



Der Deckel

muss weg!

ver.di

**ver.di bringt die Politik
in Bewegung!**

**Pflegewochenende der kath. Betriebsseelsorge
Obertrubach 14./15.11.2008**



*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*

**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Krankenhausfinanzierung

Nach der Reform ist vor der Reform



Beispiele für die **Gesetzes-und Verordnungsflut der letzten 15 Jahre:**

- 1992 Gesundheitsstrukturgesetz –GSG
- 1994 Bundespflegesatzverordnung –BPfIV
- 1996 Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996
- 1996 Beitragsentlastungsgesetz –BeitrEntlG
- 1997 1. GKV-Neuordnungsgesetz –1. NOG
- 1998 GKV-Finanzstärkungsgesetz –GKVFG
- 1998 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz –GKV-SolG
- 1999 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
- 2002 Fallpauschalengesetz –FPG
- 2003 Fallpauschalenänderungsgesetz –FPÄndG
- 2004 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz –2. FPÄndG
- 2006 Arzneimittelversorgungswirtschaftlichkeitsgesetz –AVWG
- 2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz –GKV-WSG
- 2008 Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausversorgung ??

Krankenhausfinanzierung



- 1972 wurde die Krankenhausfinanzierung umgestellt.
- Seither gibt es die „duale Finanzierung“.
- Dies bedeutet: Die Betriebskosten werden über den Preis der Krankenhausbehandlung bezahlt. (Krankenkassen)
- Die Investitionskosten (Gebäude und Großgeräte) werden aus Steuern bezahlt.
(Investitionsfördermittel von den Ländern)

Vorteil: Die Investitionen werden nicht aus Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber (Lohnnebenkosten) finanziert, sondern aus Steuern.

Krankenhausfinanzierung



Monistische Finanzierung

Investitionen und Betriebskosten werden aus einer Hand finanziert.

Nach den aktuellen Überlegungen sollen die Krankenkassen diese Aufgabe übernehmen. Weil derzeit aber ohne massive Beitragssatzsteigerungen keine Kasse in der Lage ist - die zusätzliche Belastung entspräche mindestens einem halben Beitragssatzpunkt – fordern die Befürworter der Monistik einen Steuerzuschuss. Den sollen aber nicht die Länder, sondern der Bund entrichten – evtl. nach einem Steuerausgleich mit den Ländern.

Krankenhausfinanzierung

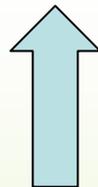


Duale Krankenhausfinanzierung

Investitionskosten

Fördermittel

Bund/Länder



Steuerzahler

Betriebskosten

Pflegesatz / DRG

Krankenkassen



Versicherte

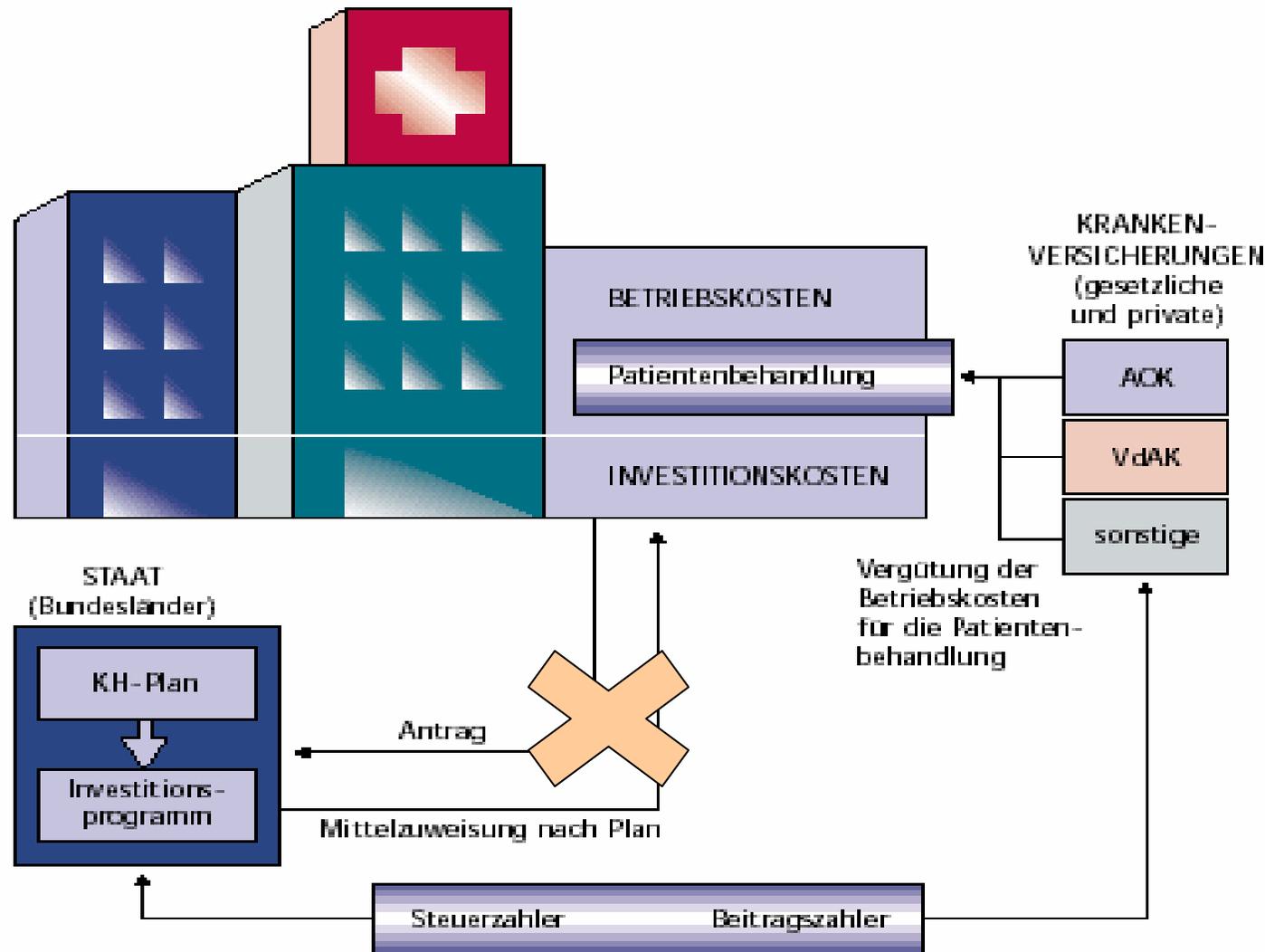
Einnahmen in beiden Bereichen sind rückläufig

Krankenhausfinanzierung



Der Deckel
weg!

