

**Prof. Dr. Ingwer Ebsen  
Goethe-Universität Frankfurt**

**Stellungnahme zu einzelnen Fragen des Entwurfs der Bundesregierung  
eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung  
ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)  
BT-Drs. 16/10807**

**1. Zum ordnungspolitischen Reformcharakter des Entwurfs**

Der Gesetzesentwurf stellt nicht wirklich eine Reform des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausfinanzierung dar. Hierzu hätte es einer Reform der Investitionsfinanzierung bedurft. Deren ordnungspolitisches Dilemma besteht darin, dass im wesentlichen die Länder über das Ausmaß der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser entscheiden und damit auch darüber, in welchem Maße öffentliche Mittel eingesetzt werden, um durch Investitionen die Krankenhausversorgung im laufenden Betrieb wirtschaftlicher zu machen, während die Folgen aus Investitionsversäumnissen erwachsender Unwirtschaftlichkeit letztlich von den Nutzern, also insbesondere aus den Finanzmitteln der GKV zu tragen sind. Hieran ändert der Entwurf im Kern nichts, noch nicht einmal in der Perspektive auf künftige Jahre (dazu unter 2.)

Auch im übrigen ist eine ordnungspolitische Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung mit darin eingeschlossenen Finanzierungskonsequenzen nicht zu erkennen. Dazu hätte es für den GKV-Bereich einer Entsprechung zu den sich entwickelnden Strukturen bei der ambulanten Versorgung bedurft, insbesondere einer Öffnung des Krankenhausbereichs für selektive Verträge analog der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V zusammen mit einer praktikablen Regelung der Vergütungsbereinigung. Dieser Verzicht auf eine Ausweitung der Wettbewerbsstrukturen der GKV

auf den Krankenhaussektor stellt eine ordnungspolitische Widersprüchlichkeit dar. Selbst wenn man im Hinblick auf die Verarbeitung des nunmehr verbindlich „greifenden“ DRG-Systems durch hierdurch belastete Krankenhäuser noch für eine gewisse Zeit einen „Schutzzaun“ für erforderlich hielte, hätte es nahe gelegen, schon jetzt für einen späteren Zeitpunkt eine Öffnung für selektivvertragliche Optionen (auch außerhalb der integrierten Versorgung) vorzusehen.

Statt dessen stellt der Gesetzesentwurf – neben der Umsetzung einer politischen Entscheidung zur allgemeinen Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser zu Lasten insbesondere der GKV – eine hinsichtlich des DRG-Systems durchaus gelungene technische Weiterentwicklung der bisherigen Strukturen der Vergütung im Krankenhaussektor dar.

Die folgende Stellungnahme zur Investitionsfinanzierung berücksichtigt diesen durch die politischen Konstellationen im Bund sowie zwischen Bund und Ländern ersichtlich nicht überschreitbaren Handlungsrahmen des Entwurfs und bleibt insofern selbst auch immanent in den nicht wesentlich veränderten Strukturen.

## **2. Zur Neuregelung der Investitionsfinanzierung**

Die im Entwurf des § 10 KHG vorgesehene Neuregelung der Investitionsfinanzierung trifft selbst noch kaum inhaltliche Regelungen und ist insofern auch hinsichtlich ihrer Konsequenzen nicht zu beurteilen. Immerhin zeigt sie mit dem Konzept leistungsorientierter Investitionspauschalen und eines Landes-Investitionsfallwertes eine Entwicklungsrichtung. Dazu gehört auch der Auftrag an die Träger des DRG-Instituts und dieses selbst, in den nächsten Jahren bundeseinheitliche Kriterien für jeweiligen Investitionsbedarf („Investitionsbewertungsrelationen“) zu formulieren. Letztlich könnte sich aus der Kombination leistungsorientierter Investitionspauschalen und Fallpauschalen (bzw. Pauschalen gem. § 17d KHG) eine „dualistische“ Entsprechung zu dem ergeben, was bei monistischer Finanzierung als Entgelt herauskommen müsste.

Wenn man davon ausgehen könnte, dass auf diese Weise bundesweit einheitlich der Investitionsbedarf an Gesichtspunkten der Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet und gedeckt würde, wäre immerhin ein Rahmen geschaffen, in welchem die Krankenhausversorgung wirtschaftlicher gestaltbar wäre. Jedoch sieht der Entwurf eine solche Lösung nicht wirklich vor. Mit der Maßgabe, dass die Länder den bisherigen Spielraum hinsichtlich Maß und Art der Investitionsförderung behalten sollen, bleiben auch die bundesweit einheitlichen Investitionsbewertungsrelationen allenfalls argumentativ einsetzbare Beurteilungskriterien. Damit ändert sich nicht wirklich das Dilemma, dass es im Haushaltsinteresse des Landes liegt, an eigener Investitionsförderung zu Lasten der Nutzer zu „sparen“.

