Investitionsprogramms aufzubringen. Dazu ist die tatsächliche Höhe des Investitionsstaus zu beziffern, um eine weitere

Kostenverlagerung auf die Beitragszahler der GKV zu vermeiden. Der Investitionsstau muss abgebaut und die Frage der laufenden Investitionen ebenfalls geklärt werden.

Daher schlägt der DGB folgende Formulierung des Art. 1, Nr. 1 des KHRG-Entwurfes betreffend § 10 Abs. 1 des KHG vor:

„§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

(1) Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Entgelte nach § 17b erhalten, soll eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. Dafür werden bis zum 31. Dezember 2009 Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. *Grundlage der Entwicklung der künftigen Investitionsfinanzierung ist ein von der Bundesregierung in Auftrag zu gebendes Gutachten über die Höhe des bisher aufgelaufenen Bedarfs in der Investitionsfinanzierung.* Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens legen Bund und Länder fest. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

Zu Artikel 2 „Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes“:

Der Deutsche Gewerkschaftsbund befürwortet ausdrücklich, dass im Jahr 2009 die Deckelung für tariflich vereinbarte Lohn- und Gehaltssteigerungen geöffnet wird. Der DGB unterstützt die Forderung seiner Mitgliedsgewerkschaft ver.di, dass der Tarifbezug auf den TVöD erhalten bleibt.

Die Öffnung darf jedoch nur für Krankenhäuser erfolgen, die der Tarifbindung unterliegen, da ansonsten Tarifflicht und Dumpinglöhne durch Bundesgesetzgebung befördert werden.

Daher schlägt der DGB folgende Fassung des Art. 2, Nr.10 e) des KHRG-Entwurfes betreffend § 10 Abs. 5 des KHEntgG vor:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen, *wenn das Krankenhaus diese Tarifierhöhung tatsächlich vollzieht und dies den Kostenträgern nachweist*; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 jeweils tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt, *wenn das Krankenhaus diese Tarifierhöhung tatsächlich vollzieht und dies den Kostenträgern nachweist*. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsraten. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsraten zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsraten neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich in Folge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.