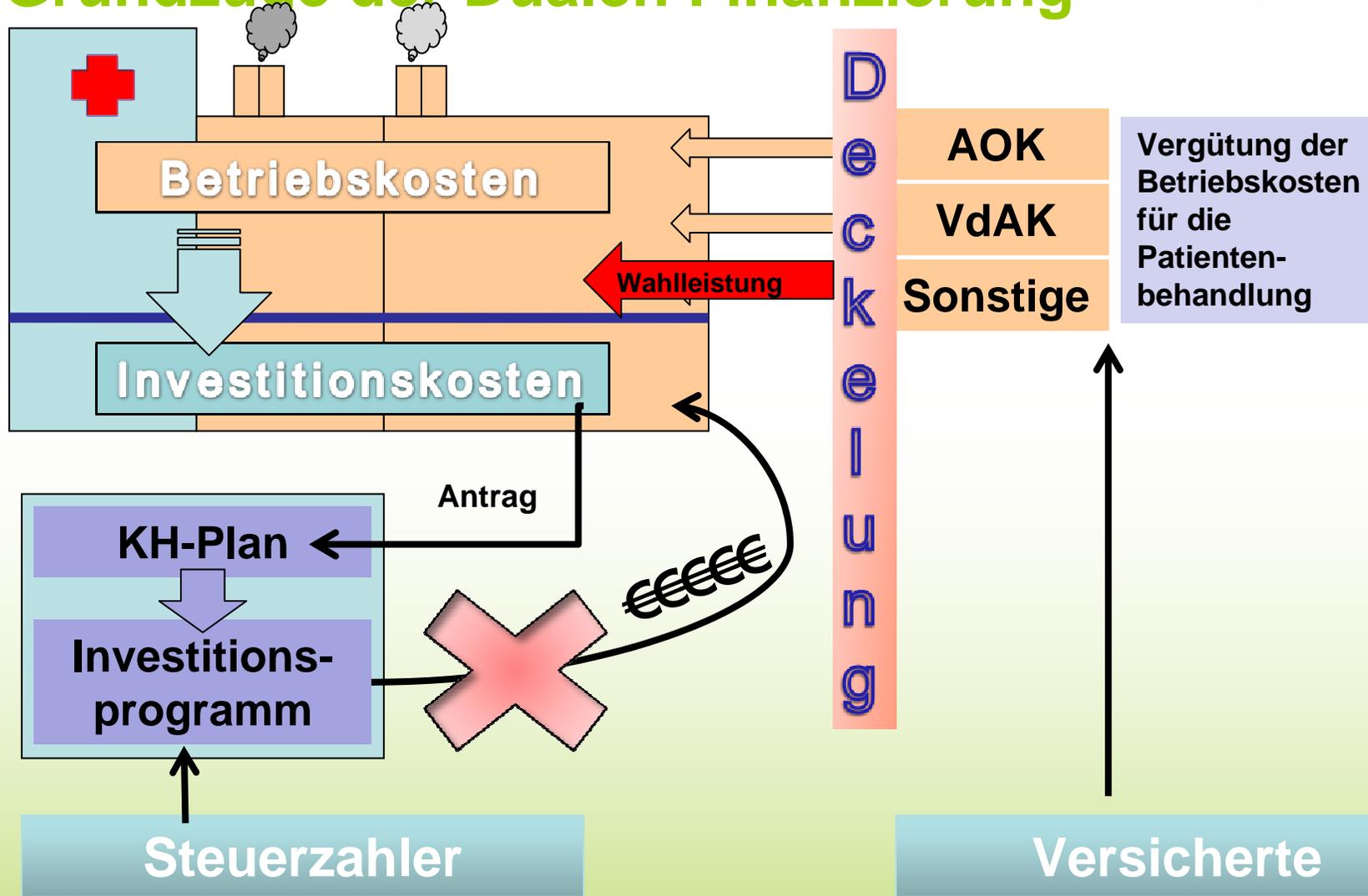
GRUNDZÜGE DER DUALEN KRANKENHAUSFINANZIERUNG



Krankenhausfinanzierung



Grundzüge der Dualen Finanzierung



Krankenhausfinanzierung



Der Budgetdeckel

Gesetzlich vorgegebene Begrenzung der jährlichen Budgeterhöhungen für Krankenhäuser auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Koppelung an die Grundlohnsumme).

Die Deckelung wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeführt und sollte ursprünglich als ›**Sofortbremsung**‹ die Krankenkassen **kurzfristig** vor überproportionalen Steigerungen der Krankenhausausgaben in den Jahren 1993 bis 1995 schützen.

Krankenhausfinanzierung



Phasen der Deckelung

Phase 1 (1993–1995):

Ein Deckel mit Löchern; PsychPV, PPR, Übernahme der Tarifsteigerungen;

Diese Deckelung sollten ausdrücklich nur für die Jahre 1993, 1994 und 1995 gelten.

Krankenhausfinanzierung



Phasen der Deckelung

Phase 2 (1996–2002):

Verschärfte Budgetdeckelung durch Aussetzung der PPR im Jahr 1996 und Aufhebung im Jahr 1997; Beitragsentlastungsgesetz mit Kürzung der Budgets um 1 %; reduzierter Ausgleich für Tarifsteigerungen mit Beginn der sog. BAT-Schere und Beginn des

Personalabbaus:

95.650 VK bis 2006 (22.125 VK im ärztl. Dienst neu geschaffen, gesamt im nichtärztl. 117.774 VK reduziert, Pflegedienst 51.243)

Krankenhausfinanzierung



Phasen der Deckelung

Phase 3 (2003–2008):

DRG-Fallpauschalensystem (DRG= Diagnosis Related Groups); KH sollen in Gewinner und Verlierer aufgeteilt werden. Kürzung der Budgets in den Jahren 1997, 1998, 1999, (um 1 %) 2007 und 2008 (0,8)

Primäres Ziel der Einführung von DRG-Fallpauschalen war nicht die Senkung der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung insgesamt, sondern eine Umverteilung der Finanzmittel unter den Krankenhäusern. Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Fallkosten (Verlierer) sollten – vereinfacht dargestellt – durch die Angleichung der krankenhausspezifischen Basisfallwerte an landesweite Durchschnittskosten (Landesbasisfallwert) Budgetanteile verlieren, die an Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Fallkosten (Gewinner) verteilt werden.

