

Prof. Dr. G. Neubauer



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Nixenweg 2 b

81739 München

**Stellungnahme
als unabhängiger Einzelsachverständiger**

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
zum ordnungspolitischen Rahmen der
Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)**

Anhörung am 24. November 2008

1. Vorbemerkung

Der Entwurf zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) stellt keinen Neuanfang der Krankenhausfinanzierung in Deutschland dar, sondern muss als der kleinste gemeinsame Nenner der großen Koalition auf Bundes- und Landesebene bezeichnet werden. Es werden weder im Bereich der Vergütung noch im Bereich der Investitionsfinanzierung neue Wege begangen.

2. Zu den Regelungen im Vergütungsbereich

Im Vergütungsbereich wird ab 1. 01. 2009 ein einheitlicher Landesbasisfallwert angestrebt. Dieser einheitliche Landesbasisfallwert soll im Zeitraum von 2010 bis 2014 in einen bundeseinheitlichen Basisfallwertkorridor einmünden.

Mit der Zielorientierung auf einheitliche Vergütung wird der Weg in eine Fehlversorgung eingetreten: Werden Preise bei uneinheitlichen Versorgungsbedingungen und Leistungen vereinheitlicht, führt dies unausweichlich zu einer Fehlversorgung. Einerseits sind Preise dort zu hoch, wo intensiver Wettbewerb besteht und/ oder die Qualität der Leistungserbringung eher niedrig ist. Andererseits sind Preise dort zu niedrig, wo die Versorgung mehr Angebot braucht und die Qualität relativ hoch ist. Die Vorstellung, dass einheitliche Preise ökonomisch sinnvoll steuern können, ist schlichtweg falsch. Werden aber **Einheitspreise** eingeführt und diese ihrer **Steuerung, insbesondere der Mengen- und Qualitätsentwicklung beraubt**, so werden unausweichlich entsprechende Vorschriften für die Mengen- und Qualitätssteuerung erforderlich.

Teil dieser administrierten Mengensteuerung stellt die Mehrerlösregelung dar. Durch eine politisch bestimmte Preissenkung (65%!) soll einer Mengenausdehnung Einhalt geboten werden. Gleichzeitig wird aber durch die Vorgabe eines Gesundheitsfonds quasi ein Globalbudget für die gesamte Leistungserbringung vorgegeben. Aus dieser Logik des Globalbudgets eines Gesundheitsfonds sind dann Einheitspreise wie ein Divisor, aus dem sich dann die erlaubte Menge errechnen lässt. Wir kommen dann, wie im vertragsärztlichen Bereich, zum so genannten Regelleistungsvolumina.

Die zweite essentielle Neuregelung im Vergütungsbereich stellt die anteilige **Finanzierung der Lohnerhöhungen** direkt durch die Krankenkassen für die Jahre 2008 und 2009 dar. Eine solche Erstattung von zusätzlichen Lohnkosten durch die Krankenkassen ist einerseits ein Rückfall in die Kostenerstattungsphilosophie und zum anderen gefährdet sie generell die Preisstabilität bzw. perpetuiert Inflationstendenzen. Von daher kann eine solche Erstattung als kurzfristige Maßnahme akzeptiert werden, eine längerfristige, indexgebundene Vergütung ist hingegen grundsätzlich ökonomisch abzulehnen. Vernünftiger wäre es hier, durch flexible Preise auf dem Verhandlungsweg den Krankenhäusern Entlastung zu geben.

Ein dritter wesentlicher Teil der Neuregelung im Bereich der Vergütung stellt die Zurverfügungstellung von **21.000 zusätzlichen Stellen im Pflegedienst** dar. Auch diese Maßnahme muss aus ordnungspolitischen Gründen zurückgewiesen werden. Es ist der falsche Weg, Krankenhäusern durch die direkte Subventionierung von Personalkostenstellen helfen zu wollen. Dies ist ein Eingriff in Prozessabläufe, die von außen niemand beurteilen kann. Es käme heute auch niemand auf die Idee einem Unternehmen, beispielsweise den Banken, dadurch zu helfen, dass man ihnen zusätzliche Personalstellen subventioniert. Dass die 30-prozentige Eigenbeteiligung schon für viele Krankenhäuser ein Hindernis sein wird, braucht hier nicht erwähnt zu werden, da die generelle Maßnahme eher als eine wahltaktische, denn als eine betriebswirtschaftlich vernünftige Maßnahme beurteilt werden muss.

Zu begrüßen ist, dass einerseits den Krankenhäusern der **0,5 % Abzug vom Rechnungsbetrag**, wie im Gesetz vorgesehen, ab 2009 weg fällt. Ebenfalls konform mit dem Vergütungssystem ist es, die psychiatrischen Entgelte in eine pauschalierende Vergütung zu überführen. Auch die **Kosten der ärztlichen Weiterbildung** wie auch für die **Ausbildung von Krankenpflege** sind sinnvollerweise in das Vergütungssystem einzubinden. Hier wäre allerdings entweder eine direkte Vergütung für die Ausbildungsleistung sinnvoll oder ein Umlagesystem entsprechend anderen Wirtschaftsbereichen zu schaffen.

