

Krankenhausfinanzierung: Die Parteien positionieren sich

Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag hat im Vorfeld der gesetzlichen Neujustierung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung ab 2009 auf der Grundlage eines von Dr. Hans Georg Faust erstellten Arbeitspapiers in der zweiten Aprilhälfte 2008 Positionen zur Krankenhausfinanzierung beschlossen. Das 25 Seiten umfassende Papier enthält eine Analyse der Krankenhausesentwicklung der letzten 10 Jahre und zieht klare Konsequenzen insbesondere auch für den kritischen Bereich der Grundlohnrate. Damit hat die Unionsfraktion als erste deutlich Position bezogen. Auch im SPD-Präsidium und seitens der Bundesgesundheitsministerin wurden im Mai anlässlich des Deutschen Ärztetages Signale für eine Entlastung der Krankenhäuser gesetzt. Für Ende Mai waren Abstimmungsgespräche der Fachpolitiker beider Regierungsfractionen über Inhalte des Gesetzgebungsverfahrens zum ordnungspolitischen Rahmen vorgesehen. Mitte Juni stehen im Bundestagsgesundheitsausschuss Anträge der Oppositionsparteien zur Reform der Krankenhausfinanzierung zur Diskussion. Mit einem Referentenentwurf des BMG zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung wird im Laufe des Juni gerechnet.

„Aus Sicht der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion müssen, ergänzend zu den Vorschlägen der Bundesministerin für Gesundheit, noch folgende Themenkomplexe im Rahmen einer gesetzlichen Neujustierung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 berücksichtigt werden:

- Grundlohnrate,
- Investitionsfinanzierung,
- Preissystem,
- Innovationsfinanzierung und
- Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und Versorgungsforschung sowie
- Wahlfreiheit, Transparenz und Qualität.“

Zum Themenbereich Grundlohnrate

„Die Krankenhäuser müssen finanziell sachgerecht ausgestattet sein, daher hat eine verbesserte Berücksichtigung von nicht von den Krankenhäusern zu verantwortenden Kostensteigerungen, zum Beispiel Tarifentwicklung und Sachkostenindizes, zu erfolgen. Diese Anpassung soll analog der Betriebskostenberücksichtigung im vertragsärztlichen Bereich (Berücksichtigung der Mehrwertsteuererhöhung 2007, Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes, Materialkosten, Miete, Geräte, Energiekosten etc.) geschehen. Daher schlägt die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vor, dass das Statistische Bundesamt einen neuen Preisindex entwickelt, der die spezifischen Kostenentwicklungen im Gesundheitsbereich adäquat berücksichtigt. Dies soll unter anderem wie folgt erfolgen:

- Ermittlung eines Preisindex durch das Statistische Bundesamt für Personal- und Sachkosten im Gesundheits- bzw. Krankenhausbereich.
- Bekanntgabe des Preisindex erfolgt zum 15. September des laufenden Jahres (wie Einnahmenveränderungsrate).
- Dieser Preisindex für das laufende Jahr wird zugleich für den Ausgleich für die Veränderungsrate des aktuellen Jahres herangezogen.
- Ein Ausgleich mit Berichtigung erfolgt für 2/3 der Personal- und Sachkosten.“

In der Langfassung des Papiers der Unionsfraktion wird zu diesem Punkt unter anderem folgendes ausgeführt:

„Eine veränderte Berechnung der Budgetsteigerungen ist zwingend sowohl im DRG-Bereich auf Landesebene zu berücksichtigen (entsprechende Gestaltung von § 10 Absatz 4 KHEntgG) sowie in der Bundespflegesatzverordnung auf Hausebene (§ 6 BpflV). In beiden Bereichen sind die Kostenentwicklungen im Gesetz als unumstößlicher Ausnahmetatbestand zu definieren.“

Zum Themenbereich Investitionsfinanzierung

„Die CDU/CSU tritt für eine transparente, gerechte und effektive Politik ein, die Freiheit schafft und den Verantwortlichen vor Ort die notwendige unternehmerische Verantwortung zurückgibt. Daher ist die Krankenhausinvestitionsförderung auf eine vollkommene neue Grundlage zu stellen. Hierzu sind die nachfolgenden Grundsätze zu berücksichtigen:

- Investitionsfinanzierung für kurzfristige Anlagegüter über die DRGs.



Dr. Hans Georg Faust

Foto: Bundestag

- Umstellung der Einzelförderung von langfristigen Anlagegütern auf flexibel einsetzbare Pauschalen.
- Einzelförderung nur noch bei strukturpolitisch bedeutsamen Krankenhausprojekten.
- Nutzungsmöglichkeit der Pauschalen für Kredite.
- Langfristig Umstellung auf Monistik.“

Zum Thema Krankenhausplanung

Zur Krankenhausplanung heißt es in der Langfassung des Unionspapiers:

„Die Krankenhausplanung oder Krankenhausbedarfsplanung entwickelt die bestehende regionale Betten- und Leistungskapazität fort, sodass eine gute stationäre Gesundheitsversorgung gewährleistet ist. In Deutschland liegt die Verantwortung für eine angemessene Versorgung mit Krankenhausbetten und Krankenhausleistungen bei den Ländern (§ 6 KHG). Gesetzliche Grundlage dieser so genannten Landeskrankenhauspläne sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz und landeseigene Krankenhausgesetze.

