



Lothar Binding
Mitglied des Deutschen Bundestages

Berliner Büro
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Tel: (030) 227 -73144
Fax: (030) 227 -76435
eMail Berlin:
lothar.binding@bundestag.de

Lothar Binding, MdB * Platz der Republik 1 * 11011 Berlin

An
Herrn Dr. Wilfried Müller
Weizenstr. 12

69189 Mühlhausen

Bürgerbüro Heidelberg/Weinheim
Bergheimer Straße 88
69115 Heidelberg
Tel: (06221) 18 29 28
Fax: (06221) 61 60 40

eMail Heidelberg und Weinheim:
lothar.binding@wk.bundestag.de
Homepage: www.lothar-binding.de

Berlin, den 13. November 2008

Krankenhausfinanzierung

Sehr geehrter Herr Müller,

vielen Dank für Ihren Serienbrief vom 2. Oktober 2008. Sie beziehen sich auf den vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009, dem sogenannten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG. In diesem Zusammenhang weisen Sie zu Recht auf die gegenwärtig schwierige wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hin.

In meinen Ausführungen greife ich in Teilen auf eine Argumentation der Arbeitsgruppe Gesundheit in der SPD-Bundestagsfraktion sowie auf Informationen aus dem Bundesministerium für Gesundheit zurück. Bei einem Praktikum im Universitätsklinikum Heidelberg konnte ich mir vor wenigen Tagen direkt vor Ort einen Einblick in die Arbeit des Personalrats, der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, der Chirurgie und auch auf Station verschaffen. Diese Erfahrungen fließen in meine Überlegungen mit ein.

Uns ist bewusst, dass Handlungsbedarf besteht, und uns ist bekannt, dass unter den Krankenhäusern erhebliche Unterschiede bzgl. der wirtschaftlichen Situation herrschen.

In Zukunft muss verstärkt sichergestellt werden, dass die knappen Mittel, die im Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, sinnvoll eingesetzt werden. Wie Sie richtig beschreiben, sind die Ursachen der Situation in der Gesundheitsversorgung und die für unsere Entscheidungen zu berücksichtigenden Parameter vielfältig.

An erster Stelle stehen gestiegene Personal- und Sachkosten, die nach geltendem Krankenhausfinanzierungsrecht nicht auf die von den Krankenkassen und Krankenversicherungen finanzierten Fallpauschalen umgelegt werden können. Die Situation spitzt sich zu, weil wie auch Sie schreiben, die Länder ihren Verpflichtungen zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen nicht in ausreichendem Umfang nachkommen. Seit 1972 teilen sich Bund und Länder die Finanzierung der Krankenhäuser. Die Investitionskosten beispielsweise für Baumaßnahmen sind

von den Ländern zu tragen, die Kosten für die Behandlung und Pflege werden von den Krankenkassen aufgebracht, für deren Rahmenbedingungen der Bund zuständig ist.

Krankenhäuser bezahlen notwendige Investitionen teilweise zweckwidrig aus den Geldern für die Patientenversorgung. Dies führt zwangsläufig zu einem verschärften Abbau von Pflegepersonal in den Krankenhäusern, zur Überbelastung der verbleibenden Pflegekräfte und zu einer Gefährdung der Qualität der pflegerischen Versorgung. Ihr Anliegen, die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern, rücke ich deshalb besonders in den Vordergrund.

In den letzten 10 Jahren sind rd. 50.000 Pflegestellen abgebaut worden. Gleichzeitig hat die Belastung des Pflegepersonals durch medizinische und technische Entwicklungen, Arbeitsverdichtung, demografische Veränderungen sowie steigende Versorgungsintensität zugenommen. Beispielsweise ist die Fallzahlbelastung im Krankenhaus innerhalb von sieben Jahren, zwischen 2000 bis 2006, pro Pflegestelle um acht Prozent gestiegen, während die Zahl der Fälle pro Arzt im selben Zeitraum um 15 Prozent gefallen ist.

Dass es trotz dieses Einschnitts nicht zu einer Abnahme der Behandlungsqualität gekommen ist, ist insbesondere auch dem großen Einsatz der Beschäftigten in den Krankenhäusern zu verdanken. Wir treten deshalb besonders im Interesse der Beschäftigten in den Krankenhäusern aber auch im Sinne der Patientinnen und Patienten dafür ein, Lösungen zu finden, um die finanzielle Situation der Krankenhäuser zu verbessern.

In der Vergangenheit kam es bereits zu Entlastungen:

- Die Krankenhäuser wurden im Bereich der Personalkosten durch die zum Jahresbeginn 2007 erreichte Absenkung der paritätisch finanzierten Sozialversicherungsbeiträge von 41 auf 39,7 Prozent um mindestens rd. 160 Mio. bis zu 270 Mrd. € entlastet.
- Durch die erneute Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung, der zum 1. Januar 2008 von 4,2 Prozent auf 3,3 Prozent reduziert wurde, werden die Krankenhäuser um weitere rd. 95 bis 160 Mio. Euro pro Jahr entlastet.
- Des Weiteren ist die Anhebung des Beitrags zur Pflegeversicherung zum 1. Juli 2008 um 0,25 Beitragssatzpunkte zu berücksichtigen.

Gegenüber dem Jahr 2006 ergibt sich insgesamt im Jahr 2008 eine Entlastung der Personalkosten im Bereich von rd. 260 bis höchstens 430 Mio. Euro. Die erfreuliche Entwicklung der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Monaten, der Wegfall des Sparbeitrags der Krankenhäuser in Höhe von 0,5% zum 31.12.2008 und das Auslaufen der Anschubfinanzierung der Integrationsverträge ebenfalls zum 31.12.2008 werden zusätzliche Einnahmen für die Krankenhäuser in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro ermöglichen.

Die Tatsache, dass der Zuwachs der Krankenhausaussgaben in den letzten Jahren trotz Grundlohnratens von unter 1 Prozent deutlich höher ausfiel, 2005 und 2006 bei jeweils annähernd 3 Prozent, zeigt, dass die These einer strikten Grundlohnorientierung der Krankenhausaussgaben nicht der Realität entspricht. Die Grundlohnrate bedeutet in diesem Zusammenhang die Entwicklung der Bruttolöhne der GKV-Versicherten.

Die Grundlohnrate wird aus der Lohnentwicklung gegenüber des Vorjahres abgeleitet und sie ist die gesetzliche Obergrenze für die Kostenzuwächse beispielsweise im Krankenhausbereich. Die Grundlohnrate wird auf Basis der von den gesetzlichen Krankenkassen gelieferten Berichte ihrer Einnahmen, den Beiträgen der Versicherten, errechnet. Ausschlaggebend dafür ist u.a. die Entwicklung am Arbeitsmarkt, d.h. die Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Jobs sowie die allgemeine Lohnentwicklung der GKV-Versicherten. Wenn also mehr Menschen höhere Sozialbeiträge abführen, erhalten die Krankenhäuser mehr Finanzmittel.

Seit 1993 sind die Krankeneinnahmen an die Grundlohnsumme gebunden, unabhängig von den realen Kostensteigerungen für die Krankenhäuser. Das deutsche Gesundheitswesen ist damit seit den 1990er Jahren durch Budgetierung geprägt. Dadurch wird gesetzlich festgelegt, dass pro Kalenderjahr in einem bestimmten Ausgabenbereich, hier im Krankenhausbereich, für alle Versicherten der GKV nur eine Geldmenge ausgegeben werden darf. Die Geldmenge entspricht der des Vorjahres. Hinzukommen Mittel in Höhe des Prozentsatzes der Grundlohnsummensteigerung.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass wenn sich die Grundlohnraten unter 1 % bewegen, die Krankenhäuser unterfinanziert sind. Denn Kostenfaktoren, wie die diesjährigen Tarifsteigerungen für Angestellten nach dem Tarifvertrag des Öffentlichen Dienstes sowie steigende Energiekosten erhöhen die Ausgaben der Krankenhäuser. Die Ausgaben liegen damit über den Einnahmen durch die Grundlohnsteigerung.

Vergleicht man den zurückliegenden 5- Jahreszeitraum, so erhöhten sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Krankenhausbereich von rd. 46 Mrd. Euro im Jahr 2002 um 4 Mrd. Euro auf über 50 Mrd. Euro im Jahr 2006. Dies entspricht einem Zuwachs von plus 8,7 Prozent. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, dass das Programm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen, die Mehrkosten infolge der AIP-Abschaffung und die Mehrkosten durch das Krankenpflegegesetzes den Handlungsrahmen weiter eingeschränkt haben.

... Das Bundeskabinett hat am 24. September den Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) beschlossen. Der Gesetzesentwurf enthält neben finanziellen Maßnahmen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser verschiedene strukturelle Maßnahmen. Dazu gehören u. a. erste Schritte zu einer grundlegenden Neuausrichtung der Investitionsfinanzierung. Für die Zukunft soll zudem von der bisherigen ausschließlichen Anbindung der Krankenhauspreise an die sog. Grundlohnentwicklung abgegangen werden.

Ich zitiere aus einem Brief der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion zu den Inhalten im Einzelnen:

„Finanzierung von Tarifsteigerungen

Ab dem Jahr 2009 werden die für die Jahre 2008 und 2009 tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen zu 50 Prozent anteilig durch die Krankenkassen refinanziert, soweit diese Erhöhungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen überschreiten.

Förderprogramm 21.000 Stellen im Pflegedienst

Zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern wird ein Förderpro-

gramm eingeführt, wodurch in drei Jahren bis zu 21.000 zusätzliche Stellen im Pflegedienst zu 70 Prozent anteilig durch die Krankenkassen finanziert werden. Beide Maßnahmen wirken dauerhaft, da die zusätzlichen Mittel in die Landesbasisfallwerte eingepreist werden. Dies ist bei der Refinanzierung der Tarifsteigerungen bereits 2009 der Fall, beim Förderprogramm Pflege im Jahr 2012.

Aufhebung des Rechnungsabschlages von 0,5 Prozent zum 1. Januar 2009

Der Rechnungsabschlag in Höhe von 0,5 Prozent bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten wird - rückwirkend - zum 1. Januar 2009 gestrichen.

Aufhebung der strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise

Voraussichtlich ab dem Jahr 2011 wird ein neuer Orientierungswert für die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich als Alternative zur bisherigen strikten Grundlohnbindung der Krankenhauspreise verwendet. Dieser neue Kostenindex wird jetzt zeitnah entwickelt. Die strikte Bindung der Krankenhauspreise (auch Deckelung genannt) an die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen wird in Zukunft durch Berücksichtigung der krankenhausspezifischen Kostenentwicklung relativiert. Zu betonen ist, dass sich das Budget des einzelnen Krankenhauses bereits seit 2005 dynamischer oder weniger dynamisch als die Grundlohnrate entwickeln kann und somit nicht gedeckelt ist.

Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie

Der Gesetzentwurf sieht auch für die Psychiatrie und die Psychosomatik ein pauschalierendes Vergütungssystem vor. Für diese Einrichtungen wird der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines eigenständigen, pauschalierten Vergütungssystems erteilt, bei dem grundsätzlich die Vergütung auf der Basis von Tagespauschalen erfolgt.

Zudem ist eine verbesserte Finanzierung der Psychiatrie vorgesehen, um die bestehende Situation der Personalbesetzung in der Psychiatrie zu optimieren. Darüber hinaus bezieht sich die genannte anteilige Refinanzierung von tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerungen auch auf die Psychiatrie.

Einführung eines bundesweiten Basisfallwertkorridors

Die derzeit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte werden in den nächsten 5 Jahren in gesetzlich vorgegebenen Konvergenzschritten in Richtung auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor angeglichen. Dabei wird eine Bandbreite (Korridor) in Höhe von + 2,5 % bis - 1,5 % um einen rechnerisch ermittelten einheitlichen Basisfallwert von der Konvergenz ausgenommen.

Entwicklungsauftrag für leistungsorientierte Investitionspauschalen

Ab dem Jahr 2012 sollen leistungsorientierte Investitionspauschalen die Grundlage für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder sein können. Damit haben Bund und Länder bei der für die finanzielle Situation der Krankenhäuser außerordentlich fundamentalen Frage der zukünftigen Investitionsfinanzierung einen richtigen, einen gemeinsamen und vor allem tragfähigen Weg in die Zukunft ebnen können. Nach intensiven Abstimmungsprozessen zwischen Bund und Ländern im Anschluss an die Anhörungen zu dem Referenten-

entwurf vom 22. August 2008 sowie auf der Grundlage eines mit den Ländern abgestimmten Vorschlages wird ein gesetzlicher Entwicklungsauftrag für eine zukünftige Investitionsfinanzierung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen in für die Länder machbaren Zeiträumen gesetzlich verankert. Dazu werden die Länder und der Bund Einzelheiten festlegen. Wichtig ist, dass das Recht der Länder, eigenständig über Umfang und Form der Investitionsfinanzierung zu entscheiden, auf jeden Fall erhalten bleibt.“ Soweit das Zitat.

Insgesamt erhalten die Krankenhäuser somit im Jahr 2009 3,2 Mrd. Euro mehr als im Jahr 2008. Rund 1 Mrd. Euro basieren auf bereits geltendem Recht. Rund 2,2 Mrd. Euro werden durch das KHRG bereitgestellt.

Häufig höre ich die Kritik, dass diese Zahlen falsch sind, weil ein Teil der Mehreinnahmen der Krankenhäuser jetzt schon im Gesetz verankert sei. Das ändert nichts daran, dass zusätzliches Geld fließt, das von den Beitragszahlerinnen und Zahlern aufgebracht werden muss. Die erhobenen Vorwürfe sind daher nicht nachvollziehbar.

Es wird auch erwähnt, dass die gesetzlich definierte Begrenzung der Krankenhausaussgaben in den letzten 5 Jahren deutlich unter einem Prozent lag, die tatsächliche Steigerung der Ausgaben der Krankenkassen in diesem Zeitraum betrug jedoch deutlich mehr.

Bemängelt wird auch, dass lediglich 50 Prozent der Tarifkostensteigerungen durch die Krankenkassen und damit letztlich durch die Beitragszahler finanziert werden sollen. Es gab einige CDU/CSU-Kolleginnen und Kollegen, die den Krankenhäusern nur 30 Prozent zugestehen wollten, was ungerecht gewesen wäre. Andere wollten den Beitragszahlern 100 Prozent aufladen. Das wäre ebenso ungerecht. Mit 50 Prozent scheint ein fairer Kompromiss gefunden. Das gibt Krankenhäusern erheblich mehr finanziellen Bewegungsspielraum als heute, nimmt aber gleichzeitig nicht die Beitragszahler alleine in die Pflicht, die Mehrausgaben zu finanzieren.

Gleiches gilt für die 70-prozentige Finanzierung des Förderprogramms zur Schaffung von 21.000 neuen Stellen im Pflegebereich. Sowohl die Übernahme der Tarifkostensteigerungen der Jahre 2008 und 2009 als auch die Finanzierung des Förderprogramms im Pflegebereich durch die Krankenkassen werden für die Krankenhäuser auf Dauer zusätzliches Geld bringen. Denn die gestiegenen Ausgaben der Krankenkassen werden in die Fallpauschalen einbezogen und erhöhen die Preise für Krankenhausleistungen damit auf Dauer und nicht nur vorübergehend.

Zwischen den Kritikern, denen 3,2 Mrd. Euro zu wenig sind, und denen, die den Krankenhäusern gar nichts zukommen lassen wollten, hat die Bundesregierung mit dem vorgelegten Entwurf einen ausgewogenen Kompromiss gefunden. Diese Auffassung wird auch von den Ländern geteilt. Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 19. September 2008 den Gesetzentwurf einstimmig begrüßt. Meine Kolleginnen und Kollegen der entsprechenden Facharbeitsgruppe in der SPD-Bundestagsfraktion werden den Gesetzentwurf zügig beraten, damit er noch in diesem Jahr im Bundestag in 2./3. Lesung verabschiedet werden kann. Für die Krankenhäuser wird damit ein wichtiger Schritt zu mehr Planungssicherheit für das Jahr 2009 erreicht.

Es wird deutlich, dass unser Ziel eine nachhaltige Finanzierung ist, um den finanziellen Druck auf die Krankenhäuser und auf das Pflegepersonal zu vermindern. Wir wollen die Finanzierung der Krankenhäuser neu regeln. Für uns ist es nicht akzeptabel, alle Verbesserungen für die Krankenhäuser einzufordern und diese dann alleine von den Beitragszahlern durch Beitrags-

erhöhungen finanzieren zu lassen – zu denen übrigens auch die meisten Klinikangestellten zählen.

Bei all diesen beabsichtigten Maßnahmen möchte ich besonders herausstellen, dass wir von den gesetzlich Versicherten beauftragt sind, soweit dies in den Rahmen der bundespolitischen Entscheidungskompetenz fällt, möglichst effiziente und fürsorgliche politische Entscheidungen zu treffen. Gegenwärtig ist Deutschland im internationalen Vergleich mit 2.100 Krankenhäusern sehr gut versorgt. In einigen Ballungsräumen, wie beispielsweise in Essen und Umgebung, gibt es im Umkreis von 50 Kilometern 106 Kliniken mit zum Teil identischen Strukturen und Angeboten.

Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler fordern zu Recht, dass die Qualität und Quantität im Gesundheitswesen ständig überprüft und ggf. weiterentwickelt wird, zumindest in Bereichen in denen Politikerinnen und Politiker Entscheidungskompetenzen besitzen.

Viele Fragen gilt es zu beantworten: Überversorgung und Unterversorgung müssen bestmöglich verhindert werden. Welche Krankenhäuser sind mit welcher Anzahl von Stationen in welcher Entfernung notwendig. Welche Einrichtung erbringt hohe Qualität gemäß gesetzlicher Vorgaben. Wer arbeitet effektiv mit ambulanten Strukturen zusammen und wer nicht. Wo wären Fusionen sinnvoll. Wo bestehen in Ballungsräumen identische Strukturen, Angebote, die komprimiert werden könnten usw. Für die wirtschaftliche Lage eines Krankenhauses ist neben Unterschieden in den Personal- und Sachkosten sowie der Personalproduktivität auch wichtig wie die Ablauf- und Aufbauorganisation eines Krankenhauses organisiert ist und ob sie kontinuierlich verbessert wird.

Um auf Ihre Kritik an der Fusionierung von Häusern einzugehen: Dies geschieht insbesondere in Ballungsräumen, da die Stadtstaaten in der Vergangenheit häufig nicht mehr in der Lage waren, die notwendigen Mittel aus dem Landeshaushalt zu tragen. Im Zuge knapper Kassen wurden Kliniken an freie Träger veräußert, die nach betriebswirtschaftlichen Kriterien handeln müssen. Das muss nicht zwangsläufig zum Nachteil der Versicherten sein. In der Vergangenheit haben kleine, mittlere und größere Krankenhausabteilungen in einer Region sich gegenseitig mit gleichen Angeboten Konkurrenz gemacht und damit zum Teil unnötige Kosten und Betten-leerstand verursacht. Mit der Komprimierung können Kompetenzen gestärkt werden. Die erforderlichen Mindestzahlen, die sogenannten „good practice“ für bestimmte Behandlungen werden erreicht. Die weitere Umsetzung der Integrierten Versorgung ist unabdingbar.

In der Hoffnung, Ihre Kritik konstruktiv aufgegriffen zu haben, verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen
Lothar Binding