3. Neuregelungen im Bereich der Investitionsfinanzierung

Im Bereich der Investitionsfinanzierung ist grundsätzlich kein Durchbruch zu einer monistischen oder auch nur teilmonistischen Finanzierung gelungen.

Alle anderen ersatzweise vorgenommenen Maßnahmen müssen immer unbefriedigend bleiben und werden letztlich das Problem der Krankenhäuser nicht lösen.

Zwar ist die Zusammenlegung der Pauschalfinanzierung mit der Antragsfinanzierung zu begrüßen, doch lässt sich das Problem nicht durch die Zusammenlegung lösen, so lange nicht die Mittel deutlich aufgestockt werden. Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Bereich der Investitionen ist ja landläufig bekannt. Wer aber in Krankenhäuser nicht entsprechend investiert, in dem er entsprechende Investitionsmittel zur Verfügung stellt, muss höhere laufende Kosten übernehmen. Hier sparen die Länder auf Kosten der Krankenversicherungen. Gleichzeitig ist damit die Gefahr verbunden, dass die Innovationskraft der Krankenhäuser, insbesondere wenn es um neue, aufwendige Behandlungsverfahren geht, nicht nur ausgehöhlt, sondern ausgetrocknet wird. Die Vorstellung, dass leistungsorientierte Investitionspauschalen erst kalkuliert und dann auch gefördert werden, ist schlichtweg abwegig. Investitionen müssen Bestandteil der Vergütung sein und den Krankenhäusern in ihrem Einsatz überlassen bleiben. Mit der Vorstellung, Investitionsfallwerte ermitteln zu wollen, wird mit viel Bürokratie ein untaugliches Ziel verfolgt.

4. Regelungen im Einzelfall

Bei den Regelungen im Einzelfall soll hier vor allem die **Finanzierung und Einbringung von Innovationen thematisiert werden**. Schließlich sind die Krankenhäuser die erste Adresse für innovative Diagnose- und Therapieverfahren und Innovationen sind für eine Exportnation von herausragender Bedeutung. Vom Grundsatz her muss jedes Vergütungssystem, das auf einheitlich kalkulierten Vergütungen basiert, die jeweils nur jährlich verändert werden, als innovationshemmend eingestuft werden. Dies trifft auch für die DRG-Vergütung zu. Nun hat der Gesetzgeber mit dem Paragraphen § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz die sehr sinnvolle Option vorgesehen, dass Krankenhäuser neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren jeweils jährlich flexibel mit den Krankenkassen verhandeln können. Dieses zu begrüßende Verfahren bedarf aber dringend der Flexibilisierung und Weiterentwicklung. Zu fordern sind hier:

- Möglichkeit auch unterjährige Innovationsanträge, nicht nur zum 31.10 des Jahres;
- Eine Bewertung der Innovationen mit Status I muss Rechtssicherheit für **mehr** als nur ein Jahr schaffen;
- Die Zulassung für ein Krankenhaus muss zur Zulassung für **alle Krankenhäuser** mit entsprechender Strukturqualität führen;
- Die Implementierung eines Innovationspools, der entweder direkt oder indirekt vom Gesundheitsfonds finanziert wird.

Unerwähnt im Gesetz bleibt die kostensteigernde Wirkung der **unteren Grenzverweildauer**. Die verhindert bzw. bestraft rationellere Behandlungen. Ebenso wird das Problem **tagesklinischer Behandlungen** im DRG-System nicht weitergebracht. Die anfänglichen positiven Effekte des DRG-Vergütungssystems drohen durch eine „Schubumkehr“ kompensiert zu werden.

5. Ausblick

Es kann schon heute gesagt werden, dass mit KHRG die Krankenhausfinanzierung nicht zukunftsfest gemacht, sondern allenfalls in die nächste Legislaturperiode hinübergeschoben wird. Es bleibt Aufgabe der neuen Regierung im Jahr 2009/10, bei den Krankenhäusern weiter über zielführende Reformen nachzudenken und entsprechende Nachbesserungen durchzusetzen. Insbesondere ist die nach wie vor starre Trennung zwischen fachärztlicher Versorgung im Krankenhaus und fachärztlicher Versorgung in der Praxis bzw. in Praxiszentren für unser System kontraproduktiv. Hier sind weitere Brücken zu bauen und insbesondere die Vergütungen anzupassen. So lange dies nicht geschieht, wird die deutsche Krankenversorgung erheblich mehr Mittel verbrauchen als erforderlich wäre.