Anlage 2

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

11. Juli 2006

Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu den Eckpunkten einer Gesundheitsreform 2006

Konzeptionslose Finanzierungsmaßnahmen
Keine Lösung der GKV-Einnahme-Problematik
Enttäuschende Strukturreform

Die DKG appelliert an die Bundestags-Fraktionen von CDU/CSU und SPD, die Eckpunkte zur Gesundheitsreform grundlegend zu überarbeiten und die Kürzung der Krankenhausvergütungen um 500 Mio. Euro zurückzunehmen.

Krankenhäuser können keinen Sanierungsbeitrag für die GKV leisten

Die DKG fordert mit Nachdruck, die beabsichtigte Erhebung eines „Sanierungsbeitrags" der Krankenhäuser in Höhe von 1 Prozent der Budgets umgehend aus den Eckpunkten einer Gesundheitsreform zu streichen. Die Kürzung ist willkürliche Kostendämpfung, ignoriert die schwierige Finanzsituation der Krankenhäuser und geht massiv zu Lasten der Beschäftigten und Patienten.

Die Koalition zieht aus der überdurchschnittlichen Steigerungsrate für Krankenhausleistungen im ersten Quartal 2006 (+ 5,8 Prozent) offensichtlich den Schluss, dass sich aus den Krankenhausbudgets beliebig weitere Millionen herausquetschen ließen. Das erste Quartal ist jedoch anerkanntermaßen nicht aussagekräftig und statistisch absolut instabil aufgrund periodenübergreifender Leistungs- und Abrechnungsvorgänge. Tatsache ist, dass derzeit gegenüber den Krankenkassen Rückzahlungsverpflichtungen der Krankenhäuser in Millionenhöhe bestehen, die die Ausgabenentwicklung der KV-45 für das erste Quartal 2006 künstlich erhöhen (statistischer Artefakt). Durch den Abschluss der Budgetverhandlungen für 2006 werden diese Rückzahlungsverpflichtungen zur Absenkung der Ausgaben in den folgenden KV-45 Statistiken führen.

Darüber hinaus beruht ein Teil der Ausgabensteigerung auf gesetzlich bedingten Mehrkosten infolge der Umwandlung von AiP-Stellen in Vollzeitstellen, der Reform der Pflegeausbildung sowie der weiteren Kosten für die Überführung des Bereitschaftsdienstes in voll anzurechnende Arbeitszeit. Diese Mehrkosten dürfen nicht zu Lasten der Krankenhäuser uminterpretiert werden. Soweit Ausgabensteigerungen aufgrund von Mehrleistungen entstanden sind, wurden

Patienten behandelt und sind den Krankenhäusern entsprechend Kosten entstanden. Wir sprechen bewusst von der leistungsorientierten Vergütung und davon, dass das Morbiditätsrisiko von den Krankenkassen zu tragen ist und das Geld den Leistungen folgen sollte.

Insgesamt stellen sich die Lasten, die die Krankenhäuser in diesem und in den Folgejahren zu tragen haben, wie folgt dar:

1. Die Tarifabschlüsse (TVöD/TdL) sowie die noch ausstehenden mit dem Marburger Bund führen zu Mehrkosten von ca. 1,5 Mrd. Euro. Eine Refinanzierung findet nur bis zur Höhe von 0,63 Prozent (Grundlohnrate) statt. Darüber hinausgehende Kosten werden nicht refinanziert, weil die rechtlichen Bedingungen (Pflegesatzrecht) eine Weitergabe an die Krankenkassen und in die Preise verbieten (Grundlohn-Deckelung).

2. Die Erhöhung der Mehrwertsteuer führt ab 2007 zu Mehrausgaben von 500 Mio. Euro. Auch hier ist eine Weiterleitung in die Vergütungen nicht möglich.

3. Arbeitszeitgesetz/EU-Rechtsprechung verpflichtet, Bereitschaftsdienste in Arbeitszeit zu überführen. Die Umstellung ist bislang in weniger als 50 Prozent der Fälle erreicht. Die Mehrkosten der gesamten Umstellung belaufen sich auf ca. 2 Mrd. Euro. Das Refinanzierungsprogramm der Bundesregierung sieht einen jährlichen Budgetzuschuss von nur 100 Mio. Euro vor. Dies deckt die tatsächlichen Kosten bei weitem nicht. Die Mehrkosten von 1,3 Mrd. Euro können ebenfalls nicht in die Vergütungen eingebracht werden.

4. Seit drei Jahren müssen jährlich 1 Prozent Budget-Kürzung (ca. 500 Mio. Euro) für die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung aufgebracht werden.

5. Der reale Wert und in vielen Fällen auch der nominale Wert der Investitionszuschüsse der Länder sinkt von Jahr zu Jahr.

6. Daneben bestehen hohe Anpassungslasten, die von etwa einem Drittel der Krankenhäuser durch die Absenkung der Budgets in Folge der Überführung der Vergütungen auf landeseinheitliche Preise im Rahmen des DRG-Konvergenzprozesses getragen werden müssen. Alle Krankenhäuser sehen sich durch die Einführung des neuen Vergütungssystems hohen Investitionserfordernissen ausgesetzt - insbesondere auch im administrativen Bereich.
   Hinzu kommen massive Kostenbelastungen durch gesetzliche Auflagen, wie dem Naturalrabattverbot beim Bezug von Arzneimitteln bis hin zu ständig steigenden Anforderungen an die Qualitätssicherung, sicherheitstechnischen Anforderungen, wie der Röntgenverordnung, oder abfallwirtschaftlichen Vorgaben.

In dieser ohnehin äußerst schwierigen Lage soll nun auch noch ein Solidarbeitrag in Höhe von 500 Mio. Euro (1 Prozent) durch pauschale Kürzung der Vergütungen um 1 Prozent von jedem Krankenhaus und eine neue Anschubfinanzierung von ½ Prozent für ambulante Behandlungen (250 Mio. Euro) erbracht werden.
„Sanierungsbeitrag", Integrationsbeitrag und der Beitrag für hochspezialisierte Leistungen summieren sich auf 2,5 Prozent Budgetkürzungen, die für sich

genommen bereits nicht zu verkraften sind. Zusammen mit den dargestellten nicht refinanzierten Kostensteigerungen entsteht eine Überlast, die die Existenz vieler Krankenhäuser bedroht. Die Krankenhäuser können deshalb keinen Sanierungsbeitrag für die gesetzlichen Krankenkassen leisten. Sie brauchen vielmehr die Hilfe des Gesetzgebers, um den außerordentlichen Personalkostenanstieg der Tarifrunde 2006 und die Lasten aus der Erhöhung der Mehrwertsteuer refinanzieren zu können. Die DKG fordert den Gesetzgeber auf, die Refinanzierung dieser Kosten durch einen gesetzlichen Zuschlag sicher zu stellen.

L A S T E N der Krankenhäuser

Nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform geplant:

- Minus 500 Millionen Euro (1-Prozent-Zwangsabgabe)
- Minus 500 Millionen Euro (Verlängerung Anschubfinanzierung Integrierte Versorgung)
- Minus 250 Millionen Euro (neue Anschubfinanzierung hochspezialisierte Leistungen)

Gesetzlich- und tarifbedingte Kosten- und Ausgabensteigerungen:

- 1,5 Milliarden Euro (TVöD-Umstellung, neue und erwartete Tariferhöhungen für Klinikärzte)
- 1,3 Milliarden Euro (erwartete Mehrkosten durch Änderung Arbeitszeitgesetz)
- 500 Millionen Euro (gesetzliche Vorgaben Abschaffung AiP, Pflegeausbildung, DRG-Systemkosten)
- 500 Millionen Euro (Mehrwertsteuererhöhung ab 2007)
- 1 Milliarde Euro (durch gesetzliche Auflagen wie Naturalrabattverbot, steigende Anforderungen an Qualitätssicherung, sicherheitstechnische Auflagen)

Investitionsstau:

- 50 Milliarden Euro Investitionsstau wegen ausbleibender gesetzlich vorgesehener Investitionsfinanzierung durch Bundesländer

Gesetzlich begrenzte maximale B U D G E T S T E I G E R U N G der Krankenhäuser:

- Plus 300 Millionen Euro (für 2006: 0,63 Prozent der Krankenhausbudgets)

Die Kumulation der finanziellen Lasten verschärft die eklatante Unterfinanzierung der Krankenhausversorgung, verschlechtert die ohnehin schwierigen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern und die medizinische Versorgung für die Patienten. Für die Patienten wird dies wie folgt spürbar werden:

- Es wird zu einem unkontrollierten Krankenhaussterben kommen, so dass eine flächendeckende Versorgung nicht mehr sichergestellt werden kann. Tatsache ist, dass nach verschiedenen unabhängigen Studien bereits heute 25 Prozent der Krankenhäuser akut von Schließungen bedroht sind.

- Eine Reduzierung des Leistungsangebotes führt zwangsläufig zu Wartelisten.

- Die verbleibenden Krankenhäuser werden massiv im Personalbereich einsparen müssen, wodurch zwangsläufig die Qualität der Patientenversorgung leiden wird.

- Für Investitionen in neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden keine finanziellen Mittel mehr aufgebracht werden können.

Wenn dies die Intention der Koalition sein sollte, muss sie sich auch gegenüber der Bevölkerung offen dazu bekennen.

Keine Lösung der GKV-Einnahme-Problematik

Der Gesundheitsfonds ist in seiner in den Eckpunkten skizzierten Ausgestaltung keine Antwort auf die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Modell beinhaltet keine Lösung für die aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt resultierenden Herausforderungen. Außerdem ist der Fonds nicht geeignet, das enorme Wachstumspotential der deutschen Gesundheitswirtschaft frei zu setzen.

Eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis der GKV erfolgt nicht. Die Beiträge werden weiterhin ausschließlich lohnbezogen auf Grundlage der bisherigen Bemessungsgrenze erhoben. Zudem kehrt die Bundesregierung mit den vorgesehenen Steuerzuschüssen letztlich auf einen ordnungspolitischen Weg zurück, den sie im Zuge der Haushaltskonsolidierung durch die Streichung der Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen gerade erst verlassen hatte. Insoweit ist dies kein Fortschritt sondern die bloße Korrektur eines Rückschritts, die noch dazu nur halbherzig vollzogen wird. Denn das nun vorgesehene Steuervolumen liegt mit 3 Mrd. Euro in 2009 deutlich niedriger als der gerade erst gestrichene Zuschuss aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. Euro pro Jahr.

Die Entkopplung der GKV-Finanzierung von den Lohnnebenkosten bleibt die Bundesregierung ebenfalls schuldig. Zwar wird der Beitragssatz für die Arbeitgeber zunächst festgeschrieben. Vorgesehen ist aber, dass zukünftige Kostensteigerungen in der GKV von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen durch entsprechende Beitragssatzanpassungen zu tragen sind.
Unklar ist deshalb, welche Vorteile der Gesundheitsfonds gegenüber dem hergebrachten Finanzierungssystem der GKV haben soll. Hinsichtlich des Beitragseinzugs entstünden neue Strukturen, bei denen zweifelhaft wäre, ob sie tatsächlich effizienter funktionieren als die bestehenden. Für eine Modifikation des Risikostrukturausgleichs ist keine Systemänderung erforderlich.

Damit bleibt als möglicher Vorteil des Gesundheitsfonds nur eine potenzielle Verschärfung des Beitragswettbewerbs zwischen den Kassen infolge der kassenindividuellen Zusatzbeiträge. Hier ist zu befürchten, dass der derzeitige reine Kostensenkungswettbewerb zwischen den Kassen noch zunehmen wird. Die Folge werden weitere Einsparungen der Kassen zu Lasten der Qualität der Leistungen sein. Darüber hinaus wird infolge der Kostenkontrollbemühungen der Kassen die

nicht sachgerechte Misstrauens- und Gängelungsbürokratie zu Lasten der Leistungserbringer weiter zunehmen. Um diesen Problemen zu begegnen sind insbesondere hinsichtlich der willkürlichen Kontrollbürokratie der Kassen Regelungen zum Schutz der Leistungserbringer dringend notwendig.

Enttäuschende Strukturreform

Die Eckpunkte zur Strukturreform im Leistungsbereich sind entgegen aller Ankündigungen der Koalition mutlos. Anstatt die Trennung der Leistungsbereiche konsequent weiter aufzuheben, bleibt es bei der Dominanz der Kollektivverträge in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung soll zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben. Die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser bleibt auf dem Stand 01.01.2004.

Im Einzelnen:

Zur Finanzierung integrierter Versorgungsverträge

Die Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Integrationsversorgung muss auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Aufbringung der Mittel über die von Krankenhäusern und Vertragsärzten zu tragende Umlage führt zur Unterfinanzierung der im Regelsystem zu erbringenden Leistungen und ist kein zukunftsfähiger Weg. Vielmehr muss eine eigene Finanzierungsquelle geschaffen werden, die nicht aus bereits erwirtschafteten Vergütungen gespeist wird.

Eine Verlängerung der Anschubfinanzierung kann daher nur als eng befristete Übergangslösung mitgetragen werden.

Dabei muss aber dringend gesetzlich klargestellt werden, dass bei einer Verlängerung der Anschubfinanzierung der Zeitraum 01.01.2004 bis 31.12.2006 (Dauer der Anschubfinanzierung nach geltendem Recht § 140 d SGB V) komplett abzurechnen ist. Dies ist um so mehr erforderlich, als die Dauer der Verlängerung sich offensichtlich nach dem Zeitpunkt der Einführung eines neuen vertragsärztlichen Honorarsystems bemessen soll, welcher permanent verschoben wird.

Die DKG begrüßt, dass die Krankenkassen zur Erhöhung der Transparenz verpflichtet werden sollen, der von KBV, DKG und GKV auf freiwilliger Basis eingerichtete gemeinsamen Registrierungsstelle die Inhalte ihrer IV-Projekte offen zu legen und gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel plausibel darzulegen.
Konsequenter Weise muss dann aber auch die Registrierungsstelle nebst ihrer Prüf- und Auskunftspflichten verbindlich im Gesetz verankert werden.

Zum Inhalt integrierter Versorgungsverträge

In den Eckpunkten spricht sich die Koalition für eine Ausrichtung der integrierten Versorgung auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung aus. Dies deutet auf die Entwicklung neuer geplanter Strukturen hin.

Eine Beschränkung der integrierten Versorgung auf die Behandlung einer oder mehrerer versorgungsrelevanter Volkskrankheiten oder das gesamte Krankheitsgeschehen versicherter Personen ist aus Sicht der DKG kontraproduktiv und würde dem System die Chance für innovative Versorgungsansätze nehmen. Zudem würde der integrierten Versorgung der Charakter von Disease-Management-Programmen zukommen und die Wettbewerbsorientierung der Akteure an Bedeutung verlieren. Ausschlaggebend für die integrierte Versorgung muss der medizinische Nutzen für den Patienten sein.

Finanzierung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V

Völlig unverständlich sind die Eckpunkte zur Umsetzung des § 116 b SGB V.

Richtig ist, dass sich die Krankenkassen eine Umsetzung der Regelung aufgrund einer fehlenden Finanzierungsregelung verweigert haben. Das zentrale Argument ist, dass nach § 116 b SGB V mögliche ambulante Leistungen des Krankenhauses bereits von den Krankenkassen in der vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert würden und es somit aufgrund fehlender Möglichkeiten der Bereinigung des vertragsärztlichen Budgettopfes zur Doppelfinanzierung von Leistungen käme.

Falsch ist die politische Konsequenz, einen Finanzierungstopf zu schaffen, der durch pauschale Kürzung die Krankenhausbudgets um 0,5 Prozent gespeist werden soll, obwohl die Leistungen bislang im vertragsärztlichen Budget vergütet wurden.
Darüber hinaus sind pauschale Kürzungen aller Krankenhäuser zur Finanzierung von hochspezialisierten Leistungen verfehlt. Leistungen im Sinne des § 116 b SGB V können aufgrund notwendiger Qualifikationen nur von bestimmten Krankenhäusern angeboten werden. Folglich besteht für viele Krankenhäuser überhaupt nicht die Möglichkeit zum Abschluss entsprechender Verträge.

Schließlich macht es keinen erkennbaren Sinn, einen eigenen Finanzierungstopf für § 116 b SGB V schaffen zu wollen, gleichzeitig aber eine Vereinbarung von entsprechenden ambulanten Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V mit einer anderen Finanzierungssystematik (Anschubfinanzierung) befördern zu wollen.