In der Logik der Neuregelung läge es, die Gestaltung der Investitionspauschalen zumindest im Sinne von Mindestregelungen und im Hinblick auf die Investitionsbewertungsrelationen für die Länder verbindlich zu machen. Ob es hierzu im Laufe der für das Jahr 2009 vorgesehenen „Festlegungen“ durch Bund und Länder kommt, ist ein Test auf die Ernsthaftigkeit der Neuregelung. Der Bundesgesetzgeber hätte die Kompetenz zu solchen Festlegungen; allerdings bedürfte ein solches Gesetz, da es Pflichten von Ländern zur Erbringung finanzieller Leistungen begründete, nach Art. 104a Abs. 4 GG der Zustimmung des Bundesrates.

## **3. Zur Umsteuerung der Vergütungsdynamisierung von der Veränderungsrate nach § 71 SGB V zum Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG**

Unbestreitbar ist die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen kein sonderlich geeigneter Indikator für die Kostenentwicklung bei den Leistungserbringern in der GKV – in der Krankenhausversorgung ebenso wenig wie in anderen Sektoren. Die gesetzliche

Orientierung an ihr stellt eher eine (nur vage und auf vielfältige Weise durchbrechbare) gesetzgeberische Leitlinie für die Entwicklung der hinnehmbaren Kosten der GKV dar.

Demgegenüber stellt sich für den Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG die Frage nach seiner Funktion. Wenn er wirklich die Leitlinie für künftige Entgeltentwicklungen im Krankenhaussektor würde, stellte er zum einen eine Wiederannäherung an ein (kollektives) Selbstkostendeckungsprinzip dar. Er würde bei Wahrung des Prinzips des § 71 SGB V im übrigen auch die Frage aufwerfen, zu Lasten welcher Sektoren diese Veränderung ginge. Schließlich müsste auch mit einer Signalwirkung der vom Statistischen Bundesamt entwickelten Indikatoren auf diejenigen Akteure gerechnet werden, die auf die Kosten der Krankenhäuser Einfluss haben.

Der Entwurf sieht zwar keine Automatik vor, sondern eine Entscheidung des BMG über den eigentlich relevanten „Veränderungswert“. In ordnungspolitischer Perspektive ist dies – ebenso wie die schon geltende rechtliche Gestaltung für die Bestimmung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 2 SGB V – eine weitere Entwicklung in Richtung auf eine Politisierung der GKV. Die „Politik“ wird damit noch mehr zum Adressaten notwendigerweise immer gegenläufiger Interessen. Dies ist konträr zum Konzept der Selbststeuerung der GKV-Versorgung durch einerseits planvoll austarrierte Selbstverwaltungsstrukturen und andererseits Marktprozesse.

#### **4. Zur Förderung der Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals**

Der Gesetzesentwurf geht davon aus, dass und in welcher Höhe die derzeitige Ausstattung mit Pflegepersonal unzureichend ist. Als einmalige, auf drei Jahre begrenzte Maßnahme wird die Neueinstellung von Pflegekräften dadurch gefördert, dass bis zur Höhe von jährlich 0,48 % des Gesamterlösbetrages 70% der entsprechenden zusätzlichen Personalkosten von den Kassen zu tragen sind. Dieser so erhöhte Erlös soll ab 2012 in das allgemeine DRG-Vergütungssystem so überführt werden, dass Bereiche mit erhöhtem pflegerischen Aufwand gefördert werden.

Es gehört zu den problematischen „planwirtschaftlichen“ Elementen des Entwurfs, dass der Staat zu wissen meint, was eine angemessene Personalausstattung von Krankenhäusern ist, zumal hier unterschiedliche Organisationen (auch der Abläufe und Arbeitsteilungen) zu ganz unterschiedlichem Bedarf an Pflegepersonal bei gleicher Qualität führen können. Dies erkennt der Entwurf selbst dadurch an, dass 30 % der zusätzlichen Personalkosten bei den Krankenhausträgern verbleiben und dass 5 % der Zusatzbeträge gar nicht in Personalkosten gehen müssen, sondern gerade auch für innovative Arbeitsorganisation verwendet werden können.

Wenn man von diesem grundsätzlichen Einwand absieht, ist die Regelung des § 4 Abs. 10 des KHEntgG für die Jahre 2009 – 2011 so gefasst, dass das gesetzgeberische Ziel zügig und ohne wesentliche Mitnahmeeffekte erreicht wird.

Allerdings sind die Krankenhausträger ab 2012, wenn die gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG erhöhten Erlöse in das DRG-Vergütungssystem und nach § 10 Abs. 12 KHEntgG auch in den Landesbasisfallwert hineingerechnet sind, wieder frei, mit diesen Erlösbestandteilen nach eigener unternehmerischer Entscheidung zu verfahren. Insofern ist die gesetzgeberische Einwirkung auf die internen Strukturen der Krankenhäuser nicht nachhaltig. Das ist angesichts der Problematik dieser Einwirkung noch nicht einmal negativ zu bewerten, zeigt aber, was die Funktion der Maßnahme angeht, den Mischcharakter derselben. Es handelt sich um eine mit einer punktuellen Einwirkung auf die Personalsituation der Krankenhäuser verbundene Erhöhung der Krankenhausentgelte mit einer strukturellen Besserstellung pflegeintensiver Versorgungsbereiche.