

KRANKENHAUS- STRUKTURGESETZ ALS CHANCE NUTZEN

BESCHLUSS DER MIT-GESUNDHEITSKOMMISSION

Die MIT fordert die Bundesregierung und die Parlamentarier auf, das geplante Krankenhaus-Strukturgesetz als Chance einer nachhaltigen Sicherstellung einer vielfältigen stationären Gesundheitsversorgung zu nutzen. Insbesondere muss eine wirksame Finanzierung der notwendigen Personal-, Sach- und Investitionskosten gewährleistet sein.

Begründung:

Aktuell sind durchgreifende Verbesserungen durch die laufende Krankenhausreform von Bund und Ländern im Bereich der Betriebs- und Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser erforderlich. Damit sollte eine Finanzierung der notwendigen Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser sowie der Investitionserfordernisse gewährleistet sein.

Im Entwurf des Krankenhausreformgesetzes sind Passagen enthalten, die im Gegenteil zu weiteren Einschnitten in der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser führen und daher die prekäre Situation der Häuser, die eine flächendeckende Gesundheitsversorgung in Deutschland gewährleisten, zu verstärken. Gleichzeitig sind die im Gesetz skizzierten Vorhaben zur Veränderung der unzureichenden Investitionsförderung enttäuschend! Allein die Idee eines auf 5 Jahre befristeten „Strukturfonds“, der auch noch inhaltlich eingegrenzt werden soll auf die Umwandlung vermeintlicher Überkapazitäten, wird nicht zu der dringend erforderlichen investiven Entlastung der bundesdeutschen Kliniken führen. Die weiteren Einschränkungen der Betriebskostenrefinanzierung werden durch den geplanten Wegfall des Versorgungszuschlages, nach wie vor bestehende Belastungen des Landesbasisfallwerts durch Leistungsentwicklungen oder Produktivitätsentwicklungen auf der Landesebene, erhebliche Kürzungen der Einnahmewachse bei Leistungsausweitungen auf der Ebene der Kliniken selbst durch Regelungen zu Mehrleistungs- bzw. Fixkosten-Degressionsabschlägen, unzureichende

Finanzierung von Lohnzuwächsen und erforderlichen Stellenbesetzungen insbesondere beim Pflegepersonal sowie Investitionsabschläge bei Notfallversorgungen verursacht.

In Deutschland sind perspektivisch momentan mehr als die Hälfte der Krankenhäuser wirtschaftlich in ihrer Existenz gefährdet. Diese Situation wird sich durch die geplanten Regelungen verschärfen. Krankenhausplanung und Investitionsförderung müssen auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Krankenhauslandschaft in Trägervielfalt (frei gemeinnützig, kirchlich, kommunal, privat) gewährleisten. Außer jedem Zweifel stehen Maßnahmen zur qualitativen Bewertung und wirtschaftlichen Betriebsführung. Qualitätsinstanzen auf Landesebene sind die Geschäftsstellen der Qualitätssicherung. Weitere Institutionen (z.B. der Medizinische Dienst der Krankenkassen) verstärken eine Bürokratisierung und sind zur Prüfung nicht erforderlich, durch ihre direkte Anbindung an die Kostenträger auch nicht objektiv.

Drei der genannten Einschränkungen sind maßgeblich und stehen im Fokus dieses Antrages.

Mehrleistungsabschläge bis 2018/Fixkostendegressionsabschläge ab 2017:

Nach der gesetzlichen Regelung ist geplant, Mehrleistungen ab dem Jahr 2016 bindend bis in das Jahr 2018 bei Aufrechterhaltung mit einem Abschlag von 25 % in der Vergütung zu versehen. Bereits ab 2017 sollen bei Mehrleistungen zusätzlich Fixkostendegressionsabschläge eingeführt werden, deren auf der Bundesebene festzulegende Höhe, nach allen Einschätzungen noch deutlich darüber hinaus gehen wird und mindestens 5 Jahre Bestand haben sollen.