Krankenhausfinanzierung



Betriebskosten

Anbindung an die Grundlohnsumme

- Bis 1993 galt das Vollkostenerstattungsprinzip der Betriebskosten
- Umstellung der Finanzierung: gekoppelt an die Grundlohnsumme = Deckel
- Krankenhaus-Einnahmen dürfen soviel steigen wie die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen aus Beiträgen (Grundlohnsumme) ...
... egal welche Kostensteigerungen die Krankenhäuser tatsächlich haben.

Krankenhausfinanzierung



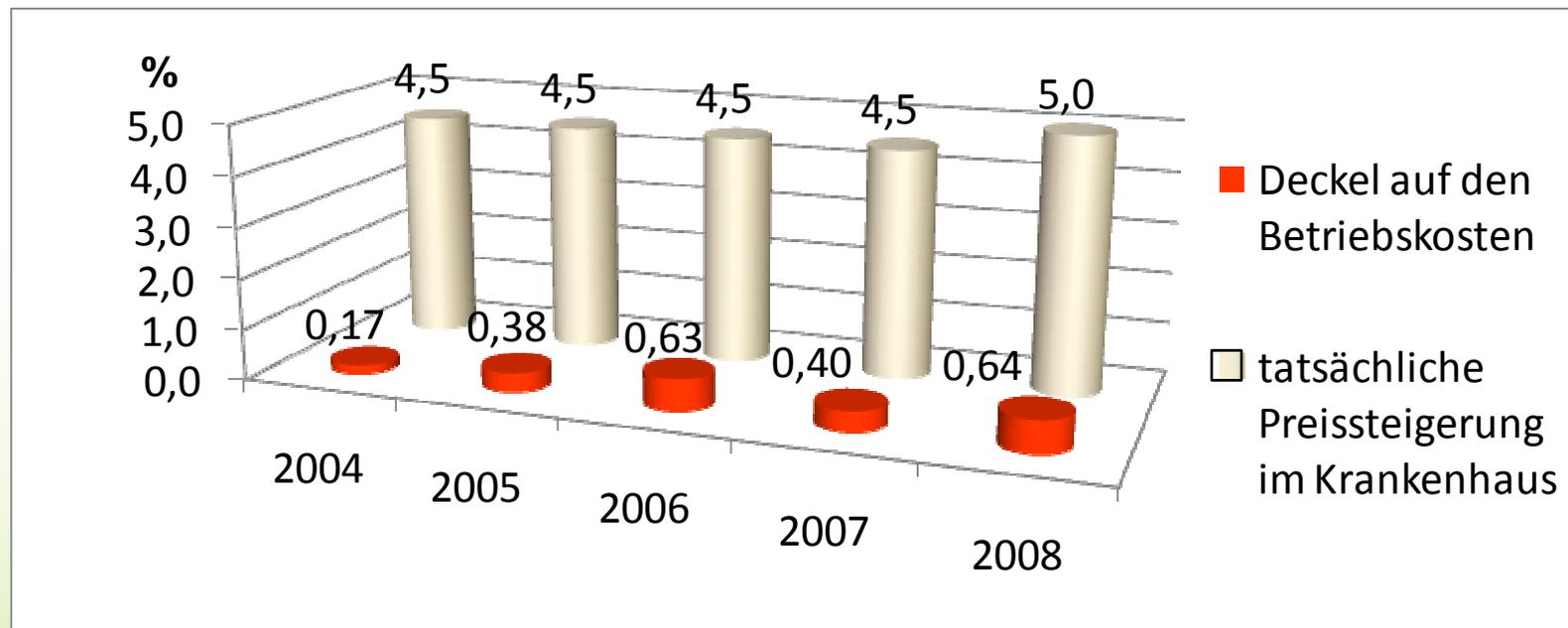
Prof. Dr. Michael Simon, FH Hannover

Auch wenn dies gegenwärtig nicht im Zentrum der Diskussion steht, wird in absehbarer Zeit sehr wohl die Frage zu diskutieren sein, ob die ›Scharfschaltung‹ eines offensichtlich unausgereiften DRG-Systems wirklich zu verantworten war. Es geht hier nicht um ein virtuelles Computerspiel oder eine neue Runde ›Monopoly‹, sondern um tief greifende Eingriffe der Politik in einen gesellschaftlichen Funktionsbereich, der – durchaus in Analogie zur Medizin zu sehen – erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder sogar ernsthafte und dauerhafte Schädigungen des ›Patienten‹ zur Folge haben kann.

Krankenhausfinanzierung



Krankenhauseinnahmen unterm Deckel



Krankenhausfinanzierung



Auswirkungen des Budgetdeckels

Personalkostenreduzierung

Preiskomponente

Mengenkomponente

Krankenhausfinanzierung



Personalkostenreduzierung

Preiskomponente

- Outsourcing oder Ausgründung von Betriebsteilen
- Kürzung übertarifl. Zahlungen, Durchsetzung betriebl. Vereinbarungen (z.B. des Urlaubsgeldes oder 13. Monatsgehalmtes)
- Abschluss eines Notlagentarifvertrages mit zeitlich befristeten Gehaltskürzungen zur Überwindung einer aktuellen wirtschaftlichen Notlage
- Ausstieg aus dem öffentlichen Tarifgefüge durch Austritt aus dem Arbeitgeberverband
- Abschluss eines Haustarifvertrages, der im Gesamtvolumen zu einer Kostenentlastung des Krankenhauses führt
- Beibehaltung eines tariflosen Zustandes, in dem Arbeitsverträge und Gehälter individuell zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ausgehandelt werden

Krankenhausfinanzierung



Personalkostenreduzierung

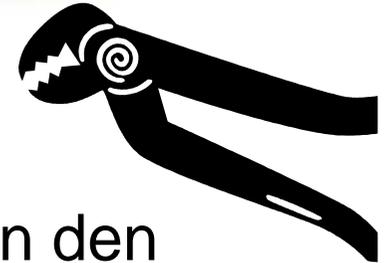
Mengenkomponente

- zeitlich befristete Wiederbesetzungssperren für frei werdende Stellen
- Umwandlung unbefristeter Arbeitsverhältnisse in befristete Beschäftigungen
- Umwandlung von Vollzeitbeschäftigungen in Teilzeitbeschäftigungen
- schrittweiser Abbau von Stellen durch die dauerhafte Nichtbesetzung frei werdender Stellen
- Ersetzen fester Beschäftigungen durch Leiharbeit, insbesondere im Pflegedienst
- betriebsbedingte Kündigungen, wenngleich – allem Anschein nach – insgesamt in geringem Umfang

Krankenhausfinanzierung



Krankenhäuser in der Zange



- Von beiden Seiten wurden die Krankenhäuser in den vergangenen 15 Jahren in die Zange genommen:
- Die Betriebskosten wurde gedeckelt.
- Die Länder haben die Investitionsförderung teilweise drastisch gekürzt.

