



Interessenverband
kommunaler
Krankenhäuser e.V.

Dr. Hansjörg Hermes

Dr. med. Christoph Rüschemeyer

**Stellungnahme zum Gesetzentwurf
der Bundesregierung
vom 7. November 2008 für ein
Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen
der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009**
-
(Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz - KHRG)

Es muss anerkannt werden, dass sich das Ministerium große Mühe gegeben hat, die drängenden Probleme zu lösen - allerdings bleiben viele erhalten und neue kommen hinzu.

Reform der Krankenhausinvestitionsfinanzierung der Länder

Die zunächst geplante Einführung von Investitionspauschalen ist entfallen. Damit bleibt das Problem der insgesamt zu geringen Fördermittel und der sehr unterschiedlichen Höhe der Förderung zwischen den Bundesländern bestehen.

Ohne eine einheitliche Investitionsfinanzierung verbietet sich ein bundeseinheitlicher Basisfallwert von selbst.

Anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009

Es ist zu begrüßen, dass die Tariflohnerhöhungen aus 2008 und 2009 bei der Ermittlung des Basisfallwertes 2009 berücksichtigt werden sollen. Eine Berücksichtigung von lediglich 50% reicht jedoch bei weitem nicht aus.

Es besteht eine Regelungslücke ab 2010. Vor den anstehenden Bundestagswahlen in 2009 ist ein weiteres, die Ausgaben im Gesundheitswesen steigerndes Gesetz politisch kaum machbar, nach den Wahlen schon allein wegen der Kürze der Zeit nicht mehr rechtzeitig.

Ein Gesetz sollte so formuliert sein, dass es auf unbestimmte Zeit anwendbar ist. Eine zeitliche Befristung mit anschließender Regelungslücke ist unverantwortlich. Sie provoziert gesetzgeberische „Notregelungen“ in letzter Minute.

Die Krankenhäuser brauchen aber Planungssicherheit. Bei fehlender gesetzlicher Regelung der Rahmenbedingungen sind sie gezwungen, das denkbar schlechteste Szenario anzunehmen.

Hochproblematisch ist die vorgesehene Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Inkrafttreten des Orientierungswertes und den Anteil des Orientierungswertes festzulegen, der bei der Ermittlung der Basisfallwerte berücksichtigt werden darf. Letztlich wird hierdurch die umständliche Ermittlung eines Orientierungswertes überflüssig, da ohnehin der willkürlich festgelegte Faktor des Ministeriums die Veränderungsrate der Basisfallwerte bestimmen würde.

Da dieser durch den „Ministerial-Faktor“ veränderte Orientierungswert sowohl über, als auch unter dem tatsächlichen Bedarf liegen könnte, wäre eine demokratische Legitimation im Einzelfall zwingend zu fordern. Eine gewollte Unterdeckung der Kosten stationärer Versorgung bedeutet nicht nur einen Eingriff in die Eigentumsrechte der Kliniken und ihrer Beschäftigten, sondern durch die als Folge resultierende Rationierung stationärer Behandlung auch in die Rechte der Patienten.

Planmäßiger Wegfall des Abschlags in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten (GKV-Rechnungsabschlag)

Bereits bei Einführung des 0,5%-Abzugs zur Sanierung der Gesetzlichen Krankenversicherung war die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser schlechter als die der Krankenversicherungen. Es wurde daher erwartet, dass dieser Abschlag entfällt. Allerdings sollte dies auch rückwirkend gelten.

Einführung eines Sonderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern

Der Abbau des Pflegepersonals in den letzten Jahren war die absehbare, logische Konsequenz aus der durch das DRG-System und den zusätzlichen Druck der Krankenkassen bewirkten Verkürzung der Liegezeiten sowie die durch die (politisch gewollte) chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser seit Einführung der Budgetierung.

Eine nur anteilige Finanzierung zusätzlicher Stellen wird daher kaum in der Lage sein, das Problem der sehr engen Personaldecke der deutschen Krankenhäuser zu lösen.

Von der vorgeschlagenen Regelung würden vor allem Krankenhäuser mit steigenden Fallzahlen und damit ohnehin bestehendem Personalbedarf profitieren. Bei der Mehrzahl der Krankenhäuser mit stagnierenden oder gar sinkenden Fallzahlen wird sie nicht zu Mehreinstellungen führen.

Im übrigen ist das Problem der enorm gestiegenen Arbeitsbelastung nicht auf die Krankenpflege beschränkt, sondern betrifft nahezu alle Berufsgruppen in den Krankenhäusern.

Schrittweise Angleichung der heute unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor

Ein bundeseinheitlicher Basisfallwert ist nur dann gerechtfertigt, wenn die bestehenden Unterschiede auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen wären.

Es ist unstrittig, dass die Relativgewichte des DRG-Systems durch den so genannten Kompressionseffekt verzerrt sind. Dieser bewirkt, dass einfache Leistungen tendenziell zu

hoch und aufwändige Leistungen zu niedrig bewertet sind. Auch wenn das InEK versucht hat, durch verbesserte Kalkulationsmethoden diesen Effekt zu mindern, ist doch noch vorhanden.

Auf Krankenhausebene führt dieser Effekt dazu, dass große, leistungsfähige Krankenhäuser tendenziell höhere Basisfallwerte haben, während kleinere und auf einfachere Leistungen spezialisierte Krankenhäuser niedrigere Basisfallwerte haben. Durch die enormen Anstrengungen der größeren Krankenhäuser zur Kostenreduktion ist der Effekt in den aktuellen Basisfallwerten nicht mehr so gut sichtbar, wie bei Einführung des G-DRG-Systems.

Auf Länderebene spielt der Kompressionseffekt dann eine Rolle, wenn in Stadtstaaten auch die aufwändigen Fälle aus dem Umland versorgt werden. Daneben wird der Landesbasisfallwert auch von anderen, länderspezifischen Faktoren beeinflusst, wie vom baulichen Zustand der Krankenhäuser, unterschiedlich hohen Pensionsverpflichtungen, den Tarifunterschieden zwischen Ost und West beeinflusst. Diese Faktoren müssen zunächst beseitigt werden, bevor ein bundeseinheitlicher Basisfallwert eingeführt werden kann.

Die Ermittlung der Landesbasisfallwerte erfolgt in einem nicht nachvollziehbaren Verfahren. Es werden zwar die vereinbarten Landesbasisfallwerte veröffentlicht, nicht aber die Grundlagen der Ermittlung.

Die Verhandlungen scheinen zumindest in einigen Bundesländern einen nur sehr lockeren Datenbezug zu haben. So wurde in Berlin ein Landesbasisfallwert für zwei Jahre vereinbart, obwohl zum Zeitpunkt der Vereinbarung die Eckdaten des DRG-Systems des nächsten Jahres noch unbekannt waren.

Vor einer Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes muss daher das Ermittlungsverfahren der Landesbasisfallwerte einheitlich und nachvollziehbar sein.

Einführung eines pauschalierenden tagesbezogenen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab dem Jahr 2013

Die Einführung eines DRG-Systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit anschließender Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze macht wenig Sinn. Es werden alle Nachteile eines DRG-Systems, wie insbesondere der extrem hohe Verwaltungs-

aufwand und die problematische Übermittlung hochsensibler Patienteninformationen an die Krankenkasse zu Abrechnungszwecken übernommen, ohne dass ein Vorteil durch einen Anreiz zur Kostenreduzierung durch Liegezeitverkürzung resultiert.

Angesichts der fehlenden positiven Effekte ist ein derartig tiefgreifender Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Patienten und das Arztrecht (Bruch der Schweigepflicht) nicht zu rechtfertigen

Im Rahmen des DRG-Vergütungssystems Überprüfung der Finanzierung von Zusatzkosten, die in Folge der ärztlichen Weiterbildung entstehen

Es ist zu begrüßen, dass überprüft werden soll, ob zur Finanzierung der Mehrkosten der ärztlichen Weiterbildung Zu- oder Abschläge erforderlich sind. Es fehlt allerdings die Regelung, wie mit dem Ergebnis dieser Überprüfung umzugehen ist. Da die Hauptlast der ärztlichen Weiterbildung durch kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser getragen wird und wurde, haben sich diese Mehrkosten bislang in den krankenhausindividuellen Basisfallwerten niedergeschlagen. In der Konvergenzphase wurden entsprechend Budgetanteile abgegeben, bzw. bei Häusern ohne diese Kosten zugeschlagen.

Es ist damit also sowohl eine Regelung für die Zukunft, als auch eine Korrektur der zu Unrecht erfolgten Budgetkürzungen der Vergangenheit zu fordern.

Regelungen für den künftigen Regelbetrieb des DRG-Vergütungssystems

Die Vereinheitlichung der Ausgleichssätze für Mehr- oder Mindererlöse ist überfällig. Allerdings sind insbesondere die Mehrerlösausgleichssätze zu hoch. Die verbleibenden Erlöse sind nur in Ausnahmefällen kostendeckend.

Die eigentlich gewollte Konzentration komplexerer Leistungen an Zentren wird hierdurch unnötig behindert

Die Regelungen zur Gestaltung der Rechnungen für selbstzahlende Patienten werden zwar einerseits dem Patienten etwas mehr Informationen geben, die Rechnung wird aber in der Regel mehrere Seiten umfassen.

Wirklich nachvollziehbar werden die Rechnungen allerdings so nicht. Der Patient müsste die Daten mit einem Grouper nachgruppieren, um die ermittelten DRG's zu überprüfen. Wenn er dies kann, so ist er auch in der Lage, die Textfassungen zu den ICD- und OPS-Codes zu recherchieren.

Im übrigen sind die medizinischen Fachbegriffe der Texte zu den ICD- und OPS-Codes für Laien in der Regel unverständlich. Brauchbare, laienverständliche Fassungen existieren nicht. Die für die Qualitätsberichte verwendeten Fassungen laden eher zum Schmunzeln ein.

Es wäre besser, die Rechnungen auf den Umfang zu beschränken, der für eine formale Überprüfung der Abrechnung durch geeignete Stellen erforderlich ist und dem Patienten das Recht einzuräumen, auf Wunsch eine ausführliche Fassung zu erhalten.