



Stellungnahme des Marburger Bund Bundesverbandes

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein

Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

BT-Drucksache 17/3040

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Tel. 030 746 846 – 0
Fax 030 746 846 – 16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 18.10.2010

Der Marburger Bund teilt die Einschätzung der Bundesregierung, dass Deutschland ein qualitativ hochleistungsfähiges Gesundheitssystem mit einem für alle Bürgerinnen und Bürger offenen Zugang besitzt, das auch im internationalen Vergleich bestehen kann. Eine strukturelle Weiterentwicklung und die Sicherstellung einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung muss oberste Priorität haben.

Es ist ein Dilemma der gesundheitlichen Versorgung, dass die medizinischen Möglichkeiten schneller wachsen als die Bereitschaft, dafür finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Wenn aber die Finanzmittel für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung nicht ausreichen, sind Leistungseinschränkungen die unausweichliche Konsequenz. Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des langen Lebens wird auch in Zukunft Investitionen in Personal und Infrastruktur nach sich ziehen müssen, um das Gesundheitswesen demographiefest zu machen und die Versorgung der älter werdenden und länger arbeitenden Bevölkerung sicher zu stellen.

Soweit Ausgabenbegrenzungen unausweichlich sind, müssen diese angemessen und fair auf die verschiedenen Leistungserbringer verteilt werden.

Bezogen auf die Krankenhäuser lässt der vorgelegte Gesetzentwurf dies nicht ausreichend erkennen.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2 (§§ 6 und 9)

Wechsel in die Private Krankenversicherung

Der Marburger Bund begrüßt die Regelung, wonach ein Wechsel in die PKV zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresentgeltgrenze möglich ist. Damit wird die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-WSG wieder hergestellt.

Insbesondere Arbeitnehmer, die bereits unmittelbar nach dem Studium als akademische Berufsanfänger mit ihrem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen und nie gesetzlich versichert waren, können jetzt wieder eigenverantwortlich entscheiden, ob sie sich privat oder aber freiwillig gesetzlich versichern wollen.

Dies stärkt neben der Wahlfreiheit auch den Wettbewerb zwischen GKV und PKV.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und
Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Dauerhafter Mehrleistungsabschlag für zusätzlich vereinbarte Krankenhausleistungen

Die bereits vorhandenen Belastungen der Krankenhäuser werden durch die geplante Kürzung der Vergütung bei zusätzlichen Leistungen weiter verstärkt. Demnach soll für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 % eingeführt werden.

Derartige pauschale Abschläge treffen die leistungsstarken Krankenhäuser und insbesondere Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung überproportional und führen zu entsprechenden Verzerrungen zwischen den Kliniken. Insgesamt werden den Krankenhäusern durch die vorgesehene Regelung weitere Morbiditätsrisiken aufgebürdet.

Von daher plädieren wir dafür, die Höhe des Abschlages zu reduzieren und/oder spezielle Ausnahmen(z.B. Notfälle/Schwerverletzte/Transplantationen etc.) zu definieren.

Zu begrüßen ist, dass der Gesetzestext expressis verbis klarstellt, dass die Abschläge bei der Ermittlung des Landesbasisfallwertes nicht absenkend berücksichtigt werden, da es anderenfalls zu einer doppelten Vergütungsminderung kommen würde.

Entgegen dem noch im Diskussionsentwurf vorgesehenen Prüfauftrag sieht der Gesetzesentwurf nunmehr ab 2012 verbindlich vor, dass die Höhe der Abschläge auf der Ortsebene krankenhausesindividuell zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt werden soll.

Damit kommt es systempolitisch zu einer Abkehr des Prinzips „gleicher Preis für gleiche Leistung“ und zu einem Einstieg in Rabattverhandlungen, die nach Auffassung des Marburger Bundes kein geeignetes Instrumentarium zur Finanzierung von stationären Leistungen darstellen.

Zudem betrifft die dauerhafte Vergütungskürzung nur den stationären Bereich, während Ausgabenbegrenzungen im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich nur auf die Jahre 2011 und 2012 begrenzt sind.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Halbierte Grundlohnrate als Obergrenze

Bereits seit langem ist erkannt, dass die Deckelung der Krankenhausbudgets durch die Anbindung an die Grundlohnrate kein geeignetes Mittel zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser darstellt, da weder die Dynamik des medizinischen Fortschritts noch die von den Kliniken nicht zu verantwortenden Kostensteigerungen abgebildet werden. Zudem darf ein leistungsorientiertes Vergütungssystem grundsätzlich nicht gedeckelt werden.

Die Schere zwischen steigenden Ausgaben in Folge des erhöhten Behandlungsbedarfs und den begrenzten Einnahmen geht immer weiter auseinander. Diese Entwicklung hat zu einer chronischen Unterfinanzierung geführt und in wesentlichem Maße zu den Finanzproblemen der Krankenhäuser sowie der Überlastung und Überforderung des Klinikpersonals beigetragen.

Erfreulicherweise wurde durch die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) ein struktureller Prozess der Veränderung insofern eingeleitet, als das Statistische Bundesamt beauftragt wurde, einen Orientierungswert zu entwickeln, der die spezifischen Kostenstrukturen und –entwicklungen im stationären Bereich besser als die bisherige Veränderungsrate berücksichtigt.

Umso bedauerlicher ist es, dass dieser Orientierungswert nun nicht zügig eingeführt wird und es stattdessen erneut wie in der Vergangenheit zu Kostendämpfungsmaßnahmen kommen soll. Die vorgesehene Halbierung der ohnehin niedrigen Grundlohnrate für die Jahre 2011 und 2012 als Obergrenze für den Anstieg der Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist willkürlich und unangemessen. Sie wird die Klinikträger zu weiteren Einschränkungen zwingen.

Ärzte und Pflegekräfte erhöhen Jahr für Jahr durch ihre Leistungen die Arbeitsproduktivität, ohne dass dies in der finanziellen Ausstattung der Kliniken angemessen berücksichtigt wird. Ausweislich der Zahlen des Statistischen Bundesamtes stieg die Zahl der stationären Patienten im Jahre 2009 auf 17,8 Millionen, das heißt im Vergleich zum Vorjahr um 290 000 (+ 1,6 %), gleichzeitig sank die Verweildauer erneut auf nunmehr durchschnittlich 8,0 Tage

(2008: 8,1 Tage). Da die Personalkosten im Krankenhaus deutlich über 60 % liegen, muss mit einem entsprechenden Abbau des ohnehin schon knappen Personals gerechnet werden.

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser im Wettbewerb um geeignetes Personal – insbesondere um Ärztinnen und Ärzte – weiter benachteiligt werden. Unter diesen Vorgaben kann die bereits jetzt sehr hohe Zahl von 5.500 unbesetzten Arztstellen nicht reduziert werden.

Der Marburger Bund wiederholt daher seine Forderung nach einer hundertprozentigen Refinanzierung der Personalkosten und spricht sich dafür aus, zumindest Öffnungsklauseln für die Berücksichtigung von Lohnsteigerungen vorzusehen wie dies bereits in der Vergangenheit üblich war und gemäß § 6 Abs.1 Bundespflegesatzverordnung bei psychiatrischen Kliniken möglich ist.

Zudem wurde die Veränderungsrate für 2011 mit 1,15 % deutlich höher als erwartet festgestellt und die konjunkturelle Entwicklung lässt den Schluss zu, dass diese auch in 2012 über 1 % liegen wird.

Von daher appelliert der Marburger Bund an den Gesetzgeber, die geplante Kürzung der Veränderungsrate zu überdenken um die Krankenhäuser nicht über Gebühr zu belasten.

Insgesamt plädiert der Marburger Bund dafür, die Kostendämpfungsmaßnahmen für den stationären Bereich auf das Jahr 2011 zu begrenzen.

Angesicht des von führenden Wirtschaftsforschungsinstituten und der OECD prognostizierten Wirtschaftswachstums und des vermeintlich geringeren Defizits der GKV für das Jahr 2011 ist eine Kostendämpfungspolitik für den stationären Bereich „auf Vorrat“ in keiner Weise zu begründen.