Dieser Begriff vermittelt auf den ersten Blick den betriebswirtschaftlichen Ansatz, dass bei einer Mengenausweitung nicht zwangsweise die Fixkosten linear und proportional zur Leistungsentwicklung ansteigen. Es ist sehr fraglich, ob dieser Zusammenhang überhaupt rechnerisch verbindlich über alle Leistungen und Indikationsbereiche hinweg festzulegen ist. Im Ergebnis verhindert diese geplante gesetzliche Regelung durch das Abschöpfen sämtlicher Synergien bei Leistungsausweitungen jegliche dringend notwendige Dynamik des Systems. Auch durch die gleichzeitig geplanten erheblichen Einschränkungen von Ausnahmetatbeständen kann nicht zwischen den erwünschten, den erforderlichen und

den unerwünschten Leistungsausweitungen unterschieden werden. So werden auch die durch Demographie und sinnvolle medizinische Innovationen erforderlichen Angebots- und damit Leistungsausweitung unterbunden und verhindert.

Eine wirtschaftliche Leistungserbringung und solide betriebswirtschaftliche Organisation mit diesen Abschlägen ist für die Krankenhäuser nicht möglich. Diese Regelung bringt Verunsicherung, ist entwicklungshemmend, wird der aktuellen Demographie und dem Patientenaufkommen in den Krankenhäusern nicht gerecht und ist ein massives bürokratisches Regulativ.

Die Entstehung der Mehrleistung lässt sich durch die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung und natürlich auch die fortschreitenden Verbesserungen in der Medizin erklären. Eine diesen Parametern angemessene Finanzierung sollte dann auch Gesetzesgrundlage sein.

Landesbasisfallwert / Bundesbasisfallwert:

Einen Bundesbasisfallwert gibt es bisher nur fiktiv, als Durchschnittsgröße der Landesbasisfallwerte.

Arbeitsgrundlage der Verhandlung zwischen den Parteien um die Krankenhausbudgets sind weiterhin die einzelnen Landesbasisfallwerte, die in den Bundesländern extreme Unterschiede aufweisen. Diese Unterschiede sind „historisch“ entstanden und lassen sich nicht ökonomisch begründen.

Es ist System, das seit Jahren einige Bundesländer benachteiligt. Schon für mittelgroße Kliniken in benachbarten Bundesländern kann diese „Tradition“ Einnahmeunterschiede im sechs- und siebenstelligen Bereich bei gleichen Kosten bedeuten und führt zu massiven Wettbewerbsverzerrungen. Die Einführung eines Bundesbasisfallwertes ist dringend erforderlich.

Es ist deshalb zu fordern, im Rahmen der Krankenhausreformgesetze diese existenzbedrohende Diskrepanz zu beheben und nicht durch detaillierte gesetzliche Regelungen auf ewig festzuschreiben.

Der Regierungsentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes bedarf also unbedingt einer Änderung bezüglich der Mehrleistungs- bzw. Fixkostendegressionsabschläge, der stärkeren Angleichung der Landesbasisfallwerte als Kernforderung. Weiterhin müssen tarifliche Personalkostensteigerungen finanziert sein.

Das marktwirtschaftlich untaugliche Regulativ einer Budgetierung führt zu einer ungerechten Kollektivhaftung. Mehrleistungen einzelner Häuser bedingen zumindest außerhalb der Fallpauschalen in dieser Systematik immer noch eine weitere Vergütungsverkürzung durch eine Reduktion des Landesbasisfallwertes auf Landesebene und die Mehrleistungs- bzw. Fixkostendegressionsabschläge auf der Ebene der einzelnen Klinik und führen so zu einer doppelten Degression.

Die zunehmende Notfallversorgung in den Krankenhäusern ist bei der drohenden Unterversorgung im ambulanten Bereich auch finanziell sicherzustellen.

Insgesamt ist dem aktuellen KHSG Gesetzesvorhaben zweifellos viel „guter Wille“ zu konstatieren. Die Bundesregierung geht sogar von erheblichen Mehreinnahmen aus. Das Problem ist jedoch, dass die Grundlagen dafür weitgehend unbestimmt sind (z.B. Sicherstellungs-, Zentrenzuschläge), dazu noch in schwierigen bilateralen Verhandlungen den Krankenkassen abzurufen sind und für wenige Kliniken gelten, während die konkret zu erwartenden Einnahmerückgänge (ab 2017 ca. 1 Mrd. €) nach dem Gesetz weitgehend fest stehen, nicht verhandelbar sind und alle Kliniken betreffen.