Krankenhausfinanzierung



Innovationsdruck verlangt Investitionen

Krankenhäuser stehen unter hohem Innovationsdruck:

- Sie müssen mit dem medizinischen Fortschritt Schritt halten.
- Sie sollen beste medizinische Leistung zum günstigsten Preis erstellen. Dazu müssen sie Rationalisierungsmöglichkeiten ausschöpfen.
- Ihre Gebäude sind zu Zeiten anderer medizinischer und organisatorischer Konzepte gebaut worden.

Da ist es fatal, wenn sie nicht investieren können.

Krankenhausfinanzierung



Investitionskosten

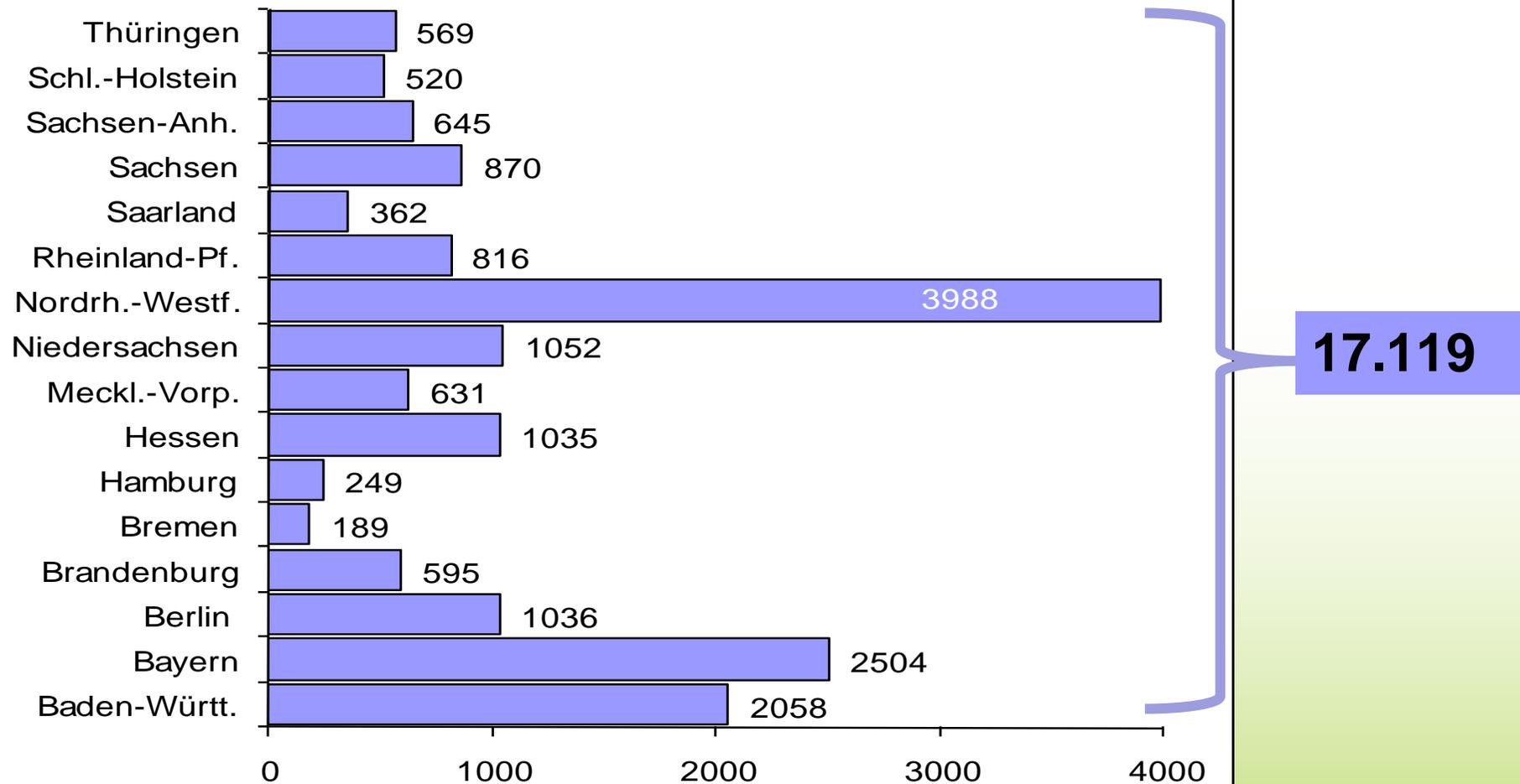
- Investitionsstau von ca. 56 Milliarden Euro

Krankenhausfinanzierung

Stellenabbau im Jahre 2004



Modernisierung auf Kosten des Personals
So viele Stellen gingen den Krankenhäusern verloren

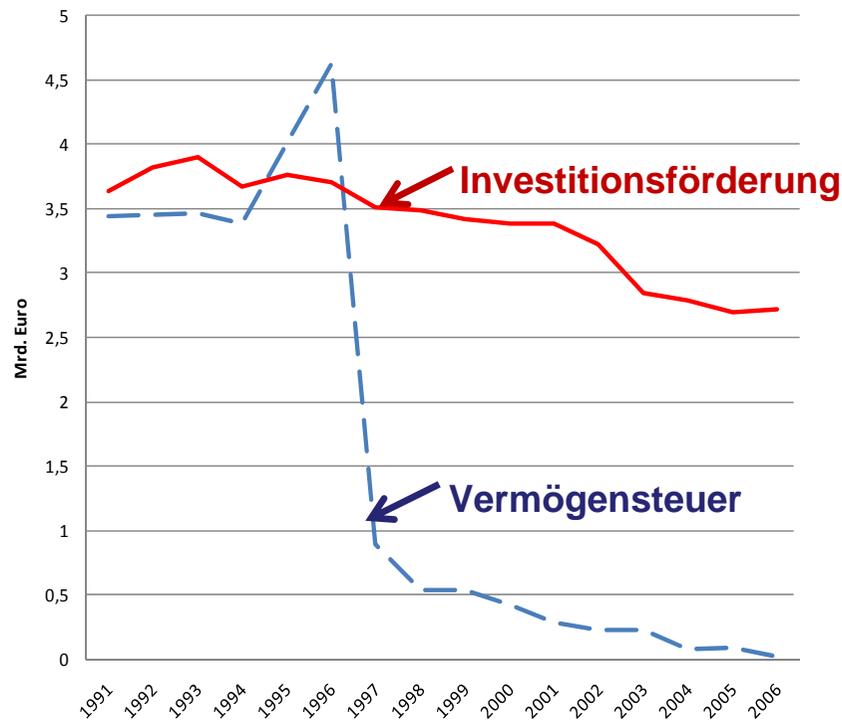


Seit Abschaffung der Vermögenssteuer kommen die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsförderung immer weniger nach



