

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände



Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände · Postfach 12 03 15 · 10593 Berlin
Deutscher Bundestag
Sekretariat des Ausschusses für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

per Mail: christine.sistig@bundestag.de

13.11.2008/sue

Bearbeitet von
Andrea Vontz-Liesegang

Telefon 0221/3771-260
Telefax 0221/3771-177

E-Mail:
andrea.vontz@staedtetag.de

Aktenzeichen
54.06.27 D

Öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG)

hier: Schriftliche Stellungnahme zur Anhörung am 24. November 2008

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

für die den Mitgliedern der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände eingeräumte Möglichkeit, zum Regierungsentwurf eines „Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009“ Stellung zu nehmen und an der Anhörung am 24. November 2008 teilzunehmen, bedanken wir uns sehr.

Wie bereits mitgeteilt, wird der Deutsche Städtetag von Herrn Alfred Dänzer, Geschäftsführer Klinikum Mannheim gGmbH und Vorsitzender des Arbeitskreises städtischer Krankenhäuser bei der Anhörung vertreten werden. Für den Deutschen Landkreistag wird Herr Beigeordneter Jörg Freese teilnehmen.

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände trägt die Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft grundsätzlich mit. Wir beschränken uns daher in unserer schriftlichen Stellungnahme auf die Herausstellung der Schwerpunkte, die aus kommunaler Sicht für die Finanzsituation und Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser besonders wichtig sind.

I. Ausgangssituation

Die Kommunen sind in besonderer Weise in der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Einwohner. Sie kommen dieser nicht nur durch die Unterhaltung kommunaler

Krankenhäuser nach, sondern werden in vielen Bundesländern anteilig zur Finanzierung der Investitionskosten, die von den Bundesländern geleistet werden müssen, herangezogen. Gerade auch vor dem Hintergrund ihres gemeinsamen Sicherstellungsauftrags mit den Ländern haben die Kommunen ein besonderes Interesse an einer auch zukünftig bedarfsgerechten Patientenversorgung. Allein aus der demographischen Entwicklung resultiert bei Zugrundelegung eines Status-Quo-Szenarios eine Zunahme der Krankenhausfälle bis 2020 von 9,1 % im Vergleich zu 2005.

Die notwendige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung macht es erforderlich, dass auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Hierfür stehen die kommunalen Krankenhäuser. Nach langen Jahren der Kostendämpfungspolitik des Bundes mit dem Ziel der Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sowie einer permanent rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder, haben allerdings viele kommunale Krankenhäuser keinerlei finanzielle Spielräume mehr.

Damit stehen sie nicht alleine und über alle Trägergruppen von Krankenhäusern hinweg besteht Einigkeit, dass die jahrelang von den Krankenhäusern und ihren Trägern hingenommene Unterfinanzierung sich nicht so weiter fortsetzen kann. Die beschäftigungs- und konjunkturpolitische Bedeutung des Wachstumsmarkts Gesundheit muss stärkere Beachtung finden. Diese muss sich auch in einer auskömmlichen Finanzierung niederschlagen.

Die Einführung des diagnoseorientierten Vergütungssystems mit Fallpauschalen sollte ein leistungsorientiertes Vergütungssystem schaffen. Die Krankenhäuser haben sich an der Umsetzung in die Praxis mit großem Engagement beteiligt, in der Hoffnung und dem Vertrauen darauf, dass eine leistungsgerechte Refinanzierung der Kosten der Krankenhäuser erfolgt. Die DRG-System-Einführung hat in den einzelnen Krankenhäusern zu großen Anstrengungen und weitreichenden Anpassungen im Klinikalltag geführt. Dadurch waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser enormen Zusatzbelastungen unterworfen. Um den Bestand „ihres Krankenhauses“ zu sichern, haben die Mitarbeiter regelmäßig erhebliche zusätzliche Arbeitsbelastung und nicht zuletzt oftmals auch finanzielle Einbußen auf sich genommen. Vielfach konnte der Fortbestand des Krankenhauses nur mit Hilfe von Notlagentarifverträgen sichergestellt werden. Um so bedauerlicher ist es, dass den Krankenhäusern trotz aller Anpassungsbemühungen in den letzten drei Jahren weitere Finanzierungsmittel im Umfang von ca. 2 Mrd. Euro entzogen wurden und den Krankenhäusern damit ein erheblichen Anteil an der GKV-Sanierung auferlegt wurde; Finanzierungsmittel, die die Krankenhäuser selbst dringend benötigt hätten. So wurden die Krankenhäuser in den letzten Jahren quasi zum „Spartopf“ der Krankenkassen.