Die Bundesländer haben mittlerweile ihren Widerstand gegen den von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vorgelegten Entwurf vom 28. Februar 2008 bekannt gegeben. So hat der CSU-Parteivorsitzende Erwin Huber kundgetan, dass es nicht sein dürfe, dass die Länder ihr Geld ablieferten und die Krankenkassen dann entscheiden könnten, wie es eingesetzt werde. Die niedersächsische Gesundheitsministerin Mechthild Ross-Luttmann (CDU) und der nordrhein-westfälische Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) äußerten sich ähnlich. Es könne nicht sein, dass Nordrhein-Westfalen die Zeche zahle und die Krankenkassen diese Mittel verteilen, sagte zum Beispiel Laumann. Und Baden-Württembergs Ministerpräsident Günter Oettinger (CDU) sagte, der Vorstoß ignoriere steuerrechtliche und fiskalische Aspekte, aber auch die Zuständigkeit und Aufgaben der Länder in der Krankenhausfinanzierung. Auch die Berliner Finanzverwaltung lehnte

den Vorstoß des BMG ab, solange es keine klare Regelung für einen Ausgleich für die Landeskasse gebe.

Vor diesem Hintergrund sollte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur gesetzlichen Neujustierung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung nachfolgende Positionierung zur Krankenhausplanung besonders berücksichtigt werden:

- Rahmenplanung durch die Länder mit der Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten.
- Aktualisierung je nach Entwicklung der Leistungsspektren.“

Zum Themenbereich Preissystem

Ebenfalls aus der Langfassung des Unionspapiers zitieren wir die folgende Passage zum Preissystem:

„Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen spricht sich in seinem Gutachten 2007 (Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung) dafür aus, das G-DRG-System als Festpreissystem weiterzuentwickeln und einen Preiswettbewerb im Rahmen selektiver Verträge zunächst lediglich für Bereiche der elektiven Leistungen zu erproben. Für den Großteil der Krankenhausleistungen soll es bei einem Festpreissystem auf Basis der Landesbasisfallwerte sowie bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang bleiben.

Im Rahmen von Modellvorhaben gemäß § 63 i. V. m. § 64 SGB V sollen nach Auffassung der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion für einen eng begrenzten Kreis von elektiven Leistungen Erfahrungen mit Einzelverträgen gesammelt werden. So sollen während einer vierjährigen Erprobungsphase bis 2012, die wissenschaftlich begleitet wird, zunächst drei Indikationen ausgewählt und hinsichtlich Leistungs- und Ergebnisqualität validiert werden. Es sollte sich dabei um allgemeine medizinische Leistungen {Vorschlag: Herniotomie – Leistenhernie; Cholecystektomie – Gallenblasenentfernung sowie Hysterektomie – Gebärmutterentfernung} handeln, die bereits jetzt im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentiert werden. Spezialleistungen sollten ausscheiden, da ansonsten Fachkliniken durch diese Regelung überproportional profitieren bzw. benachteiligt werden oder sogar komplett ausgeschlossen werden (zum Beispiel Endoprothetik). Diese Leistungen können wie bisher über integrierte Versorgungsverträge vereinbart werden.

Weiterhin sollte gewährleistet sein, dass immer beide Vertragspartner von einer Selektivvereinbarung profitieren, um einem Preisdumping wie im Reha-Bereich entgegen zu wirken.

Dies kann mittels eines Preis-Mengen-Modells erreicht werden. Sollten die Kassen zusätzliche Fälle an das Krankenhaus steuern, kann der Preis für diese zusätzlichen Leistungen niedriger vereinbart werden. Je mehr zusätzliche Leistungen an die Klinik gesteuert werden, umso höher kann ein Rabatt ausfallen. Dabei ist aber auch ein maximaler Rabatt gesetzlich festzuschreiben.

Darüber hinaus sind folgende Vorgaben zu treffen:

- Fallzahl der Selektivverträge darf pro Haus im Rahmen der Pilotphase maximal zum Beispiel 10 Prozent der Gesamtfallzahl nicht überschreiten, um die Kliniken nicht durch Selektivvereinbarungen von den Kassen abhängig zu machen;
- keine Finanzierung übergreifender Leistungen (aus Komplementärbereichen wie Reha), um einen Mittelabfluss in andere Sektoren zu verhindern. Hierfür steht das Instrument der Integrierten Versorgung adäquat zur Verfügung;
- es dürfen nur rein medizinische Inhalte vereinbart werden (keine Wahlleistungen wie Zeitungen, besseres Zimmer etc.);
- strikte Qualitätssicherung;
- Begrenzung auf einzelne Indikationen im Rahmen der Erprobungsphase bis 2012; wissenschaftliche Begleitung mit Evaluation (ähnlich früheren Modellvorhaben zu Sonderentgelten und Fallpauschalen); dies muss von einer unabhängigen Institution durchgeführt werden;
- nach der Übergangsphase ist im Rahmen einer Arbeitsgruppe unter Leitung des BMG und ggf. des Sachverständigenrates eine Ausweitung auf weitere Indikationen zu prüfen;
- Definition einer Mindestvertragslaufzeit, um willkürliche Vertragsvergabe mit dem Ziel jährlich sinkender Preise zu verhindern; im Rahmen der Erprobungsphase bis zu deren Ende.

Anmerkungen:

- auch elektive DRGs enthalten jeweils Notfallkosten.
- Weiterbildung: Fallzahlen werden in einigen Kliniken nicht erreicht, somit ist zu prüfen, inwiefern sich Selektivverträge auf die Facharztweiterbildung auswirken.“

Zum Themenbereich Innovationsfinanzierung

In der Kurzfassung des Unionspapiers heißt es hierzu:

„Da sich die bisher bestehende Regelung der so genannten Innovationsklausel in der Praxis als zu unflexibel und zu unständig erwiesen hat, sind in § 6 KHEntgG folgende Anpassungen erforderlich:

- Antragsfrist wird flexibilisiert,
- Entscheidung des InEK innerhalb einer kurzen Frist,
- Übernahmemöglichkeit von NUB für Kliniken,
- NUB für Medizinprodukte verpflichtend zu verhandeln,
- Vereinbarung unterjährig losgelöst von der Budgetvereinbarung.“

Zum Themenbereich Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

„Gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte sind das Fundament einer qualifizierten Versorgung der Patientinnen und Patien-

ten. Die ärztliche Weiterbildung ist essentiell, um die im Studium erworbenen Kenntnisse in die Praxis umzusetzen und eine zusätzliche Qualifikation zum Facharzt zu erwerben. Daher ist es erforderlich, dass durch das InEK oder eine sonstige qualifizierte Institution wissenschaftlich geprüft wird, ob die ärztliche Weiterbildung sach- und kostengerecht durch das bestehende G-DRG-System erfasst wird.“

Zum Themenbereich Wahlfreiheit, Transparenz und Qualität

„Wahlfreiheit, Transparenz, und Qualität, das sind wesentliche Elemente eines zukunftsfähigen Gesundheitswesens. Im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens müssen folgende Punkte besonders berücksichtigt werden:

- Wahlfreiheit der Versicherten.
- Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements.
- Weiterentwicklung der Qualitätsberichte zu der Öffentlichkeit verständlichen Informationsmaterialien.
- Darlegung der Ergebnisse externer Qualitätssicherung.
- Qualitätsvergleiche von Krankenhäusern.“

Integrierte Versorgung

„Da die Finanzierung der Integrierten Versorgung (IV) in § 140 d SGB V bis 2008 zeitlich befristet ist, sind weitergehende Vorgaben zur Finanzierung und Weiterentwicklung zur Integrierten Versorgung erforderlich. Dies sollte mit dem Ziel erfolgen, dass die IV-Versorgung dauerhaft frei von Budgets finanziert werden kann.“

Versorgungsforschung

„Weil viele Patientinnen und Patienten mit flächendeckenden Problemkrankheiten (Herz-Kreislaufkrankungen, Neoplasien, sonstigen „Wohlstandserkrankungen“) überwiegend in ihrer heimatlichen Umgebung wohnortnah in mittleren bis großen Krankenhäusern betreut und versorgt werden, ist es zielführend, dass sowohl Krankenhäuser der Grundversorgung als auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verstärkt zu Versorgungsforschung herangezogen werden. Damit diese breite wissenschaftliche Basis erfolgreich ausgebaut werden kann, sollte das BMG im Benehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) prüfen, durch welche gesetzgeberischen Maßnahmen der Ausbau der Versorgungsforschung auf breiterer Basis erfolgen kann.“

Die Kurz- und die Langfassung des Arbeitspapiers der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion des Bundestages zur gesetzlichen Neujustierung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung ab 2009 können unter www.unionsfraktion.de eingesehen und ausgedruckt werden.

SPD erkennt schwierige Situation der Krankenhäuser

Innerhalb der SPD hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die finanzielle Situation der Krankenhäuser Maßnahmen erfordert. Ein Beschluss des SPD-Präsidiums vom 19. Mai 2008 geht in diese Richtung. Bei ihrer Rede anlässlich des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt am 20. Mai einen 5-Punkte-Plan zur Verbesserung der Situation der Krankenhäuser skizziert.

Beschluss des SPD-Präsidiums vom 19. Mai 2008 (Auszug)

„Die SPD sieht die schwierige Situation der Beschäftigten in vielen Krankenhäusern. Sie tritt dafür ein, die aktuellen Finanzprobleme der Krankenhäuser zu lindern. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wird hierzu Vorschläge vorlegen.

Dies ist möglich, weil sich die lohnbezogenen Einnahmen der Kassen laufend verbessern. Ein gesetzlicher Mindestlohn, für den die SPD eintritt, würde im Übrigen diesen Effekt weiter verstärken und auch die Einnahmen der gesetzlichen Kassen um fast 2 Mrd. € verbessern.

Die SPD beauftragt ferner Bundesgesundheitsministerin Schmidt, Vorschläge zu entwickeln, die Situation der Pflegen-

den in den Krankenhäusern zu verbessern, und die Aus- und Weiterbildung von Krankenschwestern und -pflegern zu unterstützen.“

5 Punkte zur Verbesserung der Situation der Krankenhäuser

Auszug aus der Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des 111. Deutschen Ärztetags in Ulm

„Die zentrale Herausforderung in der Krankenhauspolitik betrifft die Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Finanzierung der Krankenhäuser. Wie im ambulanten Bereich brauchen wir verlässliche finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen mit Handlungsfreiräumen für die Krankenhäuser. Die überkommene duale Finanzierung und das bettengenaue Bedarfsplanungssystem mit Kontrahierungszwang ersticken viele Eigeninitiativen.

Ich bin davon überzeugt, dass wir eine leistungsfähige pluralistische Krankenhauslandschaft, die eine wohnortnahe Versorgung garantiert, nur erhalten können, wenn wir schrittweise in eine monistische Krankenhausfinanzierung umsteigen und endlich Wettbewerb zulassen. Ich halte es für sinnvoll, dass es für planbare und standardisierbare Leistungen die Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen

Die elektronische Verordnungsunterstützung



RpDoc[®]

**einfach und schnell
Arzneitherapie-Sicherheit für Sie
und Ihre Patienten**

Doc prüft Ihre Verordnung unter Berücksichtigung von:

- ✓ Kontraindikationen und Allergien
- ✓ indikationsspezifischer Dosierung und Applikationsfrequenz
- ✓ Dosisanpassung nach Alter, Geschlecht, Nierenfunktion
- ✓ Anwendbarkeit in Schwangerschaft und Stillzeit
- ✓ klinisch relevanten Interaktionen (Dosis-Berücksichtigung)
- ✓ Nebenwirkungen
- ✓ kosteneffizienter Verordnung



Top Clinica

Medical Equipment and Solutions
Fachmesse | Kongress
11.-13. Juni 2008
Neue Messe Stuttgart

RpDoc Solutions GmbH

Halbergstr. 27-29
66121 Saarbrücken
Tel.: 0681-96815-0
www.rpdoc.de

Besuchen Sie uns in Stuttgart auf der Top Clinica.

Krankenhäusern und Krankenkassen geben sollte. Ich werde in den nächsten Wochen einen Gesetzentwurf zur Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung vorlegen. Ich würde es sehr begrüßen, wenn dieser Entwurf die Unterstützung der Ärzteschaft finden würde.

Ich würde es im Übrigen auch sehr begrüßen, wenn Ärzteschaft und Krankenhausgesellschaft gelegentlich die Länder deutlicher daran erinnern würden, ihren bestehenden Investitionsverpflichtungen auch tatsächlich nachzukommen. Es geht zu Lasten der medizinischen Versorgung von kranken Menschen, wenn mit den Fallpauschalen Investitionen statt Ärzte und Pflegekräfte finanziert werden müssen. Im Übrigen finanziert auch Baden-Württemberg nur etwa die Hälfte dessen, was in den hiesigen Krankenhäusern notwendig wäre.

Der Bund ist bereit, seine Verantwortung zu übernehmen. Im Rahmen der Möglichkeiten wollen wir zu einer Linderung der aktuellen Finanzprobleme der Krankenhäuser beitragen:

1. Es deutet sich an, dass schon der bisherige Mechanismus der Anbindung an die Grundlohnentwicklung im nächsten Jahr zu einer gewissen Entspannung führen wird. Die lohnbezogenen Einnahmen der Kassen verbessern sich derzeit deutlich.

2. Der Sparbeitrag der Krankenhäuser endet definitiv am 31. Dezember 2008.

3. Der Vorwegabzug von 0,5 Prozent für die Integrierte Versorgung endet ebenfalls am 31. Dezember 2008. Alle drei Bereiche zusammen summieren sich bereits auf mehr als eine Mrd. €.

4. Es ist unbestritten, dass es kein Zurück zum alten Selbstkostendeckungsprinzip mit automatischer und voller Weitergabe von Lohnerhöhungen geben kann. Dies widerspricht dem Fallpauschalensystem. Ich stehe auch dazu, dass in Zukunft vertragliche Lösungen die heutige strikte Grundlohnbindung ablösen. Ich weiß aber, dass dies Zeit erfordert. Deshalb werde ich dem Gesetzgeber vorschlagen, dass bis zu einer vertraglichen Lösung ein Anteil der tarifvertraglich vereinbarten Lohn- und Gehaltssteigerung durch die Kassen finanziert wird. Auch, um deutlich zu machen, dass wir nach Jahren der Lohnzurückhaltung die vereinbarten Tarifsteigerungen für gerecht halten.

Ich weiß aus vielen Besuchen vor Ort, dass die Situation in vielen Häusern, vor allem beim Pflegepersonal, sehr eng ist. Deswegen neige ich

5. sehr dazu, ein Förderprogramm für die Neueinstellung von Pflegekräften in den Krankenhäusern aufzulegen. Ich könnte mir ein Programm vorstellen, das nach dem Muster des erfolgreichen Programms zur Förderung innovativer Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern gestaltet ist.

Wir werden jedenfalls sehr schnell unsere Vorschläge auf den Tisch legen, um der negativen Entwicklung im Bereich der Pflege entgegen zu wirken. Und wir werden auch Maßnahmen vorschlagen, die eine gerechte Finanzierung der Aus- und Wei-



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt während ihrer Rede beim Deutschen Ärztetag in Ulm

Foto: dpa

terbildung sicherstellen. Ich bin überzeugt, dass sich mit diesen 5 Punkten die Situation in den Krankenhäusern deutlich verbessert.“

Kliniken erwarten Refinanzierung der massiven Kostensteigerungen

„Endlich kündigt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt an, dass die durch die bestehenden gesetzlichen Regelungen des Budgetdeckels und des Sanierungsbeitrags entstandenen finanziellen Belastungen der Krankenhäuser durch den Gesetzgeber zu mindern sind“, so die Reaktion von DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum auf die Rede von Gesundheitsministerin Schmidt beim Ulmer Ärztetag. Die Krankenhäuser seien alleine durch die Tarifabschlüsse für 2008/2009 die Krankenhäuser mit Kostensteigerungen von 4,1 Mrd. € belastet, die aufgrund der niedrigen Grundlohnrate und die Kürzungen durch den Gesetzgeber nicht ansatzweise refinanziert sind. Alleine für die Personalkosten seien wenigstens zusätzliche Mittel von 3 Mrd. € für 2008/2009 nötig. Auch der ab 2009 planmäßig wegfallende Sanierungsbeitrag und der von der Gesundheitsministerin angekündigte Wegfall der Abgabe für die Integrationsversorgung – und damit die Rücknahme von Kürzungen – könne dabei nicht als „Kostenentlastung“ gewertet werden.

Die DKG begrüßt es ebenfalls, so Georg Baum, dass im BMG darüber nachgedacht werde, den durch den Rationierungsdruck der letzten Jahre entstandenen Personalabbau durch Förderprogramme, insbesondere im Pflegebereich, zu begrenzen. Auch dazu seien zusätzliche finanzielle Mittel erforderlich, die mit den Bedingungen des DRG-Systems, und dabei insbesondere mit dem Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“, vereinbar sein müssten.

Keine Zeit zu verlieren

Die von Bundesgesundheitsministerin Schmidt angekündigten finanziellen Hilfen für die Krankenhäuser müssen nach Ansicht von Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, umgehend zur Verfügung gestellt wer-

den. Windhorst sagte am Ende des Ärztetages in Ulm, die Lage der Kliniken sei mittlerweile so dramatisch, das man keine Zeit mehr verlieren dürfe. „Schmidt muss ihr Versprechen, dass die Bundesregierung den Krankenhäusern zukünftig mehr Geld zur Verfügung stellen wird, ganz schnell einlösen“, forderte der Kammerpräsident. Ministerin Schmidt hatte auf dem Deutschen Ärztetag angekündigt, dass den Kliniken im kommenden Jahr 1 Mrd. € mehr an Finanzmitteln zur Verfügung stehen sollten. Mit dieser Zusage habe sie öffentlich anerkannt, dass in den Kliniken ein Finanzmangel herrsche. Diesen könnten die Krankenhäuser nicht mehr länger hinnehmen. Mit 1 Mrd. € allein sei das Problem der finanziellen Unterversorgung nicht nachhaltig zu lösen.

Ärztetag: Budgetdeckel im Krankenhausbereich muss wegfallen

Für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung muss die Krankenhausfinanzierung auf eine solide, zukunftsfähige Grundlage gestellt werden. Das forderte der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm. 15 Jahre nach der Einführung habe sich das System der gedeckelten Budgets endgültig überlebt. „Der Budgetdeckel muss daher schnellstens wegfallen“, forderten die Delegierten in einem Beschluss zur Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausplanung und -finanzierung ab dem Jahr 2009.

In Anbetracht der Finanzierungslücken im stationären Sektor sei ein bundesweites Programm nötig, das neben der Beendigung der gedeckelten Budgets eine realistische Refinanzierung der Aufgaben ermögliche, eine sofortige Rücknahme der Sanierungsabgabe an die Krankenkassen beinhalte sowie die Investitionskraft der Krankenhäuser stärke. „Bund und Länder sind gemeinsam gefordert, ein solches Programm zu entwickeln.“

Entschieden setzten sich die Delegierten für die Beibehaltung der grundgesetzlich verbrieften Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer ein. „Die Auswahl von Kliniken und Fachabteilungen darf auch weiterhin nicht mit einer ökonomisch motivierten Steuerung der Krankenkassen, möglicherweise mit unerwünschten pekuniären Anreizen für betreuende Ärztinnen und Ärzte, verbunden werden“, heißt es in dem Beschluss. Die Delegierten forderten die Bundesländer auf, ihrer Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen ausreichend nachzukommen.

Darüber hinaus wies der Ärztetag auf den zunehmenden Personalabbau in den Krankenhäusern hin. Etwa 50 000 Stellen in der Krankenpflege seien abgebaut worden, auch qualifizierte medizinisch-technische Berufe seien reduziert worden. „Dies hat in diesen Berufsgruppen die Arbeitsbelastung für die Beschäftigten so erhöht, dass die Patientensicherheit immer wieder gefährdet wird“, kritisierten die Delegierten.

„So gut wie das Original?“

Was auf den ersten Blick als eine gute Wahl erscheint, kann sich später als gewagtes Unterfangen erweisen. Wenn es aber um die Sicherheit der Patienten geht, sollten Sie niemals ein Risiko eingehen.

Olympus hat strenge Qualitätsmaßstäbe gesetzt, um Ihre Patienten zu schützen und Ihre Investition langfristig zu sichern!

Ihre Vorteile:

- Reparaturen entsprechend Herstellerspezifikationen
- Ausschließlich Verwendung von Originalteilen für uneingeschränkte Funktionalität und Sicherheit
- Garantie höchster Hygienestandards und Rückverfolgbarkeit aller Reparaturen
- Strengste Beachtung der CE-Kennzeichnungs- und MDD-Anforderungen
- Flexible Vertragsmodelle, auch für Ihre Endoskopie!

Hier erfahren Sie mehr: www.olympus.de



OLYMPUS

Your Vision, Our Future

CDU-Politiker Dr. Rolf Koschorrek warnt vor Kliniksterben

Die prekäre Finanzsituation der Kliniken im Norden verlangt nach Ansicht des CDU-Politikers Dr. Rolf Koschorrek eine Reaktion der Politiker. Der Bundestagsabgeordnete fürchtet, dass besonders die wirtschaftlich arbeitenden Häuser Nachteile erleiden. Es bestehe die Gefahr, dass die Bemühungen der wirtschaftlich arbeitenden Krankenhäuser konterkariert werden. „Das dürfen wir nicht zulassen“, sagte das Mitglied des Bundestagsgesundheitsausschusses bei einem Besuch im Klinikum Itzehoe.

Zahnarzt Koschorrek will erreichen, dass die Budgeterhöhungen für Kliniken nicht länger an die Veränderung der Grundlohnsomme gekoppelt sind. Auch der Sanierungsbeitrag der Kliniken und die Investitionsförderung müssen nach seiner Ansicht überdacht werden.

Grundsätzlich hält Koschorrek eine stärkere Betonung der Chancen des Gesundheitsmarktes statt einer reinen Kostenbetrachtung für notwendig. Unter diesen geänderten Voraussetzungen hätten nach seiner Ansicht wirtschaftlich geführte Kliniken wie das von ihm besuchte Klinikum Itzehoe gute Chancen, sich weiterzuentwickeln.

Das Haus in Schleswig-Holstein wird nach Angaben von Verwaltungschef Bernhard Ziegler in diesem Jahr voraussichtlich das erste Mal rote Zahlen schreiben, weil Tarifierpassungen und Sachkostensteigerungen nicht mehr ausgeglichen werden können. Das Klinikum Itzehoe zahlt bei einem Gesamtumsatz von rund 80 Mio. € bislang rund 50 Mio. € für Personal, davon rund 17 Mio. € für die Ärzte.

Unter den bisherigen Bedingungen konnte das kommunale Haus noch 2 Mio. € Gewinn erwirtschaften, die in die Modernisierung investiert wurden. Die jetzt anstehenden Kostensteigerungen werden das Haus in die roten Zahlen rutschen lassen, ohne dass noch Einsparungen möglich sind, die die Patienten nicht weiter belasten. Zugleich stellte die Klinikleitung klar, dass sie die Tarifierhöhungen für unverzichtbar hält: „Die Forderungen der Belegschaft sind in Ordnung.“ Schon jetzt arbeitet das Personal nach Auskunft von Unfallchirurg Dr. Hol-

ger Dörr „am Anschlag“. Nach seinen Angaben überlegen viele Kollegen, besser dotierte Stellen an anderen Standorten anzunehmen. Verschärft wird die Arbeitsbelastung, weil Arztpraxen nicht mehr für die gewünschte Entlastung sorgen können – Praxisnachfolger sind schwer zu finden.

(Zitiert nach: Ärzte Zeitung 9./10. Mai 2008)

Finanzielle Entlastung der Krankenhäuser

Die Amtschefinnen und Amtschefs der Gesundheitsressorts der Länder empfehlen den Ministerinnen und Ministern, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder folgenden Entschluss:

„Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder bitten die Bundesregierung, die angespannte finanzielle Situation der Krankenhäuser zu verbessern, indem in einem entsprechenden Gesetzgebungsverfahren

1. der durch das GKV-WSG eingeführte Sanierungsbeitrag zugunsten der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009 aufgehoben wird;
2. die steigenden Kosten der Krankenhäuser – insbesondere aufgrund der jüngsten Tarifabschlüsse – angemessen finanziert werden.

Begründung:

Die finanzielle Lage der Krankenhäuser spitzt sich mehr und mehr zu. Die jüngsten Tarifabschlüsse im öffentlichen Dienst bedingen weitere Mehrkosten, die unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht refinanziert werden können. Die Krankenhäuser müssen daher dringend finanziell besser gestellt werden.

Durch das GKV-WSG wurden die Krankenhäuser zur finanziellen Sanierung der Gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Insbesondere werden seit 2007 0,5 Prozent des Rechnungsbetrages abgezogen, wenn gesetzlich Versicherte behandelt werden. Eine weitere Erhebung ist den Krankenhäusern aufgrund ihrer gestiegenen Kosten nicht zumutbar. Gleichfalls muss die Möglichkeit geschaffen werden, die Personalkostensteigerungen bei der Krankenhausvergütung zu berücksichtigen. Wird den Krankenhäusern keine Möglichkeit der Refinanzierung eröffnet, ist ein weiterer massiver Personalabbau in den Krankenhäusern zu befürchten, der letztlich die Patientenversorgung beeinträchtigt.

Die Länder halten daran fest, dass auch die Beitragssatzstabilität ein wichtiges politisches Ziel bleibt. Die Krankenhäuser haben jedoch durch die seit 1993 bestehende Budgetdeckelung und die rigiden Spargesetze der letzten Jahre einen erheblichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet. Es besteht daher die Gefahr, dass Maßnahmen mit dem Ziel der Ausgabensenkung der Gesetzlichen Krankenversicherung gut funktionierende Versorgungsstrukturen im stationären Bereich beschädigen oder zerstören werden.“

(81. Gesundheitsministerkonferenz 2008, Amtschefkonferenz am 7./8. Mai 2008 in Kiel)



Dr. Rolf Koschorrek,
Mitglied des Deutschen
Bundestages

Foto: Bundestag

Oppositionsparteien mit Initiativen zur Krankenhausfinanzierung

Nach der Bundestagsfraktion Die Linke haben auch Bündnis90/Die Grünen und die FDP eigene Anträge zur Krankenhausfinanzierung in den Bundestag eingebracht. Über den Antrag der Fraktion Die Linke war bereits am 6. März 2008 im Bundestag debattiert worden. Die Anträge von Bündnis 90/Die Grünen von Ende April und der FDP aus der ersten Maiwoche werden gemeinsam mit dem Antrag der Linkspartei am 18. Juni 2008 Gegenstand einer Anhörung des Bundestags-Gesundheitsausschusses sein.

Die Linke: Tarifabschlüsse gegenfinanzieren

Nach Feststellung der Linkspartei in ihrem Antrag vom 5. März 2008 (Bundestags-Drucksache 16/8375) hat die Finanzierungslücke in den deutschen Krankenhäusern inzwischen „bedrohliche Ausmaße“ für Patienten und Personal angenommen. Arbeitsverdichtung durch Stellenabbau, Gehaltsabsenkungen durch Notlagentarifverträge, die Befristung von Arbeitsverhältnissen und die Beschäftigung von Leiharbeitskräften seien „Massenphänomene“ in den Krankenhäusern geworden. Ohne die notwendigen Korrekturen verschärfe die Bundesregierung den Privatisierungsdruck oder die Schließung weiterer Krankenhäuser. Durch die zunehmende Schwere der Krankenfälle steigen nach Meinung der Linkspartei die Kosten pro Behandlungsfall, ohne dass dafür die Entgelte entsprechend ansteigen. Gleichzeitig kämen die Bundesländer ihrer Pflicht zur Übernahme der Investitionskosten nicht nach. Für die Krankenhäuser baue sich unter diesen Bedingungen eine fast ausweglose Situation auf, wodurch eine qualifizierte und flächendeckende Versorgung in Frage gestellt werde.

Die Linke erhebt in ihrem Antrag folgende Forderungen:

- Den im GKV-WSG festgelegten Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückzunehmen,



Dr. Frank Spieth, gesundheitspolitischer Sprecher der Bundestagsfraktion Die Linke

Foto: Mihatsch

- die Lohn- und Gehaltsabschlüsse 2008 für die Krankenhäuser von der Deckelung auszunehmen und von den Kostenträgern im vollen Umfang gegenfinanzieren zu lassen,
- die Anbindung der Budgetsteigerungen (aktuell 0,64 Prozent) im stationären Bereich an die Entwicklung der Grundlohnsumme auf der Grundlage der Kalkulation des Schätzerkreises für die Grundlohnsummenentwicklung in 2008 auf 1,4 Prozent anzuheben,
- gemeinsam mit den Bundesländern eine Regelung zur Behebung des Investitionsstaus in den Krankenhäusern zu treffen.

Bündnis 90/Die Grünen: Krankenhäuser zukunftsfähig machen



Birgit Bender, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen

Foto: Mihatsch

Bündnis 90/Die Grünen fokussieren ihren Antrag zur Krankenhausfinanzierung vom 29. April 2008 (Bundestagsdrucksache 16/9008) ganz auf die Themen Monistik/Dualistik und Krankenhausplanung. Angesichts bestehender Meinungsunterschiede zwischen Bund und Ländern sei zu befürchten, dass die Bundesregierung wieder einmal nur eine „kleine Reform“ zustande bringe, die weit hinter den Reformnotwendigkeiten zurückbleibe. Mit ihren Forderungen will die Oppositionspartei die Investitionsentscheidungen auf die einzelnen Krankenhausträger verlagern. Durch eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung sollen Überkapazitäten abgebaut werden. Langfristig plädieren die Grünen unter anderem für eine stärkere Professionalisierung der Krankenhausplanung, etwa durch eine gemeinsam vom Land und von den Krankenkassen zu tragende „Regulierungsbehörde“. Landeskrankengesellschaften und Patientenvertretungen sollen „beratend“ beteiligt werden.

Bündnis 90/Die Grünen fordern folgende „Eckpunkte“ einer Reform der Krankenhausfinanzierung:

1. Die Umstellung der bisherigen Einzelförderung von Krankenhausinvestitionen auf eine leistungsbezogene Pauschalförderung;

2. die hälftige Beteiligung der Krankenkassen an der Investitionskostenfinanzierung;

3. die gleichberechtigte Beteiligung der Krankenkassen an der Krankenhausplanung.

FDP: Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser

„Wirtschaftlichkeitsdruck aufzubauen ist das eine, ruinöse Unterdeckung gesetzlich zu verantworten aber etwas ganz anderes.“ So heißt es unter anderem im Antrag der FDP-Bundestagsfraktion vom 6. Mai 2008 (Bundestags-Drucksache 16/9057). Die Politik dürfe nicht riskieren, dass über eine gleichermaßen für alle Krankenhäuser geltende Deckelung versorgungsnotwendige Abteilungen in Gefahr geraten, Patienten abgewiesen oder unzureichend behandelt würden. Wie die Linkspartei nimmt auch die FDP detailliert die aktuellen Tarif- und Kostensteigerungen zum Anlass, um konkrete Schritte zur Entlastung der Krankenhäuser zu fordern. Kernpunkte sind unter anderem die Abschaffung der gesetzlichen Budgetierung, aber auch der Übergang zur monistischen Finanzierung:

Die FDP fordert einen Gesetzentwurf, der folgende Änderungen vornimmt:



Daniel Bahr, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion

Foto: Bundestag

- Die Regelung, bei gesetzlich krankenversicherten Personen ein Abschlag in Höhe von 0,5 Prozent des Rechnungsbetrages bei den Krankenhausrechnungen vorzunehmen und auf der Rechnung des Krankenhauses auszuweisen (Sanierungsbeitrag), entfällt mit der Wirkung ab 1. Januar 2008;
- für das Jahr 2008 wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Vertragspartner in den Fällen die gesetzlich vorgegebene maximale Steigerungsrate der Budgets überschreiten können,

Unser Material, Ihre Sicherheit.

Hier sehen Sie, wie Mehrweg-Materialien auf Partikel-freisetzung und partikuläre Reinheit getestet werden. Nur einer von vielen Tests für Ihre Sicherheit, in denen unsere hochwertigen Gewebe und Lamine ihre Überlegenheit in der hygienischen Sicherheit beweisen.

Mehrweg reduziert das Risiko.

Fordern Sie weitere Informationen bei uns an.

Mehrwert mit Mehrweg.

intex
med
INDUSTRIEVERBAND
TEXTIL SERVICE E.V.

Frankfurter Straße 10-14
D-65760 Eschborn
Fon: 061 96-92 00 930
Fax: 061 96-92 00 940
www.intex-med.de
info@intex-verband.de

in denen sie einen Ausgleich für höhere Löhne und Gehälter für erforderlich halten;

- es wird klargestellt, dass ab 2009 die Verhandlungspartner ohne gesetzliche Budgetierung die Möglichkeit haben, die Entwicklung der Krankenhausvergütungen an der Entwicklung des Krankheitsgeschehens auszurichten und nicht an gesetzlich starr vorgegebenen Raten der Grundlohnentwicklung;
- über einen stufenweisen Übergang zur monistischen Finanzierung werden Unwirtschaftlichkeiten durch unterbleibende Investitionen beseitigt.

Zeitplan

Für das im Bundesrat zustimmungbedürftige Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung 2009 ist der folgende Zeitplan möglich:

- Vorlage des Referentenentwurfs Mai/Juni 2008
- Zuleitung der Kabinettsvorlage an das Bundeskanzleramt spätestens 21. Juli 2008
- Kabinettsbeschluss spätestens 30. Juli 2008
- 1. Durchgang Bundesrat 19. September 2008
- Kabinettsbeschluss über Gegenäußerung 24. September 2008
- 1. Lesung Bundestag 25. September 2008
- BT-Ausschuss-Gesundheit (Beschlussfassung über Anhörung) 24. September 2008 (Vorratsbeschluss), Alternativ: Sondersitzung 25. September 2008 nach Plenum
- BT-Ausschuss-Gesundheit (Einführung) 8. Oktober 2008
- BT-Ausschuss-Gesundheit (Öffentliche Anhörung) 8. Oktober 2008
- BT-Ausschuss-Gesundheit (Beratung) 15. Oktober 2008, 5. November 2008 12. November 2008, (Beratung und Abschluss)
- 2./3. Lesung Bundestag 14. November 2008
- 2. Durchgang Bundesrat 28. November 2008 (Fristverkürzung erforderlich!)
- Inkrafttreten 1. Januar 2009

Nichtbeanstandung des BMG zur G-BA-Konkretisierung „Onkologische Erkrankungen“

Am 13. Mai 2008 hat das Bundesgesundheitsministerium mitgeteilt, dass der Beschluss des G-BA gemäß § 91 Absatz 4 SGB V vom 17. Januar 2008 zur Konkretisierung der Onkologischen Erkrankungen in Anlage 3 der Richtlinie „Ambulante Behandlung nach § 116 b SGB V“ nicht beanstandet wird. Dies ist, wie die DKG in einem Rundschreiben feststellte, insofern bedauerlich, da insbesondere die Forderung nach der obligaten Einbindung eines internistischen Hämato-Onkologen in die Patientenbetreuung sowie die in der Konkretisierung festgelegten Mindestbehandlungszahlen hohe Hürden für Krankenhäuser darstellen, die an der Erbringung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V für ihre onkologischen Patienten interessiert sind. Diese und weitere strittige Punkte wurden bereits während der Verhandlungen im G-BA von Seiten der DKG vehement kritisiert sowie auch in Stellungnahmen dem BMG mitgeteilt. Bedauerlicherweise konnten jedoch zu diesen Punkten keine Beanstandung oder Maßgaben bei Nichtbeanstandung herbeigeführt werden. Der Beschluss tritt daher nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Gleichwohl ist aber auch darauf hinzuweisen, dass den Krankenhäusern, welche die Anforderungen erfüllen können, ein breites Indikations- und Leistungsspektrum zur ambulanten Erbringung offen steht. Für die festgelegten Mindestmengen gelten im Übrigen nach § 6 Absatz 4 der Richtlinie Ausnahmen, außerdem wurde für die Behandlung von Kindern keine Mindestmenge festgelegt. Zudem ist zu hoffen, dass mit Inkrafttreten der Konkretisierung „Onkologische Erkrankungen“ Bewegung in die Prüfung und Bescheidung der den zuständigen Landeskrankenhausplanungsbehörden vorliegenden Anträge in diesem Bereich kommt. ■



31. Deutscher Krankenhaustag



Düsseldorf, 19.–22. November 2008

Generalthema „Qualität hat ihren Preis“