Eine weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die Erbringung von ambulanten Leistungen erfolgt hierdurch nicht. Entsprechende Vertragskonstruktionen sind bereits nach den geltenden Regelungen des GMG möglich.

Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, ob Einzelvertragswettbewerb überhaupt geeignet ist, eine qualitativ bessere und/oder durchgängige Versorgung der Versicherten in diesen Krankheitsfeldern zu erreichen.

Die DKG spricht sich dafür aus, hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf in die Systematik des § 115b

SGB V zu überführen und dort zweiseitig weiterzuentwickeln. Krankenhäuser, die die erforderlichen Voraussetzungen für die Behandlung haben, hätten dann einen gesetzlichen Zulassungsanspruch zur ambulanten Leistungserbringung.

Gemeinsamer Bundesausschuss auf dem Weg zum staatlichen Gesundheitsrat

Die Selbstverwaltung wird durch die vorgesehenen hauptamtlichen Strukturen ad absurdum geführt und noch weiter verbürokratisiert. In Verbindung mit der Zentralisierung der Krankenkassenträger unter einem neuen Dachverband entsteht ein staatsnaher monopolistischer Einnahmen- und Ausgabensteuerungskomplex, der fairen Wettbewerb und Interessensausgleich eher unwahrscheinlich macht. Die Eckpunkte zum GBA werden von der DKG abgelehnt.

Die Entscheidungsgremien im G-BA sollen künftig von Hauptamtlichen besetzt werden, die in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Der Selbstverwaltungsgedanke, wie ihn die DKG versteht, würde damit pervertiert. Die Entscheidungen des G-BA würden noch stärker aus dem übrigen konsensorientierten Handeln der Selbstverwaltung heraus gebrochen. Der G-BA würde noch stärker ein von der herkömmlichen Selbstverwaltung autonomes, untergesetzliches und staatsnahes Gebilde werden.

In diesem Zusammenhang würde eine Integration von Institutionen und Gremien außerhalb des G-BA in dessen Aufgaben- und Arbeitsstruktur diese Tendenz weiter verstärken.

Bürokratieabbau konsequent betreiben

Die DKG begrüßt, dass der Abbau von vermeidbarer Bürokratie im Gesundheitswesen vorangetrieben werden soll.

Für die Krankenhäuser ungelöst ist bislang die Überlastung wegen der steigenden Zahl von Einzelfallprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Die teilweise exzessive Anwendung dieses Kontrollinstrumentes durch die gesetzlichen Krankenkassen führt in den Krankenhäusern zu einem enormen Verwaltungsaufwand. So sind in größeren Einrichtungen inzwischen mindestens zwei Mediziner in Vollzeit notwendig, um die Anfragen des MDK zu bearbeiten.

Unverantwortlich ist hierbei die Strategie einiger Krankenkassen, bis zu 80 Prozent der Abrechnungen anzuzweifeln und die hierfür fälligen Zahlungen wegen laufender Einzelfallprüfungen zurückzuhalten. Das Recht der Krankenkasse zur Prüfung im Einzelfall wird hier für andere betriebliche Zwecke missbraucht. Den Krankenhäusern entsteht dadurch erheblicher Schaden. Unbestritten bleibt die im Gesetz verankerte Pflicht der Krankenkassen „bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung (...) eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen" (§ 275 Abs. 1 SGB V). Die bürokratische und finanzielle Belastung der Krankenhäuser darf hierbei jedoch ein vertretbares Maß nicht überschreiten. Die gesetzlichen Grundlagen für die Einzelfallprüfungen durch den MDK (§§ 275 ff SGB V) müssen entsprechend modifiziert werden.

Die DKG begrüßt daher die Absicht, die Aufgaben des MDK den aktuellen Herausforderungen anpassen zu wollen.

Soweit Überlegungen der Arbeitsgruppe Bürokratieabbau weiterverfolgt werden sollten, die Daten zur Entwicklung des DRG-Systems (§ 21 KHEntG) auch für die Belange der Qualitätssicherung nutzen zu wollen, wird dies abgelehnt. Eine Ausweitung der gesetzlichen Zweckbindung auf die Belange der Qualitätssicherung ist nicht sinnvoll. Die Daten zur Entwicklung des DRG-Systems sind für die Zwecke der Qualitätsmessung und -bewertung nicht geeignet.