Der vorliegende Gesetzentwurf ordnet den Finanzierungsrahmen endlich neu. Der mit der Konvergenzphase eingeleitete Prozess wird damit fortgesetzt und ab 2009 in ein neues Stadium überführt. Vor dem Hintergrund des erheblichen bürokratischen Zusatzaufwands ist es allerdings mehr als bedauerlich, dass das Gesetzgebungsverfahren erst so spät eingeleitet wurde und voraussichtlich erst im kommenden Jahr seinen Abschluss finden wird. Die Krankenhäuser werden Rechnungen nach In-Kraft-Treten des Gesetzes an die dann geltenden Vorgaben anpassen und korrigieren müssen. Diese Zusatzbelastung der Kliniken wäre vermeidbar gewesen.

II. Inhaltliche Bewertung

Fehlende Wirtschaftlichkeitsreserven

Es ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, wenn mit dem Gesetzesentwurf die bisherige Auffassung, wonach noch größere Wirtschaftlichkeitsreserven in den Krankenhäusern vorhanden und zu heben seien, aufgegeben wird und die kritische Situation der Krankenhäuser grundsätzlich anerkannt wird. Diese Orientierung hin zu einer realistischeren Bewertung der Situation in den Krankenhäusern begrüßen die kommunalen Spitzenverbände ausdrücklich. Das anlässlich der Großkundgebung in Berlin von mehr 130.000 Krankenhausbeschäftigten sehr nachdrücklich vertretene Anliegen einer ausreichenden Finanzierung der von ihnen erbrachten Arbeit an zumeist schwer kranken Patienten, wird damit erstmals aufgegriffen.

Kein selektives Kontrahieren

Wir unterstützen auch ausdrücklich, dass im Gesetzesentwurf davon Abstand genommen wird, eine Möglichkeit zur Einführung von Rabattverträgen zu eröffnen. Das Verständnis für die zuvor geschilderte, mit der Einführung des Fallpauschalensystems erfolgten Veränderung in den einzelnen Krankenhäusern würde überstrapaziert, wenn Einsparbemühungen und -erfolge dazu benutzt würden, die Klinikeinnahmen noch weiter nach unten zu drücken. Mit Dumping-Preisen, wie sie über Rabattverträge ermöglicht würden, lässt sich die gewohnte qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung der Patienten nicht sicherstellen.

Loslösung von der vergangenheitsbezogenen Deckelung der Budgets durch die Grundlohnrate

Die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände wertet es auch als grundsätzlich positiv, dass die Entwicklung der Vergütung im Krankenhaus künftig nicht mehr an die vergangenheitsbezogene Veränderungsrate gebunden werden soll. Die Aufrechterhaltung der Bindung an die retrospektive Entwicklung der Löhne und Gehälter als schneidende Obergrenze berücksichtigt nicht die tatsächlichen Kostenentwicklung im Krankenhausbereich und ermöglicht damit keine sachgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen. Hingegen würde die im Gesetzesentwurf vorgesehene Erarbeitung eines spezifischen statistischen Indexes eine stärkere Orientierung an die reale Kostenentwicklung im Krankenhaus sicherstellen können.

Allerdings muss auch die im Gesetzesentwurf zurzeit vorgesehene Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, per Verordnung eine abweichende, niedrigere Obergrenze festzulegen, gestrichen werden. Die vorgesehene Eröffnung einer solchen Möglichkeit auf dem einfachen Verordnungswege steht grundsätzlich in Frage und würde, gerade die für die Krankenhäuser positiven Wirkungen einer stärkeren Orientierung an der realen Kostenentwicklung konterkarieren und zu Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser führen.

Höhe der im Gesetzesentwurf insgesamt vorgesehenen Finanzmittel

Allerdings reichen die im Regierungsentwurf vorgesehenen Finanzmittel bei Weitem nicht aus, um die Not der Kliniken zu lindern. Entgegen anders lautender Berechnungen im Gesetzesentwurf enthält das Hilfsprogramm allenfalls zusätzliche finanzielle Hilfen in Höhe von 1,6 Mrd. Euro. Selbst wenn man den Einnahmenezuwachs der Krankenhäuser, die diese aus der Grundlohnrate erwarten, einbezieht, wird für die Jahre 2008 und 2009 eine Einnahmелücke von 6,7 Mrd. Euro bestehen. Zieht man hiervon die 1,6 Mrd. Euro ab, die der Gesetzesentwurf zur Zeit allenfalls für die Krankenhäuser an Hilfen vorsieht, so verbleibt eine Gesamtkostenlücke von ca. 5,1 Mrd. Euro.

Es ist unseriös, wenn im Regierungsentwurf bei der Berechnung der Hilfen für die Krankenhäuser den Krankenhäusern u. a. der mit dem GKV-WSG zu Unrecht eingeführte

Rechnungsabschlag (Sanierungsbeitrag) als Finanzhilfe gegengerechnet wird. Dies gilt ebenso für die einbehaltenen Mittel aus der integrierten Versorgung.

Berücksichtigung von Personalkostensteigerungen

Der Gesetzentwurf sieht einen anteiligen Tarifausgleich in Höhe von 1,35 Mrd. Euro vor. Dies ist insoweit grundsätzlich begrüßenswert, als die Krankenhäuser durch die vergangenen Tarifrunden zusätzlich zu den übrigen Kostensteigerungen und Einnahmebegrenzungen schwer belastet wurden. Allerdings ist eine Deckung des Personalkostenanstiegs in Höhe von 100 % vor dem Hintergrund der Finanzsituation der Krankenhäuser dringend notwendig. Dies gilt um so mehr, als führende Spitzenpolitiker der Koalitionsfraktion frühzeitig durch öffentliche Äußerungen das Bestreben der Krankenhausbediensteten, eine wesentliche Verbesserung ihrer tariflichen Vergütung zu erreichen, unterstützt haben. Gerade kommunale Krankenhäuser, die von ihren Angestellten bestreikt werden können, und dies in der Vergangenheit auch wurden, haben eine Hauptlast der Tarifverhandlungen zu tragen und sind an die daraus resultierenden Tarifverträge gebunden. Sie tragen die Differenz zwischen tatsächlicher Kostenbelastung durch die Tarifverträge und der im Gesetz vorgesehenen Refinanzierungsquote. Die nun im Gesetzentwurf vorgesehenen Hilfen in Höhe von 1,35 Mrd. Euro werden bereits durch die Sanierungsbeiträge der Krankenhäuser und die gekürzten Grundlohnraten, die in den vergangenen Jahren zugunsten der Krankenkassen erbracht wurden, aufgezehrt. Wirtschaftlichkeitsreserven, die von den Krankenhäusern zur Deckung der Differenz zu den tatsächlichen Personalkosten eingesetzt werden könnten, bestehen nicht mehr, da die Krankenhäuser darüber hinausgehend weitere Zusatzbelastungen, wie Mehrwertsteuererhöhung, allgemeine Kostensteigerungen sowie drastisch gestiegene Energieausgaben zu tragen haben.

Zwar haben vereinzelt Krankenhäuser Erlöszuwächse oberhalb der Grundlohnsteigerung realisiert, diese resultieren allerdings zumeist auf höheren Fallzahlen bzw. einer ansteigenden Fallschwere. Derartige Mehrerlöse sind mit höheren Kosten verbunden, die den Krankenhäusern durch ihre Erbringungen entstehen, so dass daraus per Saldo faktisch kaum Mehreinnahmen resultieren.

Problematisch ist ebenfalls, dass der Gesetzesentwurf Spielräume für die Krankenkassen lässt, die Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen auf dem Verhandlungswege zu verzögern. Damit es nicht zu Problemen der Krankenhäuser in Folge von fehlenden liquiden Mitteln kommt, sind derartige langwierige Verhandlungen zu vermeiden, in dem die Erhöhungsraten unmittelbar im Gesetz festgelegt wird.

Förderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte

Der Gesetzesentwurf sieht ein Förderprogramm zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte vor. Dahinter steht die positive Intention, die Situation für das Pflegepersonal zu verbessern. Dadurch soll der Entwicklung Rechnung getragen werden, dass die Krankenhäuser aufgrund ihrer prekären finanziellen Situation in den vergangenen Jahren gezwungen waren, einen zum Teil erheblichen Arbeitsplatzabbau im Pflegesektor zu realisieren. Die Einstellung von neuen Pflegekräften soll durch Erstattung eines Anteils i. H. v. 70 % ermöglicht werden.

Grundsätzlich wäre es weit sinnvoller gewesen, den Krankenhäusern frei verfügbare Finanzmittel zur Verfügung zu stellen, mit denen diese in eigener Organisationshoheit entscheiden können, wie sie eine medizinisch und pflegerisch anspruchsvolle Patientenversorgung sicherstellen und diese möglichst verbessern können. Auch ist es von der Systematik des DRG-Systems allgemein betrachtet nicht unproblematisch, dass das Förderprogramm auf lediglich eine Berufsgruppe im Krankenhaus beschränkt ist. Lässt man all dies unberücksichtigt und

greift die grundsätzlich positiv zu bewertende Grundüberlegung des Regierungsentwurfs auf, die pflegerische Patientenversorgung zu verstärken, so muss die Finanzierung deutlich aufgestockt und möglichst auf 100% ausgeweitet werden. Bei der bislang vorgesehenen anteiligen Finanzierung besteht die Gefahr, dass das Programm in der Praxis nicht umgesetzt wird, weil gerade defizitäre Häuser den zu erbringenden Eigenanteil i. H. v. 30 % nicht erbringen können.

Bereitstellung zusätzlicher Mittel zur Schließung der Gesamtfinanzierungslücke

Bei vorherigem Abzug der aus der Grundlohnrate zu erwartenden Einnahmen benötigen die Krankenhäuser finanzielle Mittel zur Schließung der Gesamtfinanzierungslücke 2008/2009 in Höhe von 6,7 Mrd. Euro. Eine nur anteilige Finanzierung der infolge der Tarifierhöhungen deutlich gestiegenen Personalkosten bzw. die Auflegung von Sonderprogrammen für die Neueinstellung von Personal helfen bei weitem nicht im erforderlichen Umfang diese Finanzierungslücke zu schließen. Zudem werden im Gesetzentwurf laufende Sachkostensteigerungen, die beispielsweise aus der Mehrwertsteuererhöhung, Energiekostensteigerungen sowie auf die allgemeine Teuerung zurückzuführen sind, nicht annähernd im anfallenden Umfang berücksichtigt.

Einführung eines neuen Vergütungssystems für die Bereiche der Psychiatrie und Psychosomatik

Der Gesetzentwurf sieht für die Bereiche der Psychiatrie und Psychosomatik die Einführung eines neuen Vergütungssystems vor. Hierbei ist es zwingend erforderlich, dass die Vorgaben der Psychiatriepersonalverordnung (Personalstellen im therapeutischen Bereich) vollständig finanziert werden. Die hierfür notwendigen rechtlichen Änderungen sind vorzusehen.

Bereitstellung ausreichender Investitionsmittel

Es ist höchst bedauerlich, dass keine Lösung hin zu einer verbindlichen und auskömmlichen Investitionsquotenfinanzierung der Länder gefunden wurde.

Finanzsituation erfordert umgehende gesetzgeberische Hilfsmaßnahmen

Insgesamt muss vor dem Hintergrund der dramatischen finanziellen Situation vieler Krankenhäuser betont werden, dass die notwendigen gesetzgeberischen Maßnahmen im Interesse der Patientenversorgung keinen Aufschub dulden. Es ist fatal, wenn die Krankenhäuser durch den sich abzeichnenden Zeitplan des Gesetzgebungsverfahrens nun gezwungen sind, rückwirkend mit Inkrafttreten des Gesetzes neue Rechnungen zu erstellen.

Keine Aufnahme zusätzlicher Kostendämpfungsmaßnahmen in das KHRG

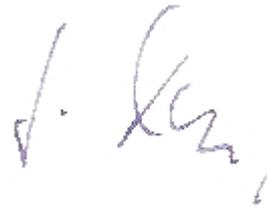
Die kommunalen Spitzenverbände halten zudem die vom GKV-Spitzenverband ausgehende Kritik an der Gewährung der ohnehin schon geringen Finanzierungshilfen für Krankenhäuser für nicht nachvollziehbar. Die vom GKV-Spitzenverband in diesem Zusammenhang erarbeiteten Vorschläge für die Formulierung von in das KHRG einzuarbeitenden Ausgabendämpfungsmaßnahmen zugunsten der Krankenkassen, ist vor dem Hintergrund der bei den Krankenhäusern noch immer ungedeckten Kostenlücke von 5,1 Mrd. Euro wenig sachgerecht. Für die Krankenhäuser wäre es mehr als unverständlich, wenn im gleichen Gesetz, in dem die prekäre Finanzsituation der Krankenhäuser erstmals anerkannt wird, nun gleichzeitig Regelungen vorgesehen würden, die den Krankenhäusern ca. 1,3 Mrd. Euro ent-

ziehen würden und damit letztendlich von den vorgesehenen Hilfen bei den meisten Krankenhäusern fast nichts ankäme. Die vom GKV-Spitzenverband mit Prognosen über die zukünftige Entwicklung der Leistungsmengen und des durchschnittlichen CMI-Wertes begründete Forderung, beruht zum einen auf einer spekulativen Grundlage, zum anderen stehen die bisherigen Vorstellungen des Gesetzgebers von der Etablierung einer leistungsgerechten Vergütung für die Krankenhäuser dem entgegen. Es bliebe völlig unberücksichtigt, dass eine größere Anzahl von erbrachten Leistungen auch mit höheren Kosten für denjenigen, der die Leistung erbringt, verbunden sind. Letztendlich würden die Morbiditätsrisiken auf die Krankenhäuser verlagert. Dies ist entschieden zurückzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen



Verena Göppert
Beigeordnete des Deutschen Städtetages



Jörg Freese
Beigeordneter des Deutschen Landkreistages



Uwe Lübking
Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebundes