

Zahlen, Fakten und Argumente

Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

Nicht nur die Parlamentarische Staatssekretärin aus dem Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk, auch Vertreter von Krankenkassen haben in jüngster Zeit die von den Trägern der Krankenhäuser in der Öffentlichkeit zum Ausdruck gebrachten Sorgen über die gesetzlichen Finanzierungsbedingungen als „Schwarzmalerei“ dargestellt. Die DKG hat sich aus diesem Grund am 23. April 2008 mit einem Schreiben an Bundestagsabgeordnete gewandt, um auf rein sachlicher Grundlage mit Zahlen, Fakten und Argumenten aufzuzeigen, dass die Sorgen der Krankenhausträger und der Mitarbeiter berechtigt sind.

Es hilft wenig, auf die in den letzten zehn Jahren einmalige kurze Phase einer ca. dreiprozentigen Steigerungsrate (2005 = 3,4 Prozent/2006 = 2,7 Prozent) zugunsten der Krankenhäuser zu verweisen. In diesen Zuwächsen werden Lasten, die der Gesetzgeber den Krankenhäusern übertragen hat, refinanziert (AiP, Arbeitszeitgesetz und anderes mehr). Das heißt, den zusätzlichen Mitteln standen zusätzliche Kosten gegenüber. Auch kann die Tatsache eines leichten Rückgangs der Zahl der Krankenhäuser, die im Jahr 2006 Verluste schrieben, nicht als wesentliche Besserung der Lage interpretiert werden. 600 Krankenhäuser mit Verlusten können nicht schöngeredet werden.

Über 200 Krankenhäuser mussten 2006 mit Sanierungsstarifverträgen und damit auch mit deutlichen Einbußen für die Mitarbeiter zurechtkommen. Immer mehr Häuser müssen zu diesem Mittel greifen. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die leichten Verbesserungen 2006 durch massive, für Mitarbeiter und Patienten spürbare Einsparanstrengungen erreicht wurden, die von 1996 bis 2006 mit dem Abbau von 90 000 Vollstellen einhergegangen sind.

Tatsache ist, dass durch die niedrigen Grundlohnraten 2007 und 2008 in Kombination mit den Kürzungen durch das AVWG und durch das WSG auf der einen und die stark gestiegenen Kosten (Lohnerhöhungen und Preissteigerungen durch Inflation) auf der anderen Seite die Krankenhäuser in eine Erlös-/Kostenschere geraten sind, die für viele existenzgefährdend ist und in allen Krankenhäusern weiteren massiven Rationalisierungsdruck auslöst.

Die negativen Eckwerte sind eindeutig:

- 2007 durften die Krankenhäuser ihre Vergütungspreise nur um die gekürzte Grundlohnrate von 0,28 Prozent erhöhen. Davon mussten auch noch 0,5 Prozent Sanierungsbeitrag bezahlt werden. Insgesamt sind die Einnahmen aus den Erlösen von den gesetzlichen Krankenkassen um 0,6 Prozent gestiegen. Das hat gerade ausgereicht, um die Lasten der Mehrwertsteuererhöhung zu decken.
- 2008 durften die Preise um maximal 0,64 Prozent erhöht werden. Auch davon müssen wieder 0,5 Prozent Sanierungsbeitrag gezahlt werden. Die Inflationsrate ist dagegen auf über 3 Prozent gestiegen, die krankenhauserlevanten Preissteigerungen liegen deutlich höher. Die Löhne steigen um ca. 2,5 Prozent. Diese Kosten können nicht ansatzweise von den Erlösraten gedeckt werden.

Nicht die DKG, sondern das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) kommt deshalb zu der Feststellung, dass

- die Krankenhäuser 2007 mit einem Defizit von mehr als 1 Mrd. € abgeschlossen hatten;
- 2007 fast 40 Prozent aller Krankenhäuser einen signifikanten Fehlbetrag ausweisen und
- im laufenden Jahr die Zahl der Krankenhäuser mit Fehlbetrag auf über 50 Prozent ansteigen wird.

Gesetzlicher Auftrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ist gesetzlicher Auftrag (§ 1 KHG). Alleine durch das Zusammenwirken von AVWG und WSG haben die Krankenhäuser im Jahr 2008 rund 2 Mrd. € weniger zur Verfügung, als sie ohne diese Gesetze hätten.

