

Prof. Dr. G. Neubauer



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Nixenweg 2 b

81739 München

Stellungnahme

**als unabhängiger Einzelsachverständiger
zur Finanzsituation der Krankenhäuser**

Anhörung des Deutschen Bundestages,

Ausschuss für Gesundheit,

am 18. Juni 2008

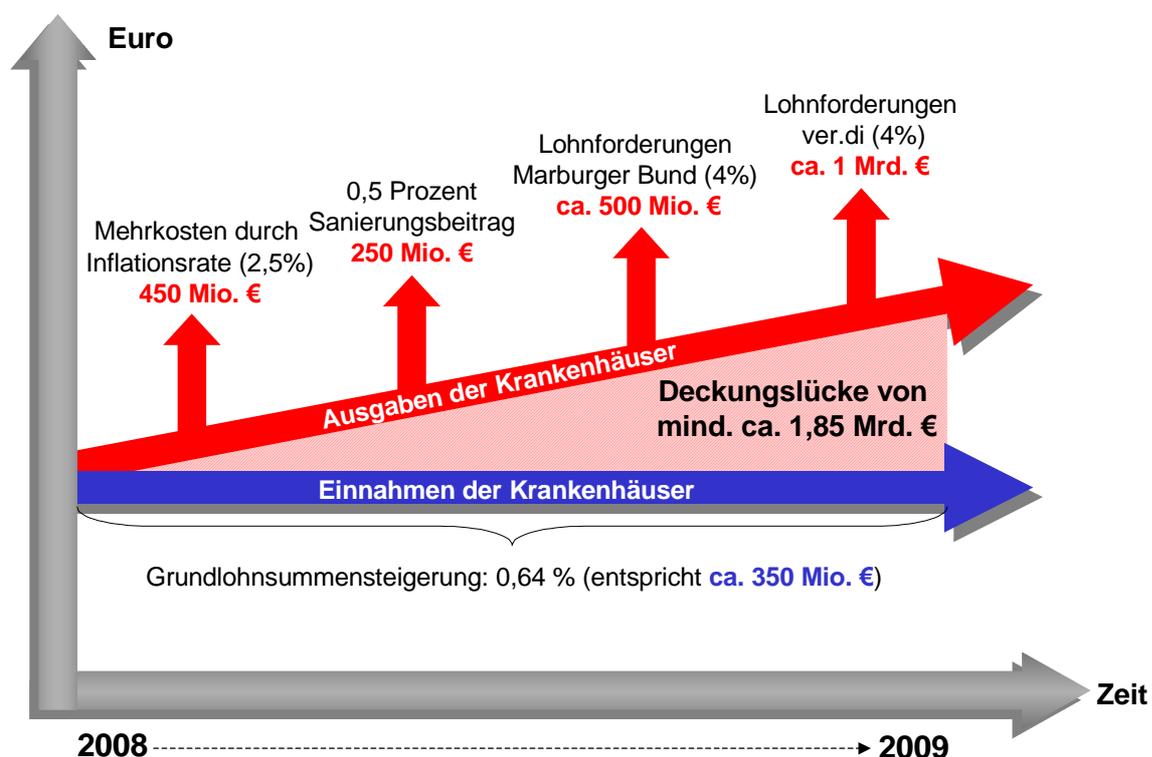
1. Ausgangssituation

Die derzeitige Finanzierung der GKV allgemein wie der Krankenhäuser im Besonderen ist so angelegt, dass ein Großteil der Krankenhäuser ohne durchgreifende Senkung der Personalkosten im Jahr 2008 nicht mehr kostendeckend arbeiten können.

Für das Jahr 2008 hat das BMG den Krankenkassen einen Ausgabenzuwachs von **0,64 %** vorgegeben, obwohl das BIP um **4 %** steigen dürfte. Damit sind die Leistungserbringer nicht in der Lage, die allgemeine Inflationsrate auf bezogene Leistungen (z.B. Arzneimittel, Kraftstoffe etc.) abzudecken; wobei letztere zu einem guten Teil Folge der Mehrwertsteueranhebung von 2007 ist.

Für die Krankenhäuser ergibt sich für 2008 folgendes Bild:

Abb.1: Kosten-Erlös-Schere für die Krankenhäuser 2008



Das Bild macht deutlich, dass allein der im GKV-WSG vorgegebene Sanierungsbeitrag die zugebilligten Erlössteigerung von 0,64 % nahezu auffrisst. Für Innovationen bleibt quasi kein Spielraum!

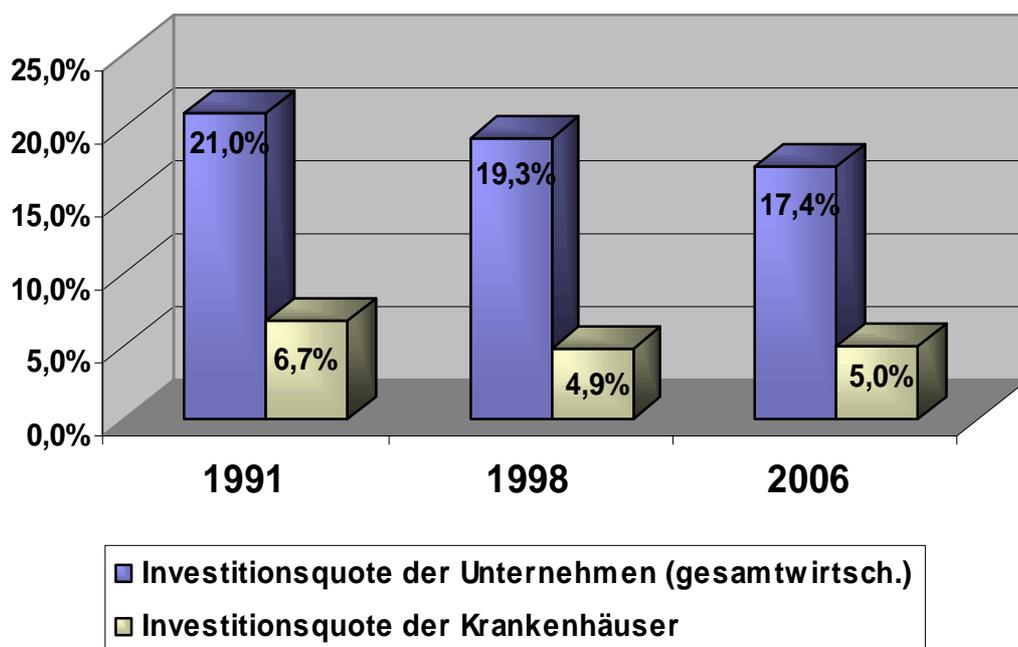
2. Das Dauerproblem: Unzureichende duale Investitionsfinanzierung

Ein Gutachten im Auftrag des BMG (Rürup u.a., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Berlin 2008) zur Investitionsfinanzierung kommt zu dem Ergebnis, „...dass ein aktueller Wert von 5 Mrd. Euro für die Investitionsförderung von Krankenhäusern...“ vonnöten ist. Das bedeutet etwa eine Verdoppelung des derzeitigen Fördervolumens von 2,72 Mrd. Euro. Verglichen mit einer volkswirtschaftlichen Investitionsquote von 15-20% läge die Krankenhaus-Investitionsquote selbst nach einer Verdoppelung auf 5 Mrd. Euro erst bei 8,6%.

Krankenhäuser sind die Träger des medizinisch-technischen Fortschritts. Eine Unterinvestition verschlechtert nicht nur die Versorgungsqualität, sondern verringert auch die Entwicklungschancen der med.-techn. Industrie, ein Industriezweig, in dem Deutschland noch immer Weltgeltung hat.

Schließlich sind die kommunalen Krankenhäuser in den alten Bundesländern besonders nachteilig betroffen, was deren Wettbewerbsposition verschlechtert und sie zu Verlierern im laufenden Verdrängungswettbewerb macht.

Abb.2: Investitionsquoten 1991, 1998 und 2006



3. Kurzfristig zu ergreifende Maßnahmen

Als relativ einfache und doch wirksame Maßnahme kann die Aufhebung des GKV-Sanierungsbeitrags für 2008 empfohlen werden. Das entlastet alle Krankenhäuser gleichermaßen. Sollte eine Gegenfinanzierung erforderlich sein, so ist dies bei der Beitragssatzfestsetzung für den Gesundheitsfonds 2009 zu berücksichtigen.

Eine zweite kurzfristige Maßnahme sollte die Anerkennung der tariflichen Lohnsteigerungen zu 50 % bei den Budget- bzw. Basisfallwertverhandlungen sein. Damit bleiben die Krankenhäuser einerseits unter Druck die Personalkosten weiter abzusenken, andererseits wird keine Leistungsausdünnung bei der Patientenversorgung provoziert.

Die finanzielle Entlastung der Krankenhäuser beträgt damit:

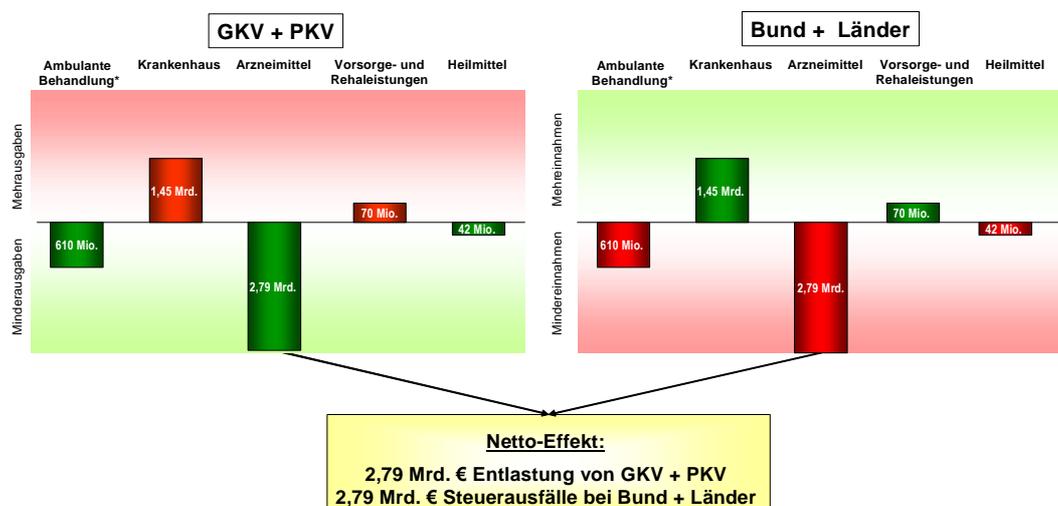
250 Mio. € (0,5 % Sanierungsbeitrag)
1.250 Mio. € (50 % der Personalkosten)
1.500 Mio. € Entlastung insgesamt

4. Teilmonistik durch Absenkung der Mehrwertsteuer auf verschreibungspflichtige Medikamente

Derzeit ist Deutschland einer der vier EU-Mitglieder, die einen vollen Mehrwertsteuersatz auf verschreibungspflichtige Arzneimittel erheben. Bei einer Absenkung des Mehrwertsteuersatzes von 19% auf 7% ergäbe sich für die Krankenkassen ein Einsparbetrag von etwa 2,7 Mrd. Euro, das entspräche ziemlich genau der im Rürup-Gutachten geforderten Aufstockungssumme. Doch würden diese Mittel von Bund und Länder etwa gleichgewichtig aufgebracht. Der Bund würde also auf etwa 1,35 Mrd. Euro Mehrwertsteuereinnahmen verzichten, ebenso wie die Länder. Diese Mittel können von den Krankenkassen bzw. dem Gesundheitsfonds direkt an die DRG-Vergütung angekoppelt werden. Es käme zu einer teilmonistischen Krankenhausfinanzierung, einer Einstiegslösung, der auch viele Länder zustimmen könnten.

Die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel sollte in eine generelle, ermäßigte Mehrwertsteuerpflicht für alle Gesundheitsleistungen eingebettet werden. Da dadurch mittelfristig die Gesundheitsversorgung insgesamt effizienter werden dürfte. Es kommt nämlich durch die Berechtigung zum Vorsteuerabzug zu einer verstärkten Arbeitsteilung zwischen Zulieferern und Gesundheitsbetrieben. Einen Überblick gibt die nachfolgende Abb. 3.

Abb. 3: Netto-Effekte einer 7%igen MwSt. auf Gesundheitsdienstleistungen und Arzneimittel für GKV+PKV sowie für den Staat (Bund & Länder)



5. Reform der GKV-Finanzierung steht aus!

Die derzeitige GKV-Finanzierung kann noch nicht einmal die derzeitigen Finanzierungsprobleme und schon gar nicht die mittelfristigen Probleme einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung bei rasantem Wachstum der therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten lösen. Der Gesundheitsfonds und seine Implikationen lassen keine Lösung erwarten. Hier ist die Diskussion auf dem Stand von 2005 stehen geblieben.

Für eine nachhaltige Finanzierung wäre es sinnvoll, mit den Steuermitteln die in den Gesundheitsfonds fließen, **Gesundheitssparkonten** für die Kinder aufzubauen, statt die gegenwärtigen Beitragszahler zu entlasten. Ziel solcher Gesundheitssparkonten ist es, eine begrenzte, individuelle Kapitalrücklage für die nächste Beitragszahler-Generation aufzubauen. So würde der demographische Wandel und seine GKV-Beitragsfolgen auf mehrerer Generationen verteilt. Sobald die Kinder selbst Beitragszahler werden, dürfen sie, abgesichert durch ihre Gesundheitssparkonten, ihren Beitragssatz durch Zuzahlungstarife absenken!

Abb. 4: Nachhaltige GKV-Finanzierung durch Gesundheitssparkonten

