

17. November 2008

## **Besser verteilter Mangel bei der Krankenhausfinanzierung**

### **Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes**

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum ordnungspolitischen  
Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009  
(Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG)  
BT-Drs. 16/10807**

## Hintergrund

### Etappe auf Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem Gesetzentwurf sollen die künftigen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 vorgegeben werden. Im Zuge der Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis-Related Groups - DRG) werden die Budgets der Krankenhäuser bis zum 1. Januar 2009 an landesweit einheitliche Preise angeglichen. Die zuvor in der Konvergenzphase noch an individuellen Krankenhausbudgets orientierte Vergütung wird mit Beginn des neuen Jahres für die meisten Krankenhäuser auf ein leistungsbezogenes pauschalierendes System umgestellt. Vergütungen werden zukünftig anhand von Landesbasiswerten ermittelt. Ab 2010 soll schrittweise eine Angleichung der im Ländervergleich unterschiedlichen Basiswerte an ein einheitliches Bundesniveau erfolgen. Das Gesetz will außerdem eine solide Kalkulationsgrundlage für die Planung und Durchführung notwendiger Investitionen schaffen.

Die aktuelle wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser erfordert nach Auffassung der Bundesregierung zusätzliche Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Diese belaufen sich auf zwei Milliarden Euro, entsprechend 0,2 Prozent des neu kalkulierten einheitlichen Beitragssatzes von 15,5 Prozent, den alle Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) künftig aufbringen müssen. Darin enthalten ist eine anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008/ 2009, ein Förderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals, der Wegfall eines GKV-Rechnungsabschlages, eine verbesserte Finanzierung der Psychiatrie und eine verbesserte Finanzierung der Praxisanleitung für Auszubildende. Für privat versicherte Personen, Beihilfe-Empfänger und Selbstzahler kommen Kosten im geschätzten Umfang von 200 Millionen Euro hinzu, so dass die Krankenhäuser mit Mehreinnahmen von insgesamt 2,2 Milliarden Euro rechnen können.

Im Vorfeld hatten sich die Bundes- und Landesebene nicht auf eine grundlegende Neuordnung der Krankenhausfinanzierung einigen können. Kompromisse gelangen überwiegend dort, wo die Krankenkassen für die Mehrausgaben aufkommen müssen. Die akute Finanznot vieler Krankenhäuser im Jahr 2008, die auf Kostensteigerungen zurückgehen (Löhne, Lebensmittel, Energie, Sachmittel) bei anhaltender Unterfinanzierung notwendiger Investitionen durch die Länder, wird durch das Gesetz allenfalls gemildert.

## Forderungen

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert die Bundesregierung auf:

- die Beauftragung der Begleitforschung nicht nur an die Selbstverwaltung zu delegieren, sondern selbst Sorge dafür zu tragen, dass diese unabhängig, mit Fokus auf die sektorübergreifenden Versorgungskonsequenzen und zeitnah erfolgt.
- die Qualitätstransparenz durch die systematische Einbeziehung von Patientenerfahrungen (patient reported outcomes) zu verbessern.
- eine längerfristige Strategie und einen konkreten Aktionsplan zur Auflösung des Investitionsstaus auf Seiten der Länder zu initiieren.

## Stellungnahme im Einzelnen

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt, dass die unterschiedlichen Preisniveaus für medizinische Leistungen nun zumindest auf Landesebene angeglichen werden, kritisiert aber, dass wesentliche Aspekte der Organisationsreform wie die ausreichende und verlässliche Finanzierung notwendiger Investitionen seitens der Länder weitgehend ungelöst bleiben.

Grundsätzlich begrüßenswert ist, dass eine Förderung der Einstellung neuer Pflegekräfte und bessere Abbildung der tatsächlichen Aus- und Weiterbildungskosten erfolgt. Auch die Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems mit Tagesbezug für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird als sachgerecht beurteilt, um Fehlanreize wie eine zu frühe Entlassung bei dieser Patientengruppe zu vermeiden. Aus der gesetzlich geforderten Begleitforschung zur System-Umstellung liegen aktuell keinerlei Ergebnisse vor, die Auskunft über die Versorgung der Patientinnen und Patienten im DRG-System geben. Der Verbraucherzentrale Bundesverband kritisiert, dass für diese wichtige Forschung in den letzten fünf Jahren nur vorbereitende Anstrengungen unternommen worden sind.

### I. Grundsätzliche Gesichtspunkte

Die Zielsetzung zur Einführung des DRG-Systems war, das Geld der Leistung folgen zu lassen. Unter Beibehaltung des ordnungspolitischen Rahmens Kontrahierungszwang (ohne echten Vertragswettbewerb) sind DRGs die technische Voraussetzung, um dieses Ziel zu erreichen. Durch die lange und nochmals bis Ende 2009 verlängerte Konvergenzphase ist allen Beteiligten viel Zeit eingeräumt worden, sich auf die Veränderungen einzustellen. Von einem stärker wettbewerblich ausgestalteten Rahmen ist das System allerdings noch immer weit entfernt.

Beim deutschen DRG-System besteht der Anspruch, dass es ein lernendes System sein soll: Vorhandene Entwicklungsprobleme, Steuerungsdefizite, bzw. neue Anpassungserfordernisse sollen zeitnah eingearbeitet werden. Die Begleitforschung zu

den Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung ist gemäß § 17 b Absatz 8 KHG gesetzlicher Auftrag der Vertragsparteien. (Gesetzliche und Private Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft). Bisher gibt es nur Aufträge zur Datenauswertung, aber keine Ergebnisse einer unabhängigen Forschung. In der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 18.06.2008 zur Zukunft der Krankenhäuser ist als Erklärungsansatz vorgetragen worden, dass in der Selbstverwaltung kein Interesse an der Offenbarung von Gewinnern und Verlierern der Systemumstellung bestehe. Im Europäischen Vergleich weist Deutschland eine sehr hohe Privatisierungsrate auf. Lediglich Frankreich verfügt traditionell über einen noch größeren gewinnorientierten Krankenhausesektor.

In dieser Anhörung ist auch deutlich geworden, dass Effizienzreserven nur zu heben sind, wenn der Übergang zu einer sektorübergreifenden Versorgung konsequent beschritten und sektorale Besitzstandswahrung auf Kosten einer am Patientenwohl orientierten Versorgung überwunden wird.

Der mit Einführung von DRGs erzeugte Kostendruck hat neben positiven „Rationalisierungseffekten“ vor allem auf Personalbestand und Entlohnung gewirkt. 60 Prozent der Kosten im Krankenhausbereich sind Personalkosten. Tariffucht und ein Outsourcing bisher vor allem im nicht-medizinischen Bereich (Reinigung, Küche), wo faktisch weniger als der Mindestlohn gezahlt wird, sind gesamtgesellschaftlich nicht als Erfolgsmodell zu bewerten, verbessern aber die Marktposition privater Anbieter im Wettbewerb mit kommunalen oder freigemeinnützigen Trägern.

Ein weiterer Erfolgsfaktor für Krankenhäuser, die nicht in die roten Zahlen geraten sind, besteht in einem enormen Fallwachstum, das ohne entsprechenden Personalaufbau um den Preis starker Leistungsverdichtung und Überlastung in vielen Bereichen realisiert worden ist.

Gelungene technische Detailregelungen, die dem deutschen DRG-System inzwischen auch international wachsende Aufmerksamkeit bescherten, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass wesentliche Fragen, die das Gesamtsystem, seine Finanzierungsgrundlagen und damit letztlich die sozialpolitische Verantwortung betreffen, so nicht adäquat beantwortet werden können.

## **II. Zu einzelnen Regelungen**

In den letzten Jahren haben sich die Unterschiede in den Entgelten, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern der einzelnen Länder zu entrichten sind, verringert. Gleichwohl bestehen nach wie vor Unterschiede, die sich nicht aus den Erkrankungen erklären lassen. Schweregrad oder Häufigkeit der Erkrankungen werden im DRG-System berücksichtigt und dürfen nicht zu unterschiedlichen Landesbasisfallwerten führen. In der Vergangenheit wurde argumentiert, die Unterschiede seien auf eine unterschiedlich hohe Einkommenssituation der Versicherten und eine entsprechend unterschiedliche Finanzausstattung der Krankenkassen zurückzuführen.

Ab dem Jahr 2009 wird sich die Finanzierungssituation der Krankenkassen durch einheitliche morbiditätsorientierte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds angleichen. Es ist daher zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf eine schrittweise Angleichung der unterschiedlichen Landesbasisfallwerte in Richtung auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert einleitet. Da die Landesbasisfallwerte weiterhin auf der Landesebene verhandelt werden und sich dabei unterschiedlich entwickeln können, ist das Angleichungsverfahren über einen einheitlichen Basisfallwertkorridor allerdings ein bleibendes Erfordernis.

Es erfolgt kein Einstieg in eine monistische Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Obwohl es bereits eine sogenannte schleichende Monistik gibt, weil viele Krankenhäuser Investitionen über laufende Betriebsmittel finanzieren und eine Investitionskostenpauschale hier sinnvoll wäre, bleibt es bei der betriebswirtschaftlich problematischen Trennung beider Kostenstränge.

Bei der Investitionsfinanzierung ist dagegen keine Verpflichtung der Länder auf eine Mindestförderung festgelegt worden. Während die Kosten der Krankenkassen und damit der Versicherten definitiv erhöht werden, gilt dies für die Länderhaushalte nicht. Die Länderkompetenz für Planung und Sicherstellung der Versorgung wird grundsätzlich aufrechterhalten.

Der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen wird beibehalten. Spielräume für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern werden nicht eingeführt. Damit stehen den Krankenkassen im stationären Bereich weniger Gestaltungsoptionen offen als in der ambulanten Versorgung, obwohl dort ein Drittel der Kosten anfallen.

Die Neuregelung der Rechnungslegung für selbstzahlende Patientinnen und Patienten im § 8 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz, wonach Rechnungen des Krankenhauses zukünftig in einer verständlichen und ohne weitere Hilfsmittel nachvollziehbaren Form gestaltet werden müssen, ist begrüßenswert. Die Regelung ermöglicht, dass Nutzer künftig selbst überprüfen können, ob die in der Rechnung ausgewiesenen Leistungen tatsächlich bei ihnen vorgenommen worden sind.