Entwicklung der Krankenhausinvestitionen und der Einnahmen aus Vermögenssteuer der Länder

Deutschland alle Bundesländer insgesamt



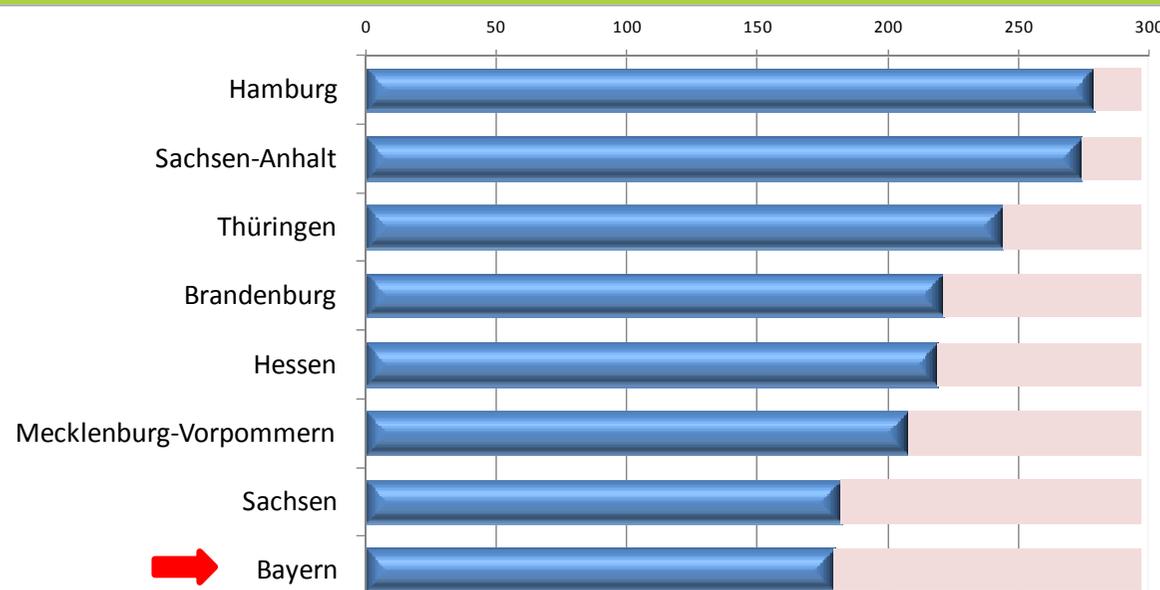
Krankenhausinvestitionen 2006:

Deutschland alle Bundesländer insgesamt:

Ist-Fördermittel 2006 2.722.000.000 Euro
je Fall 162 Euro

Fördermittel-Bedarf (ohne Investitionsstau)
5.000.000.000 Euro
je Fall 297 Euro

Es fehlen 2.277.800.000 Euro
je Fall 135 Euro



Krankenhausinvestitionen 2006:

Bayern:

Ist – Fördermittel 2006 452.600.000 Euro je Fall 179 Euro

Geschätzter Fördermittel-
Bedarf (ohne Investitionsstau) 751.498.540 Euro je Fall 297 Euro

Differenz 298.898.540 Euro je Fall 118 Euro

■ Ist Fördermittel in Euro ■ Differenz zum Fördermittelbedarf

Krankenhaus- fördermittel

je Fall im
Ländervergleich



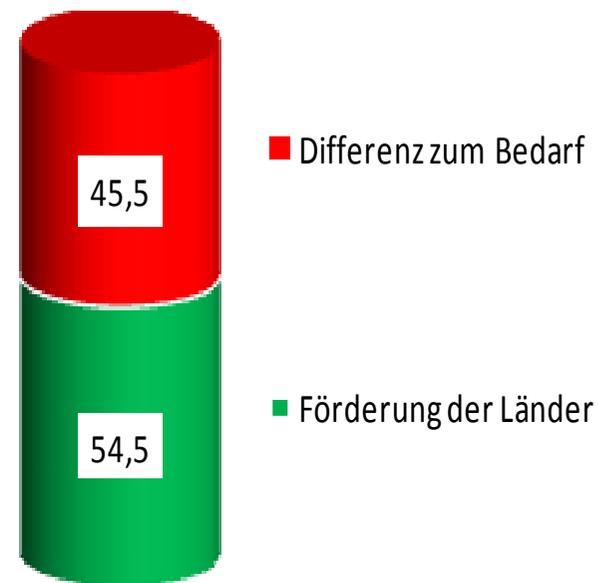
Investitionsmittel der Länder für die Krankenhäuser und Lücke zum Bedarf

Gesetzliche Pflicht:

Die Länder müssen 100% fördern.

Die Realität:

Die Länder finanzieren nur die Hälfte der erforderlichen Mittel für den Erhalt und die Modernisierung der Krankenhäuser.

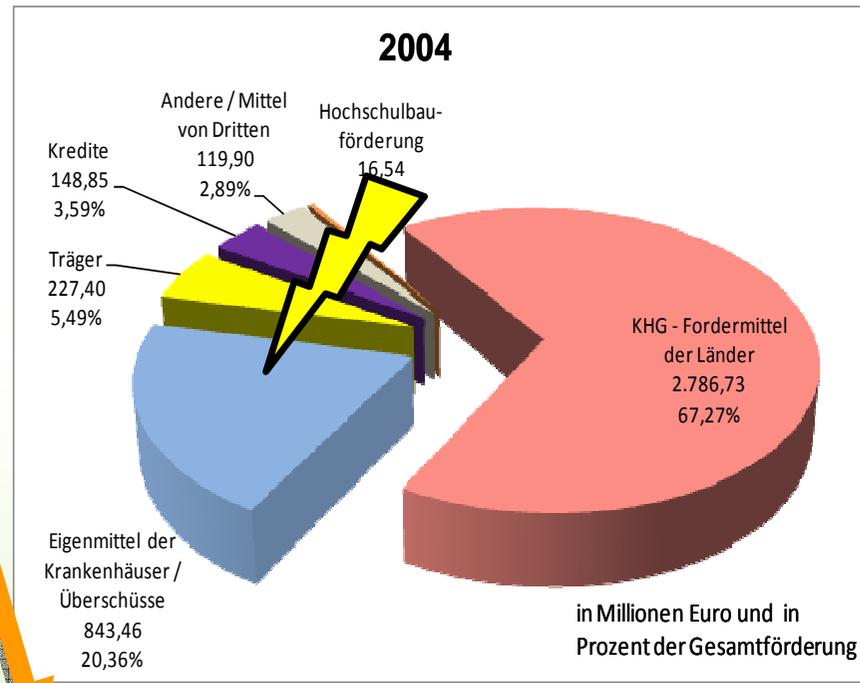
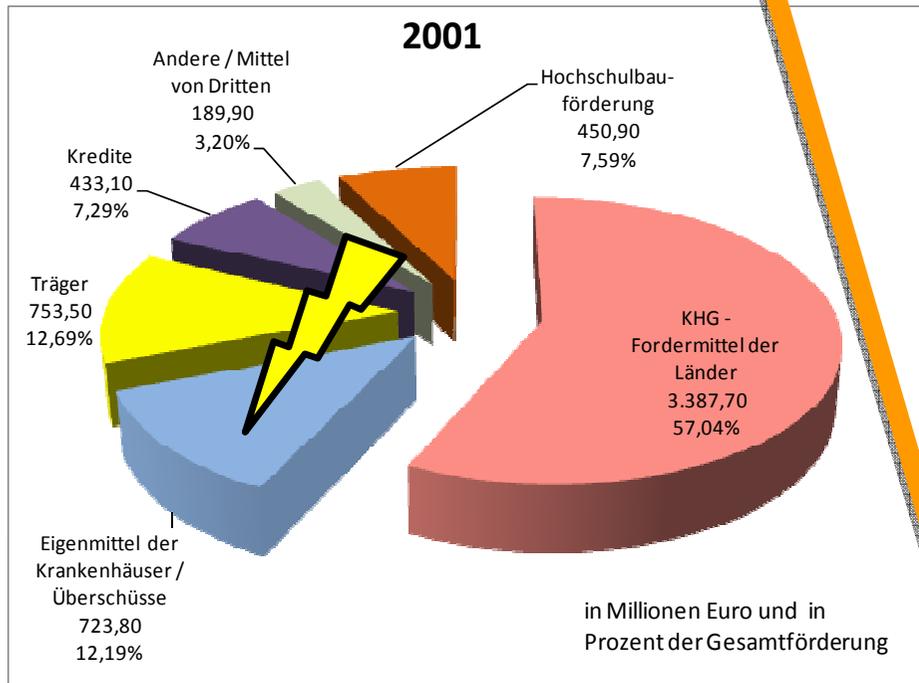


2006

Vergleich der Investitionskostenfinanzierung im Bund 2001 und 2004



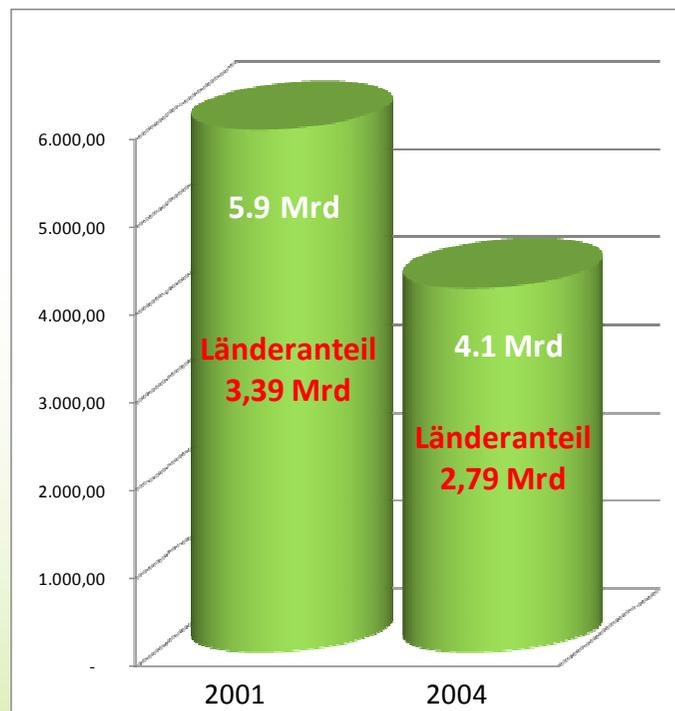
5,9 Mrd. Euro



4,1 Mrd. Euro

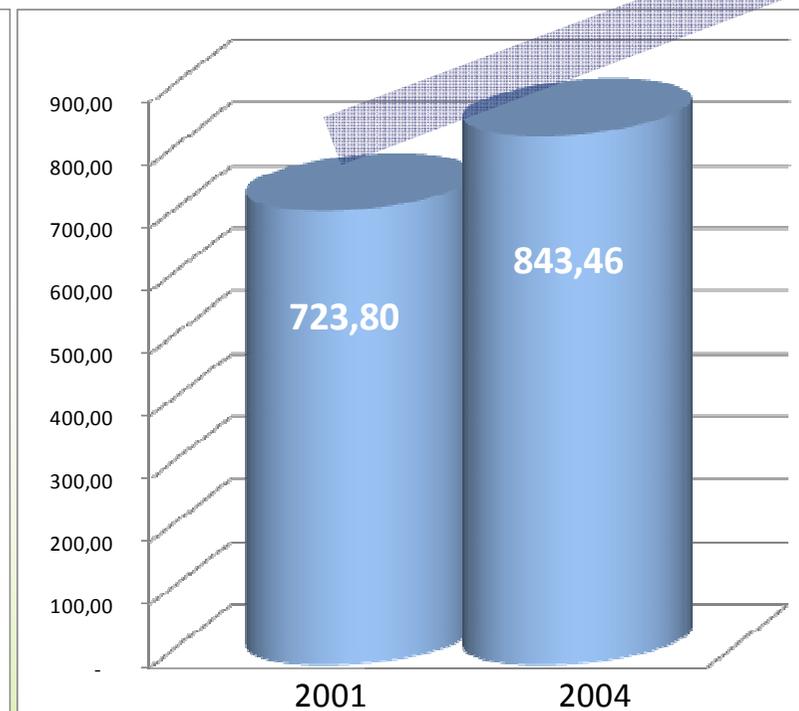


Krankenhaus- investitionen insgesamt



Eigenmittel der Krankenhäuser insgesamt

in Mio. Euro



2008
?
2009
?
2010
?



Und die Folgen sind...bis heute

- Privatisierung
- Outsourcing
- Notlagentarifverträge
- Sanierungstarifverträge
- Ausstieg aus der Tarifbindung
- Ausbau des Niedriglohnbereichs

Personalabbau 100.000 Stellen; dadurch wurden ca. 20 % der Investitionskosten finanziert.



Folgen für das Personal

- Überstunden bes. von Teilzeitkräften (10 – 15 Mio. dokumentierte Überstunden)
- Befristete Arbeitsverträge
- Rufen aus dem Frei
- Qualitätsprobleme
- Behandlungsfehler
- Unzufriedene Patienten
- Überlastungsanzeigen
- Burnout
- Erhöhter krankheitsbedingter Personalausfall



Die Situation für Patientinnen und Patienten verschärft sich

- Viel zu wenig Personal im Krankenhaus.
- Überlastungsanzeigen decken erhebliche Mängel in der Qualität der Krankenversorgung auf.
- 1 Mio. mehr Patientinnen und Patienten
- Bericht eines niedergelassenen Arztes: ältere PatientInnen kommen mit erheblichem Gewichtsverlust aus dem Krankenhaus zurück.
- Personaldecke so dünn, dass weitere Personal-kürzungen zu spürbaren Qualitätsproblemen führen.



Ziele der ver.di Kampagne „Der Deckel muss weg“

Kampagnen-Start im Mai 2008

- Ziel: Der Einnahme-Deckel (Anbindung an die Grundlohnsumme) muss weg.
- Dauerhaft funktionsfähiges System:
Krankenhauseinnahmen müssen entsprechend den wirklichen Kostensteigerungen steigen.
- Steuerung der Krankenhauspreise erhalten, keine Marktlösung.



**Bundeskabinett beschloss
am 24. September 2008**

**3,21 Mrd. Euro mehr
für die Krankenhäuser**

Davon ist nur ein Teil „neu“.



Die Krankenhäuser erhalten bereits nach geltendem Recht im Jahr 2009

- Rund 1 Mrd. Euro aufgrund der Budgetsteigerung von 1,41 Prozent,
- 200 Mio. Euro höhere Einnahmen bei der Behandlung von Beamtinnen, Beamten und Privatpatienten aus Mitteln der privaten Krankenversicherung,
- 230 Mio. Euro durch den Wegfall des sogenannten Sanierungsbeitrags für die Krankenkassen (0,5 Prozent Abzug bei jeder Krankenhausrechnung).

1,43 Mrd. €

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Mit dem neuen Gesetz erhalten die Krankenhäuser zusätzlich



- 1,35 Mrd. Euro für die anteilige Tariflohnerhöhung der Jahre 2008 und 2009 – zusammengefasst im Jahr 2009,
- 220 Mio. Euro jeweils für die Jahre 2009, 2010 und 2011 für ein neues Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals,
- 60 Mio. Euro für die Psychiatrischen Krankenhäuser zur Verbesserung der Personalausstattung,
- 150 Mio. Euro für Praxisanleitung in der Ausbildung.

1,78 Mrd. €

Gesetzentwurf der Bundesregierung Tariferhöhungen zur Hälfte ausgeglichen



- So weit die Tariflohnerhöhungen 2008 u. 2009 die Veränderungsrate von 1,41 Prozent überschreiten, werden sie im Jahr 2009 zur Hälfte ausgeglichen.
- Sie werden im jeweiligen Landesbasisfallwert berücksichtigt,
- wirken als Basiserhöhung auch für die Folgejahre,
- entlasten die Krankenhäuser 2009 um etwa 1,35 Mrd. Euro.

Problem:

- Krankenhäuser müssen die andere Hälfte durch Einsparungen im Sach- oder Personaletat realisieren.
- Lebensmittel- und Energiekosten stark gestiegen.

Gesetzentwurf der Bundesregierung Förderprogramm für Pflegepersonal



- Auf drei Jahre befristete Förderung der Einstellung von ausgebildetem Pflegepersonal in den Krankenhäusern,
- 2009 bis 2011 jährlich bis zu 0,48 Prozent Zuschlag zum Budget eines Krankenhauses, wenn Neueinstellungen erfolgen.
- Gefördert werden 70 Prozent der Personalkosten.

Problem:

- Krankenhäuser, die zusätzliche Mittel von 30 Prozent der Personalkosten nicht aufbringen können, erhalten die Mittel nicht.

Gesetzentwurf der Bundesregierung Orientierungsverfahren soll den Deckel ersetzen



- 2010 soll ein Orientierungswert des Statistischen Bundesamtes, eine Art Warenkorb für die Krankenhäuser, die strikte Budgetierung ablösen.
- Das Bundesgesundheitsministerium entscheidet, wie viel vom Orientierungswert die Krankenhäuser erhalten.
- Das kann von 0 % bis 100 % reichen.

Die Folge:

- Der Deckel wird nur etwas gelüftet.
- Die Krankenhäuser erhalten keine Planungssicherheit.
- Falls 0 % gegeben werden, ist das schlechter als heute!

Drei ver.di-Forderungen zur Nachbesserung des Gesetzentwurfs



Tarifsteigerungen ganz
Neue Stellen vollständig
Orientierungswert komplett

1. ver.di-Forderung

Tariferhöhung vollständig ausgleichen



- Vollständiger Ausgleich der Tarifsteigerung 2008 und 2009
- Das sind 1,35 Mrd. Euro mehr.

2. ver.di-Forderung Förderprogramm Pflege



- Vollständige Finanzierung der 21.000 Stellen aus dem Förderprogramm der Bundesregierung
- Das sind für die Jahre 2009, 2010 und 2011 jeweils 100 Mio. Euro mehr.

3. ver.di-Forderung

Budgetierung durch „Krankenhaus-Warenkorb“ ersetzen



- Verbindlicher Umstieg von der Budgetierung auf einen „Krankenhaus-Warenkorb“ ab 2010.
- Ziel: Veränderungsrate vollständig ablösen
- Durchschnittliche jährliche Steigerung der Krankenhausausgaben wird voll refinanziert.
- Fallzahlentwicklung, medizinischer Fortschritt und Steigerung der Personal- und Sachkosten werden berücksichtigt.

Hinweis:

- Die Kosten für unterschiedliche Betriebsorganisation werden hierbei nicht subventioniert.

Zwei ver.di-Forderungen an die Länder



Krankenhäuser müssen wieder investieren können, damit sie am medizinischen Fortschritt teilhaben und ihre Leistungen in hoher Qualität zur Verfügung stellen können.

Die Mittel müssen – wie gesetzlich vorgeschrieben - von den Ländern bereit gestellt werden.

1. ver.di-Forderung an die Länder Fördermittel auf das erforderliche Maß anheben



- Angleichung der Fördermittel der Länder auf einen Durchschnitt von 297 Euro / je Fall.*
- Vereinbarung der Dynamisierung des Betrags.
- Durch die sachgerechte Landesfinanzierung werden in den Häusern Investitionsmittel in Höhe von jährlich mind. 850 Mio. frei, die bisher aus den Betriebskosten finanziert wurden.
- Damit könnten 17.000 Stellen wieder finanziert werden.

* Diese Förderquote empfiehlt die Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und das Gutachten von Rürup/IGES im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums.

2. ver.di-Forderung an die Länder

Länder sollen für den Nachteil aus dem Investitionsstau aufkommen



- An Häuser mit großem Investitionsstau sollen die Länder solange Zuschüsse zu den Betriebskosten zahlen, wie das Krankenhaus seine Betriebsabläufe mangels Investitionen nicht optimieren kann.
- Bis 1992 wurde ein solcher Personalmehraufwand berücksichtigt und aus den Mitteln der Krankenkassen bezahlt.
- Nach Einführung der Budgetierung 1993 konnten diese Kosten nur eingeschränkt, mit Einführung der DRG 2004 gar nicht mehr geltend gemacht werden.

Die Kosten müssen von den Ländern, nicht von den Versicherten der Krankenkassen getragen werden!

Wer soll das bezahlen? (Krankenversicherung)



- Der Krankenversicherungsbeitrag muss wegen der ver.di-Forderungen nicht steigen.
- Die erforderlichen Mittel könnten weitgehend ohne Belastung der Versicherten zur Verfügung gestellt werden, wenn der Bund die Verschiebebahnhöfe zu Lasten der Versicherten beseitigt:

Der Bund hat den Versicherten Lasten von 5 Mrd. Euro jährlich aufgebürdet (z.B. Absenkung der Bemessungsgrundlage für Arbeitslose und bei Renten).



Der Bund zahlt für ALG II-Empfänger/innen monatlich 118 Euro an die Krankenkassen. Die tatsächlichen Ausgaben liegen bei 250 Euro.

Die Anhebung auf 250 Euro würde 4,5 Mrd. Euro Mehreinnahmen für die Krankenversicherung bedeuten.

9,9 Mrd. € = 1 Beitragssatzpunkt

Wer soll das bezahlen?

(Investitionen)



- Für die Aufbringung der Landesmittel besteht schon jetzt eine gesetzliche Verpflichtung, die jedoch von den Ländern nicht erfüllt wird.
- Insbesondere kommen sie ihrer Pflicht seit Abschaffung der Vermögenssteuer (reine Ländersteuer) nicht mehr ausreichend nach.
- Die Länder müssen wieder gesetzestreu handeln.
- Wiedereinführung der Vermögensteuer

Rückblick: Erste Erfolge



- 20. Mai Ulla Schmidt stellt auf dem Ärztetag in Ulm fünf Punkte zur Verbesserung der Krankenhausfinanzierung vor
- Juni Die Bundesgesundheitsministerin will 21.000 neue Stellen für das Pflegepersonal im Krankenhaus schaffen
- 2./3. Juli Gesundheitsminister/innen von Bund und Ländern beraten ordnungspolitischen Rahmen und Krankenhausfinanzierung
- 4. Juli Bundesrats-Entscheidung zur Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser
- 22. Aug. Referentenentwurf von Ulla Schmidt
- 10. Sept. Pflegegipfel bei Ulla Schmidt
- 24. Sept. Kabinett beschließt Gesetzentwurf
... einen Tag vor der Großdemonstration!



**Die Demonstration
der 130.000 in Berlin
hat bei der Politik
Eindruck gemacht.**



Wir sind stärker geworden!

Berlin ist überall!
Aktionswoche der Krankenhäuser
in den Regionen 17.11.-20.11.
Jetzt mit örtlichen Bündnispartnern vorbereiten



mit allen Abgeordneten im Wahlkreis über die finanzielle Situation der örtlichen Krankenhäuser und die ver.di Forderungen zur Nachbesserung des Gesetzentwurfs sprechen.

[E-Mail-Aktion \(verdi.bayern.de\)](mailto:verdi.bayern.de)

- Die Krankenhausbeschäftigten geben keine Ruhe. Berlin ist überall! Aktionswoche der Krankenhäuser in den Regionen 17.11.-20.11. und 24.-28.11.
- Jede/r Abgeordnete der Regierungsparteien im Bundestag muss sich mit unseren Forderungen auseinandersetzen und entscheiden:
 - Für oder gegen die Krankenhäuser,
 - für oder gegen die Bedürfnisse von einer Million Beschäftigten,
 - für oder gegen die Interessen von 17 Millionen Patientinnen und Patienten, die jedes Jahr in Krankenhäuser müssen.



Leserbriefe, Leserbrief, Leserbrief schreiben!

**Über Erfahrungen im Krankenhaus schreiben unter
www.krankenhaus-sorgen.de**

**ver.di Kampagne zur Krankenhausfinanzierung
www.der-deckel-muss-weg.verdi.de**

**Aktuelles zum Gesetzgebungsverfahren und Gesundheitspolitik
<http://www.verdi.de/gesundheitspolitik>**



*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*

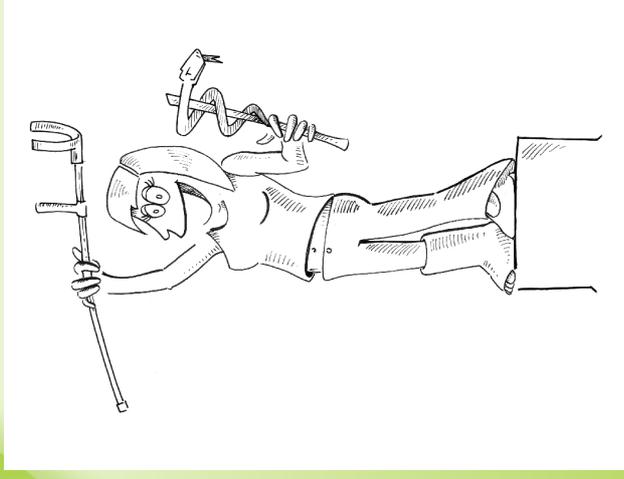
**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**



**Der Deckel
muss weg!**

ver.di

ver.di



Danke für die Aufmerksamkeit

ver.di

Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft