

Stellungnahme des DBfK e. V.

zu den die Krankenhausfinanzierung betreffenden Regelungen des Gesetzesentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK e. V.) und der DPR e. V. erkennen die Notwendigkeit, angesichts der Entwicklung der Staatsfinanzen auch im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sparen. Der DBfK nimmt zum vorliegenden Gesetzesentwurf des GKV Finanzierungsgesetzes der Fraktionen der CDU/CSU und FDP im Folgenden Stellung.

Vorbemerkung:

Eine grundsätzliche Schwäche des Gesetzesentwurfes ist, dass er sich in erster Linie und fast ausschließlich mit der Finanzierung befasst. Strukturelle Veränderungen zur Reform, auch auf der Seite der Ausgaben und zur Stärkung des Wettbewerbs bleiben ausgeblendet. Es handelt sich also um eine reine Kostendämpfung und nicht um fortschrittsorientierte Weichenstellungen.

Das Gesetz wirkt zu einer Zeit, welche durch Belebung der Wirtschaft in Deutschland und erfreulicherweise sinkenden Zahlen von Arbeitslosen und damit sicher auch positiven Auswirkungen auf die finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen gekennzeichnet ist. Entgegen dieser Entwicklung werden nun durch die im GKV-FinG geplanten Regelungen die Krankenhäuser jedoch nicht nur im Wachstum begrenzt, sondern es sind darüber hinaus wegen des Drucks auf die Krankenhäuser gravierende Rückschritte zu befürchten. Aus der Sicht des DPR sind im Krankenhaus durch das GKV-FinG gravierende nachteilige Auswirkungen zu erwarten.

Insgesamt gesehen erscheinen uns die Regelungen dieses Entwurfes als eine Art „Rasenmähermethode“ zur Kostensenkung ohne ausreichende Beachtung der demographischen und epidemiologischen Trends. Die Krankenhäuser werden u. E. mit den Problemen einer sich ständig steigenden Morbidität der Versicherten sowie den ständig steigenden Anforderungen z. B. an die Entwicklungen im Bereich der Krankenhaushygiene allein gelassen. Ebenso ist u. E. nicht zu erwarten, dass vor dem Hintergrund des zunehmenden Alters- und Morbiditätsanstieges die Verschiebung der Leistungen von stationären in ambulante Behandlungsformen im erwarteten Maße stattfindet. Daher sind es – anders als dargestellt – die Krankenhäuser, die durch Verminderung des Ausgabenzuwachses im Krankenhausbereich das Morbiditätsrisiko nahezu alleine tragen.

Durch das GKV Finanzierungsgesetz sollen bei den Krankenhäusern die Zuwächse begrenzt werden. 2011 und 2012 sollen die Einnahmen nur in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen dürfen. Die Mehreinnahmen dürften sich damit im nächsten Jahr bundesweit auf circa 1,5 Milliarden Euro belaufen. Außerdem sollen die Krankenhäuser Abschläge für vereinbarte Mehrleistungen hinnehmen. Im Gegenzug wird es jedoch keine bundesweit einheitlichen Preise für Krankenhausleistungen geben.

Zu einzelnen Teilen des Gesetzesentwurfs der Regierung:

Den beabsichtigten Abschlag für Mehrleistungen halten wir für unausgewogen. Es wird konstatiert, dass die Krankenhäuser für ihre Mehrleistungen im Jahr 2011 70 Prozent der üblichen Vergütung erhalten. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sei dieser Mehrleistungsabschlag gerechtfertigt, weil die Fixkosten der Krankenhäuser bereits durch die nicht mit dem Mehrleistungsabschlag belegten Vergütungen finanziert werden. Die den Krankenhäusern durch die Mehrleistungen entstehenden variablen Kosten würden durch die zusätzlichen, mit dem Mehrleistungsabschlag belegten Vergütungen finanziert. Dieses halten wir für falsch, da sowohl die tariflichen Steigerungen der Löhne und Gehälter als auch die Preisentwicklung im Energiebereich die Fixkosten entsprechend erhöhen werden. Die Koppelung der Entwicklung der Basisfallwerte an die Grundlohnsummensteigerung entspricht schon bisher nicht der tatsächlichen Kostenentwicklung im Krankenhaus. Tarifsteigerungen, insbesondere im ärztlichen Dienst, sowie anteilig auch in den anderen Diensten, in Verbindung mit deutlichen Kostensteigerungen bei den Sachkosten führen schon allein und seit geraumer Zeit zu einer defizitären Entwicklung. Weiterhin zeigt auch die Preisentwicklung der medizinischen Verbrauchsgüter nach oben, so dass fallabhängige, variable Mehrkosten zu erwarten sind.

Die demographische Entwicklung im Kontext des medizinischen Fortschritts führt zwangsläufig zur vermehrten Nachfrage nach notwendigen Krankenhausleistungen. Schon in der jetzigen Situation ist es so, dass diese vermehrten Leistungen in der Regel zunächst von den Kliniken in Vorleistung erbracht werden und die Budgetwirksamkeit erst im Folgejahr eintritt. Die Krankenhäuser gehen also immer ein Jahr in Vorleistung. Nunmehr wird durch die geplanten Regelungen statt wie bisher 100 Prozent nur noch 70 Prozent der Leistung im Folgejahr budgetwirksam. Die weitere, darüber hinausgehende Entwicklung ist stark verbunden mit der Unsicherheit ein zufriedenstellendes Verhandlungsergebnis mit den Kostenträgern erzielen zu können.

Der Gesetzesentwurf vermittelt den Eindruck, eine verstärkte Leistungsnachfrage würde in erster Linie durch Wachstumsbestrebungen der Krankenhäuser verursacht. Nur in diesem Falle wäre das Vorhaben des Gesetzesentwurfes verständlich. Das Bild in den Krankenhäusern ist jedoch ein völlig anderes. Leistungsausweitungen sind durch veränderte gesellschaftliche Bedingungen wie z.B. die schon angeführte demographische Entwicklung, sowie die damit verbundene Zunahme entsprechender Erkrankungen verursacht. Auch der medizinische und pflegerische Fortschritt führt dazu, dass immer mehr Krankheiten erfolgreich therapiert werden, was in der Folge natürlich auch zu verstärkter Leistungsnachfrage führt.

Festzulegen, dass Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate wachsen dürfen, bedeutet u. E. eine eindeutige Beschneidung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Da diese Regelung bei Erreichen der Wirtschaftlichkeitsgrenze der Leistungserbringer mit großer Wahrscheinlichkeit das Regeln an der größten „Fixkostenschraube“, den Personalkosten, erwarten lässt, sind Versorgungsengpässe vorprogrammiert. Die Kliniken haben nicht die Reserven weitere defizitäre Entwicklungen ohne deutliche Einsparungen wirtschaftlich zu verkraften. Als größte Berufsgruppe wird die Pflege daran erneut sehr wesentlich beteiligt sein. Dieses lehren auch die Erfahrungen der letzten Jahre sehr deutlich. Die qualitativen Auswirkungen sind auch den politisch Verantwortlichen ganz sicher hinlänglich bekannt. Nicht zuletzt das ‚Pflege-Thermometer 2009‘ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung in Köln (dip) belegt die Unterversorgung der Patienten und die Überlastung der Pflegenden.

Diese Erkenntnis hat letztlich die vorige Regierung bewogen, 2009 das Förderprogramm Pflege in das Krankenhausentgeltgesetz aufzunehmen. Damit sollte der Stellenabbau gestoppt und rund 17.000 neue Stellen geschaffen werden. Schon jetzt gibt es die Erkenntnis, dass die Umsetzung dieses Programms nur teilweise gelingt, denn etwa ein Drittel der Krankenhäuser (diejenigen, die überproportional Pflegepersonal abgebaut hatten?) nutzen das Programm nicht. Das Programm ist darauf ausgelegt, ab 2012 in das DRG-System integriert zu werden. Mit dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf besteht aus unserer Sicht die Gefahr, dass das berechnete Förderprogramm und die Verstärkung des geplanten Effektes ausgehebelt wird.

Für die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken bedeutet die Absicht, die Krankenhausbudgets in den Jahren 2010/2011 nur noch um die halbe Veränderungsrate der Grundlohnsomme zu erhöhen, dass eine Unterfinanzierung der Standards der Psychiatriepersonalverordnung erneut in Kauf genommen wird. Nach Jahren der „Budgetdeckelung“ sind die Möglichkeiten der psychiatrischen Kliniken, Einsparungen bei den Sachkosten und Serviceleistungen zu generieren, absolut ausgeschöpft, so dass Personalstellen insbesondere im Pflegedienst (als größte Berufsgruppe), aber auch bei Ärzten und Therapeuten, reduziert werden müssen, um die nicht durch zusätzliche Erlöse gedeckten Kostensteigerungen zu kompensieren.

Das bedeutet zusätzlich, dass die Erwachsenen- und die Kinder- und Jugendpsychiatrien 2013 ohne angemessene Personalausstattung in das neue Entgeltsystem starten müssen und diesen Mangel systembedingt nicht mehr aufholen können.

Die Sicherstellung durch die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes, dass z. B. bisher aus Elternbeiträgen und Spenden finanzierte Leistungen in der pädiatrischen Onkologie, die in die Regelfinanzierung übergehen, nicht bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts absenkend berücksichtigt werden, hat u. E. bestenfalls eine Alibifunktion für den Gesamtentwurf. Wir halten es für „einigermaßen politisch abenteuerlich“, Elternbeiträge und Spenden, also freiwillige Leistungen einer Gesellschaft, überhaupt in Bezug zu den Regelungen einer Krankenhausfinanzierung zu setzen.

Interessanterweise wird die Regelung in § 10 Absatz 13 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgehoben. Diese Vorschrift sieht vor, dass vom BMG ein gesetzlicher Verfahrensvorschlag zur Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert vorzulegen ist, sofern die bis zum 30. Juni 2011 in Auftrag zu gebende wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt. Zugunsten einer Aufrechterhaltung von Preisunterschieden, die einen gewissen Preiswettbewerb zwischen Ländern eröffnen, wird die hierdurch angelegte Etablierung einer Konvergenz zu bundeseinheitlichen Krankenhauspreisen aufgehoben. Wünschenswert wäre es gewesen, im Vorfeld dieses Entwurfes rechtzeitig entsprechende länderübergreifende Überlegungen auf Grundlage gesicherter Erkenntnisse anzustrengen.

Schlussbemerkung:

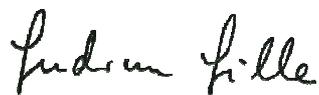
Die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern werden sich für die Pflegenden weiter deutlich verschärfen. Unterfinanzierte Mehrleistungen, bei gleichzeitiger immer aufwändiger werdender Pflegebedürftigkeit der Patienten, führen zur weiteren Steigerung des Arbeitsdrucks und zur Verschärfung der Unterversorgung. Eine weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und damit der Versorgung der Patienten ist aber weder gegenüber den Berufsangehörigen noch der Gesellschaft zu verantworten.

Als weitere Folge wird auch die Ausbildung quantitativ und qualitativ leiden. Dieses wird die ohnehin zunehmend schwierigere Situation der Fachkraftgewinnung weiter verschärfen. Dabei wäre es zwingend, jetzt alle Weichen zu stellen, um die Pflegeberufe so attraktiv zu gestalten, dass wir überhaupt

Chancen haben, annähernd genügend junge Menschen für diese Berufe zu gewinnen. Das gilt umso mehr, als alle Branchen im Wettbewerb um gute Schulabgänger stehen.

Zielführendes Sparen würde voraussetzen, dass sich der Gesetzgeber ein differenziertes und ausgewogenes Urteil bildet, wo die tatsächlichen Effizienzreserven, Synergien und Möglichkeiten der Ressourcenbündelung liegen und wie diese gehoben werden können. Dabei würde man dann feststellen, dass es keiner vordergründig Kosten einsparender Regelung, sondern struktureller Veränderungen bedarf. Diese müssten dann allerdings nachhaltig und langfristig ausgerichtet sein, um die angestrebten Effekte zu erzielen.

Berlin, 20. Oktober 2010



Gudrun Gille
Präsidentin