

Gastkommentar: Univ.-Prof. Dr. rer. pol. G. Neubauer  
Direktor  
IfG Institut für Gesundheitsökonomik, München

*Die Bundesregierung hat das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) am 10. Juni in der Vorlage von Minister Gröhe angenommen. Angesichts der Mehrheitsverhältnisse im Bundestag sind nur noch Änderungen über den Bundesrat zu erwarten. Schließlich fallen Krankenhäuser in weiten Teilen in die Zuständigkeit der Länder. Ein ausgewiesener Gesundheitsökonom kommentiert den Entwurf.*

### **Das Krankenhausstrukturgesetz 2015 — (k)eine Lösung?**

Die Krankenhausreform kann als ökonomisch und medizinisch wichtiges Reformvorhaben der großen Koalition gelten. Stehen doch die deutschen Krankenhäuser unter einem gewaltigen Veränderungsdruck. Einerseits hat Deutschland zu viele kleine, wenig spezialisierte Krankenhäuser und andererseits fehlt es an Investitionsmitteln, um die Umstrukturierung der Krankenhausversorgung zügig voran zu bringen.

Ordnungspolitisch leidet die Krankenhausversorgung an dem Widerspruch von Planwirtschaft und Wettbewerb. Noch immer wird die Krankenhausversorgung durch staatliche Versorgungspläne auf Landesebene bestimmt. Die Umsetzung der Pläne soll über staatliche Fördermittel für Investitionen sichergestellt werden. Zugleich herrscht Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten, da diesen, wenn auch nicht formalrechtlich, praktisch Wahlfreiheit eingeräumt wird. Damit wird einem Plankrankenhaus nicht mehr die Belegung gesichert, sondern es muss um Patienten werben. Durch das Fallpauschalen-Vergütungssystem wird der Wettbewerb noch weiter angeheizt, wobei die Krankenhausentgelte einem staatlichen Festpreissystem entsprechen und so die einzelnen Krankenhäuser nur in einer Fallzahlausdehnung eine Chance zur ökonomischen Verbesserung sehen.

Im Ergebnis führt dies zu einer stationären Überversorgung in Deutschland, die vor allem im internationalen Vergleich festzustellen ist. Die Krankenhäuser versuchen, durch eine Erhöhung des Umsatzes pro Beschäftigten ihre ökonomische Lage zu verbessern. Freilich führt dies auch zu einer deutlich höheren Arbeitsbelastung der Beschäftigten, insbesondere dann, wenn nicht gleichzeitig eine entsprechende Rationalisierung der Arbeitsprozesse eingeleitet wird. Letzteres ist aber noch zu wenig der Fall, auch weil die notwendigen Investitionsmittel nicht zur Verfügung stehen. Insbesondere die Pflegekräfte klagen deswegen über Arbeitsüberlastung, aber auch weil durch das zunehmende Alter der Patienten/Patientinnen der Pflegeaufwand pro Patient kontinuierlich ansteigt. Letztlich wird die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern mehr und mehr dem ökonomischen Druck geopfert.

Der Verfasser hat deswegen in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Internisten (BDI) einen Vorschlag entwickelt, wie eine Qualitätssicherung in das Fallpauschalensystem eingebaut werden könnte. Der zentrale Gedanke des Lösungsvorschlags ist, dass jedem Patienten eine bestimmte Zuwendungszeit von Seiten der Pflege, aber auch der Ärzte garantiert wird. Diese Zuwendungszeiten sind zu dokumentieren und gehen in die DRG-Kalkulation als feststehende Größe, die keinem Rationalisierungsdruck unterworfen werden darf, ein. Gleichzeitig sind diese Zuwendungszeiten auch von den Krankenkassen entsprechend zu refinanzieren. Der Rationalisierungsdruck wird damit aber nicht generell aufgehoben, sondern auf patientenferne

Leistungen konzentriert. Diesen Vorschlag halten wir für zielorientierter als die vorgesehene Personalverstärkung im Pflegebereich, die sich in Pflegestellen ausdrückt, ohne garantieren zu können, dass so Patienten auch mehr Zuwendung erhalten. Insgesamt steht das DRG-Entgeltsystem zwar nicht zur Disposition, doch es geht darum, gezielt Schwächen des Systems, wie z. B. die Gefährdung der Patientenqualität abzubauen oder gar umzukehren.

Auf die genannten Probleme gibt der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums keine Antwort, obwohl die Probleme bekannt sind. Ein schier unüberwindbares Hindernis zu einer konsistenten Reform sind die politischen Divergenzen zwischen Bund und Ländern und zwischen Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft. Während die Krankenkassen Über- und Fehlversorgung monieren, beklagt die DKG eine gravierende Unterfinanzierung, insbesondere bei den Investitionen. Letztere müssen aber entsprechend dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von den Ländern geleistet werden, die dies ausnahmslos nicht in ausreichendem oder befriedigendem Umfang tun.

Die Antwort im Eckpunktepapier der Regierung ist eine so genannte "Qualitätsinitiative". Mit ihr erhofft sich die Politik eine indirekte Umstrukturierung der Krankenhäuser zu erreichen. So sollen Krankenhäuser Qualitätszuschläge, aber auch Qualitätsabschläge erhalten, um so diese zur Spezialisierung und zu größeren Versorgungseinheiten anzureizen. Zur näheren Ausgestaltung wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bereits zum 01.01.2015 gegründet. Gleichzeitig will man jedoch die kleineren ländlichen Krankenhäuser erhalten, sofern sie versorgungsrelevant sind. Wann dies der Fall ist, soll im Anschluss an das Gesetz der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen. Insbesondere die Flächenstaaten fürchten eine Unterversorgung ländlicher Regionen. Dahinter steht oft auch das politische Kalkül über das Wählerpotenzial der regierenden Parteien. Schließlich sind Krankenhäuser, gerade in dünn besiedelten Gebieten, oft die wichtigsten Arbeitgeber und zugleich eine wichtige Infrastruktureinrichtung für Gewerbebetriebe. Für die Bevölkerung hat die Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Notfall einen hohen emotionalen Wert, so dass ohne gleichzeitigen Ausbau der Notfallversorgung eine Reduktion der ländlichen Krankenhausversorgung auf eine weitgehende kommunalpolitische Ablehnung stößt. Doch ist auch die Notfallversorgung selbst im DRG-Entgeltsystem unbefriedigend abgebildet und hemmt so eine Modernisierung und letztlich Effizienzverbesserung dieser.

Angesichts der Tatsache, dass derzeit etwa die Hälfte aller Plankrankenhäuser ein Defizit bei der Finanzierung der laufenden Kosten aufweist, sieht die DKG vor allem hier einen dringlichen Reformbedarf. Vordringlich soll die jährliche Entgeltanhebung die Lohnerhöhungen der Personalkosten kompensieren, was die Krankenkassen wiederum ablehnen, da sie Produktivitätsgewinne der Krankenhäuser abgezogen sehen wollen. Das Reformgesetz bietet quasi als Ersatz eine befristete Personalverstärkung im Pflegebereich an, was längst nicht die Lohnkostendynamik kompensieren kann.

Das wohl größte Defizit der Krankenhausfinanzierung, die unbefriedigenden Investitionsförderbeträge der Länder, wird im Reformgesetz ausgespart. Auf rund 30 Mrd. Euro wird der wachsende Investitionsstau geschätzt. Statt laufend 4 Prozent des

Krankenhausumsatzes von rund 80 Mrd. Euro, also 3,2 Mrd. Euro, müssten die Länder für Krankenhausinvestitionen jährlich etwa 10 Prozent, also 8 Mrd. Euro, verausgaben. In diesem Investitionsdefizit sehen die Krankenhäuser auch das größte Risiko für die Behandlungsqualität. Der vorgesehene Strukturfonds von maximal 1 Mrd. Euro kann den Investitionsmangel weder vom Volumen noch von der zeitlichen Befristung her auch nur annähernd ersetzen. Gleichwohl kann man daraus erkennen, dass auch die Bundesregierung sowohl den Umstrukturierungsbedarf als auch das damit verbundene Investitionsvolumen kennt, aber politisch sich gegen den Widerstand der Länder nicht durchsetzen konnte.