Wir appellieren an die Bundesregierung und die Koalitionsparteien, den gesetzlichen Auftrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ernst zu nehmen. Völlig inakzeptabel ist die Verweigerung ausreichender Finanzierungsbedingungen mit dem Argument, dass die Krankenhäuser, die Gewinne machen, noch höhere Gewinne machen könnten. Mit dieser Philosophie wird das Grundprinzip der 2003 eingeführten Ver-

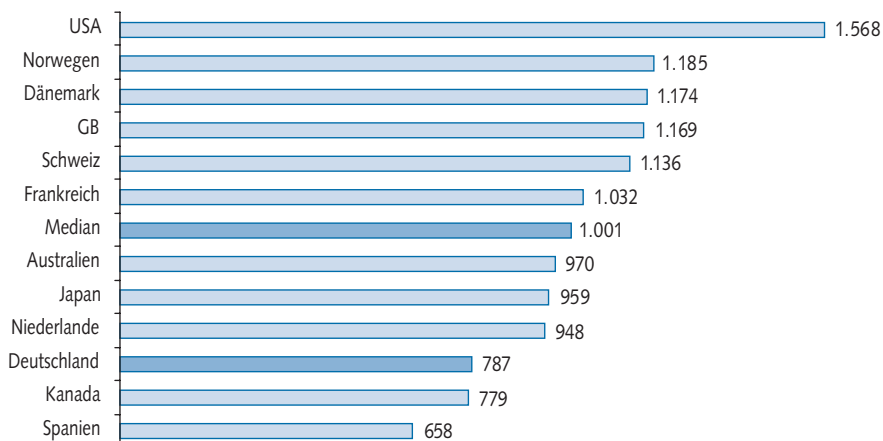
GeoCon. Generell professionell.

Sehr gute Dienstplanprogramme brauchen sehr spezielle Erfahrungen besonderer Entwickler. Denn kaum ein Bereich ist komplexer als die wirtschaftlich, juristisch sowie gesundheits- und finanzpolitisch beeinflusste Personalplanung.

Vertrauen Sie den Spezialisten.
www.geocon.de

GeoCon

Abbildung: Krankenhausausgaben je Einwohner, 2003 in Euro, kaufkraftadjustiert

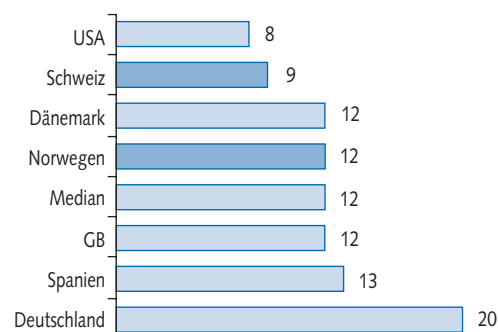


Quelle beide Grafiken: OECD Health Data 2005, McKinsey-Kalkulation

gütung über DRG-Fallpauschalen gänzlich in Frage gestellt. Ziel dieses Systems ist ein pauschalierter Erstattungspreis nach dem Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“. Es liegt in der Natur des einheitlichen Erstattungspreises, dass Krankenhäuser, deren Kostenstrukturen Gewinne ermöglichen, diese auch erzielen können. Es widerspricht aber dem gesetzlichen Auftrag zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, wenn die Kostenstruktur nur der gewinnerzielenden Krankenhäuser zum Maßstab für die Höhe der Vergütungen aller Krankenhäuser gemacht würde. Das DRG-System arbeitet mit durchschnittlichen Vergütungspreisen. Die Preisanpassungen müssen die durchschnittliche Kostenentwicklung widerspiegeln. Dies ist angesichts der Kürzungen durch AVWG und WSG und angesichts der Preiskappungen durch die Grundlohnrate nicht möglich.

Auch die Schuldzuweisungen an die Länder wegen unzureichender Investitionsmittel helfen nicht weiter. Es ist zutreffend und wird auch von den Krankenhäusern kritisiert, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen immer weniger adäquat gerecht werden. Von den Ländern bereitgestellte Investitionsmittel sind in den letzten 16 Jahren von 3,7 Mrd. € auf 2,7 Mrd. € zurückgegangen. Sie wurden damit über einen Zeitraum von 16 Jahren um 1 Mrd. € verkürzt. Die Tatsache, dass durch die Gesetzgebung des Bundes alleine binnen 2 Jah-

Abbildung: Patienten je Mitarbeiter



ren den Krankenhäusern 2 Mrd. € genommen wurden, macht deutlich, dass die Bundesländer wenig Neigung haben dürften, den Krankenhäusern zusätzliche Mittel zur Verfügung zu stellen, die über Bundesgesetze durch Abschöpfungsmaßnahmen den Krankenhäusern entzogen werden. Beide, der Bundesgesetzgeber und die Länder, müssen ihrer gesetzlichen Verantwortung zur Investitionsfinanzierung und zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gerecht werden.

Wirtschaftlichkeitsreserven

Die Krankenhäuser und die Beschäftigten in den Krankenhäusern können es nicht mehr hören. Seit nunmehr Jahr-

zehnten sollen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Aufgrund der seit 1993 gedeckelten Budgets haben die Krankenhäuser vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven längst erschlossen. Bei einem Personalkostenanteil von durchschnittlich 64 Prozent bedeutet die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Regel immer auch den Abbau von Arbeitskräften. Ein Großteil der Wirtschaftlichkeitsreserven, die die Krankenhäuser erschlossen haben, wurden von den Krankenkassen entsprechend des gesetzlichen Auftrages in den jährlichen Budgetverhandlungen abgeschöpft. Nur in begrenztem Maße kann es Krankenhäusern gelingen, erschlossene Wirtschaftlichkeitsreserven zur Verbesserung der Situation des Krankenhauses zu behalten. Angesichts des hohen Grades erreichter Wirtschaftlichkeit kann guten Gewissens festgestellt werden, dass Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus in großem Umfang nicht mehr verfügbar sind. Die Indikatoren der erreichten Wirtschaftlichkeit sind eindeutig und beeindruckend:

- Die Kosten der Krankenhausversorgung sind in Deutschland im internationalen Vergleich so günstig, wie kaum in einem anderen OECD-Land. Die Grafik links oben zeigt die Krankenhausausgaben 2003 in Euro je Einwohner.
- Die deutschen Krankenhäuser weisen eine im internationalen Vergleich extrem hohe Personalproduktivität aus. Kehrseite der hohen Produktivität ist die hohe Zahl der abgebauten Arbeitsplätze und eine hohe Arbeitsdichte. Die Grafik links unten zeigt, wie viele Patienten je Mitarbeiter behandelt und entlassen wurden.

Mit McKinsey und Porsche nennt das BMG „Kronzeugen“ für weitere Rationalisierungsreserven in Milliardenhöhe. So verweist das Ministerium auf die Berichte von McKinsey, die für das Jahr 2005 4,9 Mrd. € Wirtschaftlichkeitsreserven sahen. Diese sollten dadurch gehoben werden, dass alle Krankenhäuser die Personalausstattung des wirtschaftlichsten Krankenhauses haben und dadurch, dass mehr Leistungen in den am-



Unser komplettes Programm finden Sie unter www.dki.de.

Intensivseminar:

Konzernrechnungslegung im Krankenhaus

Dieses zweitägige Intensivseminar bietet Ihnen einen gründlichen Einstieg in die Konzernrechnungslegung im Krankenhaus. Sie lernen anhand einer ausführlichen Fallstudie, die maßgeblichen Konzernrechnungsvorschriften unter Berücksichtigung der speziellen Anforderungen an die Krankenhausrechnungslegung anzuwenden sowie die Aufstellung eines Konzernabschlusses.

Termin: **2. bis 3. Juni 2008**

Ort: **Berlin**, Novotel Berlin Am Tiergarten

Gebühr: **560,00 Euro zzgl. MwSt.**

Nr.: 6286

Medizinische Grundlagen für Nicht-Mediziner

Sie erhalten einen systematischen Einstieg in die medizinischen Grundlagen und die entsprechende Terminologie. **Ihr besonderer Nutzen im Berufsalltag:** Dieses Grundverständnis für medizinische Zusammenhänge wird Ihnen die interdisziplinäre Kommunikation erleichtern.

Termin: **3. bis 5. Juni 2008**

Ort: **Berlin**, Novotel Berlin Am Tiergarten

Gebühr: **790,00 Euro zzgl. MwSt.**

Nr.: 6343

Abrechnung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V und nach dem neuen EBM 2008

Sie erhalten in diesem hochaktuellen Seminar fundiertes Know-how, wie Sie ambulante Operationen auf der Grundlage des EBM 2008 vollständig und richtig abrechnen und wie Sie Ihre Abrechnung gegenüber den Sozialleistungsträgern erfolgreich durchsetzen.

Termin: **6. Juni 2008**

Ort: **Berlin**, Novotel Berlin Am Tiergarten

Gebühr: **395,00 Euro zzgl. MwSt.**

Nr.: 6340

Steuerrecht aktuell im gemeinnützigen Krankenhaus - Inkl. neuem Gemeinnützigkeits- und Spendenrecht

Speziell auf Ihre Fragestellungen als gemeinnütziges Krankenhaus zugeschnitten wird Ihr Fachwissen zu aktuellen Steuerfragen auf den neuesten Stand gebracht. Sie lernen Ihre Risikopotenziale kennen und nutzen Ihre steuerlichen Gestaltungsmöglichkeiten optimal. Hierbei wird besonderes Augenmerk auf die Änderungen des Gemeinnützigkeits- und Spendenrechts durch das Gesetz zur weiteren Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements („Hilfen für Helfer“) gelegt, die der Bundestag im Juli 2007 beschlossen und denen der Bundesrat im September 2007 zugestimmt hat.

Termin: **4. Juni 2008**

Ort: **Berlin**, Novotel Berlin Am Tiergarten

Gebühr: **395,00 Euro zzgl. MwSt. ***

Nr.: 6293

Umsatzsteuerrecht up to date im Krankenhaus - Aktuelle Fragen der praktischen Umsetzung

Sie minimieren Ihre Umsatzsteuerbelastungen und wenden die aktuellen umsatzsteuerlichen Vorschriften sicher in Ihrem Krankenhaus an.

Termin: **5. Juni 2008**

Ort: **Berlin**, Novotel Berlin Am Tiergarten

Gebühr: **395,00 Euro zzgl. MwSt. ***

Nr.: 6295

* **Rabatt** in Höhe 75 € zzgl. MwSt., wenn Sie beide Seminare besuchen!

Diese Seminare bieten wir im kommenden Halbjahr erneut **an anderen Veranstaltungsorten** an.

Nähere Informationen finden Sie in Kürze unter www.dki.de.

ANMELDEFAX

an 0211-4705119

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnr.

Abteilung, Position

PLZ, Ort

Krankenhaus, Dienststelle

Tel.-Nr., Fax-Nr.

Datum, Stempel, rechtsverbindliche Unterschrift

E-Mail

Bei abweichender Rechnungsanschrift bitte ankreuzen.

bulanten Bereich verlagert werden. Demgegenüber ist festzustellen:

- Mehr und mehr werden Leistungen in den stationären Bereich verlagert, weil im niedergelassenen Bereich infolge Budgetierung und Niederlassungsbegrenzungen massive Wartezeiten für Patienten entstehen und die Notfallversorgung im niedergelassenen Bereich nicht funktioniert.
- Wirtschaftlichkeitsreserven des Jahres 2005 sind durch die oben genannte Entwicklung längst aufgezehrt, außerdem stellt McKinsey im Jahr 2006 selbst Folgendes fest: „Trotz intensiver Sanierungsanstrengungen, erfolgreicher Privatisierungen und einer deutlich verbesserten Wettbewerbsfähigkeit werden viele deutsche Krankenhäuser nicht kostendeckend arbeiten können (...). Die laufende flächendeckende Einführung von Fallpauschalen erfordert weitere Kostenreduktionen von schätzungsweise 5 Mrd. €. Viele Kliniken haben bereits große Anstrengungen unternommen, ihre Kosten den neuen Umständen anzupassen.“ Damit unterstreicht McKinsey selbst, dass Wirtschaftlichkeitsreserven in großem Umfang nicht mehr zu erschließen sind. Die vom Ministerium aufgeführten Beispiele für Wirtschaftlichkeitsreserven, etwa die Einführung von klinischen Behandlungspfaden, die Durchrationalisierung im OP-Bereich, die Belegung von Intensivstationen nur mit Schwerstfällen, die Durchrationalisierung in der Notfallaufnahme, Benchmarkprojekte oder die Konzentration der ärztlichen Tätigkeit auf ärztliche Leistungen unter Neuverteilung von Aufgaben zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen, betreffen Projekte, die in Krankenhäusern längst realisiert werden, um die „normale“ Unterfinanzierung aufzufangen. Damit können aber hohe Kostensteigerungen durch die Tarifabschlüsse, die Mehrwertsteuererhöhung, Energiekostensteigerungen und massive Kürzungen durch den Gesetzgeber nicht ausgeglichen werden.
- Nahezu täglich wird über die schwierigen und anspruchsvollen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern in den Medien berichtet. Die von 1 Mio. Beschäftigten und 17 Mio. Patienten sowie vielen Mio. Angehörigen tagtäglich erlebte Realität macht die stetige Wiederholung der These von den angeblichen Wirtschaftlichkeitsreserven nicht nachvollziehbar.

Versorgungssicherheiten/Überkapazitäten

Richtig ist, dass Deutschland im internationalen Vergleich mehr Krankenhausbetten für die Einwohner vorhält als andere Länder. Allerdings schaffen es deutsche Krankenhäuser, trotz dieser hohen Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen mit deutlich geringeren Mitteln auszukommen als Vergleichsländer mit weniger Kapazitäten.

Die Staaten mit engen Kapazitäten haben in der Regel lange Wartezeiten. Insofern sichern die vorhandenen Kapazitäten eine schnelle medizinische Versorgung und stellen ein sehr hohes soziales Gut dar. Auch darf der Versorgungsgrad in einigen hochverdichteten Regionen nicht zum Maßstab für die

Einschätzung der medizinischen Versorgung insgesamt und schon gar nicht zum Maßstab für die finanzielle Steuerung gemacht werden. Eine unzureichende Finanzmittelbereitstellung kann und darf kein Instrument zur Kapazitätssteuerung sein. Eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern darf nicht das Ergebnis von ökonomischen Überlebenszufälligkeiten werden. Die Kapazitätssteuerung für stationäre Leistungen muss auch weiterhin über die Krankenhausplanung der Länder erfolgen. ■

Gesetzlicher Handlungsbedarf zur Finanzierung der Tariflohnsteigerung 2008/2009

Kostensteigerungen Personalkosten kommunaler Bereich (TVöD/TV-Ärzte)		
2008	2,5 %	0,43 Mrd. €
2009	5,0 %	0,87 Mrd. €
	2008 und 2009 kumuliert	1,73 Mrd. €

Kostensteigerungen Personalkosten alle Bereich – hochgerechnet –		
2008		1,04 Mrd. €
2009		2,09 Mrd. €
	2008 und 2009 kumuliert	4,17 Mrd. €

Den in den Tabellen aufgezeigten tariflichen Kostensteigerungen stehen durch die Grundlohnrate und den Sanierungsbeitrag begrenzte Vergütungssteigerungen gegenüber:

Vergütungszuwachs alle Bereiche – prognostiziert –			
	Grundlohnraten	Rechnungsabschläge	
2008	0,64 %		0,36 Mrd. €
2008		-0,50 %	-0,26 Mrd. €
2009	ca. 1,05 %	-	0,60 Mrd. €
	2008 und 2009 kumuliert		1,06 Mrd. €

Daraus ergibt sich:

Unterdeckung – nur Personalkosten – alle Trägerbereiche		
2008		0,94 Mrd. €
2009		1,49 Mrd. €
	2008 und 2009 kumuliert	3,11 Mrd. €

Gesetzlicher Handlungsbedarf:

1. Sanierungsbeitrag – Mittelabfluss von über 20 Mio € pro Monat – sofort stoppen.
2. Ausgleich für die Unterdeckung der Tarifsteigerungen 2008 und 2009 in Höhe von rund 3,1 Mrd. € in den Budgets für 2009.

Erläuterungen: I. Kostensteigerungen

a) Personalkosten

Die Tarifabschlüsse zwischen VKA und ver.di sowie dem Marburger Bund sind mit den bestehenden gesetzlichen Finanzierungsbedingungen nicht refinanzierbar. Nach zähen Verhandlungen wurden für den nichtärztlichen Bereich Tarifsteigerungen von umgerechnet 2,4 Prozent für 2008 und 5,0 Prozent für 2009 vereinbart. Im ärztlichen Dienst werden die Kliniken mit durchschnittlich 2,9 Prozent im Jahr 2008 und 4,9 Prozent 2009 belastet. Weiterhin ist anzumerken, dass aufgrund der vereinbarten 100-prozentigen Ost-West-Angleichung die Kliniken im Beitrittsgebiet überproportional hoch belastet sein werden.

Es ist zu erwarten, dass sich die noch folgenden Tarifverhandlungen der anderen Trägergruppen an diesen Abschlüssen orientieren werden. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Personalkosten bei allen Krankenhäusern in den Jahren 2008 und 2009 entsprechend steigen werden. Insofern ist mit einer finanziellen Belastung der Krankenhäuser durch die aktuellen Tarifabschlüsse in Höhe von 1,04 Mrd. € im Jahr 2008 und 3,13 Mrd. € 2009 zu rechnen. Nach Abzug der Vergütungszuwächse ergibt sich eine Personalkostenunterdeckung von 3,1 Mrd. €.

b) Sachkosten

Geschätzte Entwicklung der Sachkosten: Steigerung um jährlich circa 5 Prozent. Damit ergeben sich Mehrkosten in folgender Höhe: 2008 1,26 Mrd. €, 2009 1,32 Mrd. €, kumuliert 3,84 Mrd. €.

c) Lohnnebenkosten

Die Entlastungen bei der Arbeitslosenversicherung werden durch steigende Beiträge und höhere Beitragsbemessungsgrenzen in der GKV weitgehend aufgezehrt.

II. Vergütungszuwachs – Grundlohnrate

Die Finanzierung der Krankenhäuser richtet sich nach der Entwicklung der Grundlohnrate. Die Grundlohnrate des Jahres 2008 beträgt bekanntlich + 0,64 Prozent abzüglich des Sanierungsbeitrages in Höhe von 0,5 Prozent. Für 2009 berechnet sich die Grundlohnrate wie folgt:

2. Halbjahr 2007 + 1. Halbjahr 2008

2. Halbjahr 2006 + 1. Halbjahr 2007

Die Entwicklung der Grundlohnsumme in der GKV betrug im zweiten Halbjahr 2007 0,8 Prozent. Zudem erwarten die Experten der GKV 2008 eine durchschnittliche Grundlohnsummensteigerung von 1,27 Prozent. Insofern kann bereits heute davon ausgegangen werden, dass die Zuwachsgrenze für die Vergütung von Krankenhäusern für 2009 bei circa 1,05 Prozent liegen wird. Diese Rate wird den schon jetzt bekannten Finanzierungsbedarf in keiner Weise ausgleichen können. Aus diesem Grund besteht dringender gesetzlicher Handlungsbedarf zur Korrektur der Finanzierungsbedingungen. Die vergangenheitsbezogene Systematik der Grundlohnsummenbindung ist nicht geeignet, die aktuellen Kosten des Betriebs der Krankenhäuser zu decken.

III. Fazit

Die für die Krankenhäuser wirksamen und absehbaren Tarifabschlüsse führen zu einer Kostenexplosion, die 2008 gar nicht und 2009 nur völlig unzureichend kompensiert werden kann. Insgesamt beträgt die Unterdeckung aus Personalkosten in diesem und im nächsten Jahr rund 3,1 Mrd. €. Hinzu kommen massive ungedeckte Steigerungen bei den Sachkosten in Höhe von rund 3,8 Mrd. €. Die ungedeckte Gesamtkostenbelastung beträgt damit für die Jahre 2008/2009 kumuliert rund 6,9 Mrd. €.

▶ **postgradual**

Fernstudium

**MANAGEMENT VON GESUNDHEITS- UND
SOZIALEINRICHTUNGEN („MASTER OF ARTS“)**



- STRATEGISCHES MANAGEMENT
- PERSONAL- UND RESSOURCENMANAGEMENT
- QUALITÄTSMANAGEMENT
- CHANGE MANAGEMENT (STUDIENINHALTE, AUSZUG)

Berufsbegleitend in zwei Jahren
Beginn: WS 2008/2009

▶ ZERTIFIZIERT MIT 200 FORTBILDUNGSPUNKTEN FÜR ÄRZTE ◀

WEITERE STUDIENGÄNGE (AUSZUG) IM BEREICH
MANAGEMENT:

- TOTAL QUALITY MANAGEMENT
- WIRTSCHAFTSRECHT
- ÖKONOMIE UND MANAGEMENT

www.zfuw.de

Postfach 3049
D-67653 Kaiserslautern
Telefon: +49 (0) 631/205-4925
Telefax: +49 (0) 631/205-4940
E-Mail: zfuw@zfuw.uni-kl.de

Jetzt informieren!



**TECHNISCHE UNIVERSITÄT
KAISERSLAUTERN**

DISTANCE AND INTERNATIONAL
STUDIES CENTER 