Regulierungen und Kontrollen können den Investitionsmangel sicherlich nicht beheben. Ein Beispiel hierfür ist der Hygienestandard in den Krankenhäusern, insbesondere das gezielte Screening der Patienten auf MRSA. Heute finanzieren private Krankenhausträger die erforderlichen Investitionen einerseits über Kredite und andererseits aber auch aus erwirtschafteten Eigenmitteln. Für öffentliche Krankenhäuser ist dieser Weg deutlich schwieriger zu gehen. Ein Ergebnis daraus ist, dass die deutschen Krankenhäuser einem andauernden Privatisierungsdruck unterliegen.

Für die Krankenkassen ist der Erfolg der privaten Krankenhausunternehmen ein Grund mehr, weniger im DRG-Entgeltsystem den Grund für die unbefriedigende Finanzierungslage der Krankenhäuser zu sehen, denn in den überholten Versorgungsstrukturen, wie sie in den Krankenhausplänen lange Zeit festgemauert waren. Eine Untersuchung des GKV-Spitzenverbandes, inwieweit Krankenhäuser in den letzten 20 Jahren aus der Versorgung ausgeschieden sind, führte zu dem Ergebnis, dass relativ wenige, insbesondere kleine Krankenhäuser sich aus der Versorgung zurückgezogen haben. In allen Fällen aber ging dies auf eine Entscheidung des Krankenhausträgers zurück und nicht auf die Krankenhausplanung. Was in dieser Untersuchung nicht thematisiert wurde ist, dass aufgrund der verkürzten Verweildauer das Ausscheiden der Krankenhäuser, bezogen auf die Kapazität, überkompensiert wurde. Dem deutschen Krankenhaussystem fehlt ein funktionsfähiges Steuerungssystem für Eintritt und Ausscheiden (Entry and Exit) von Krankenhäusern. Die bisherige Krankenhausplanung hat hier ebenso wie das DRG-Entgeltsystem versagt.

Ein von allen Parteien unterschätztes Problem ist das Festpreissystem, das der Leitlinie folgt "gleiche Leistung, gleicher Preis". Nun sollen im Gesetz Leistungsunterschiede über Zu- und Abschläge zu den Festpreisen eine quasi staatliche Preisdifferenzierung ermöglichen. So soll es ab 2016 Zu- und Abschläge geben für Ergebnisqualität, für die Beteiligung an der Notfallversorgung, für die regionale Versorgungsnotwendigkeit und für übergeordnete Zentrumsaufgaben, z. B. Tumorboards. Eine sehr viel elegantere und wirksamere Methode wäre aber, den Verhandlungspartnern eine Preisflexibilisierung vor Ort einzuräumen. Damit könnte eine dezentrale Preissteuerung einsetzen, die sich historisch und international als das wirksamste Instrument für die Steuerung von Qualität und Versorgungsstrukturen erwiesen hat. Doch bleibt die Hoffnung, dass in den weiteren Krankenhausreformen, die in den nächsten Legislaturperioden anstehen, sich diese Erkenntnis schrittweise durchsetzt.

**Korrespondenzanschrift:**

IfG Institut für Gesundheitsökonomik  
Nixenweg 2b — 81739 München  
Tel.: (089) 605198 — Fax: (089) 6061187 — E-Mail: [ift@ifg-muenchen.com](mailto:ift@ifg-muenchen.com)